

---

## PROPOSTA TÉCNICA

### GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

### MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA/SP

---



## Introdução

O Instituto de Gestão de Políticas Públicas - IGPP, associação civil não governamental autônoma, sem fins lucrativos ou econômicos, filantrópica, com personalidade jurídica de direito privado, dotada de autonomia administrativa e financeira, inscrita no **CNPJ: 30.994.499/0001-60**, neste ato representada pelo **Dr. Celino Barbosa de Souza Netto**, portador do CPF: 333.512.298-44, **apresenta a Proposta Técnica**, em atendimento ao Chamamento Público nº 007/2023 - Processo Administrativo nº 14.561/2023, do município de São João da Boa Vista/SP, **visando o GERENCIAMENTO dos seguintes serviços do município de São João da Boa Vista – SP:** UPA – Unidade de Pronto Atendimento, dos Serviços de Saúde Mental sendo o CAPS-II – Centro de Atenção Psicossocial, CAPS-AD – Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras drogas, CAPS-i – Centro de Atenção Psicossocial Infantil e MAESM – Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental, Unidades de Atenção Primária sendo eles do modelo de Estratégias de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde, Serviços de Especialidades sendo o CEM – Centro de Especialidades Médicas, CEO – Centro de Especialidades Odontológicas, SAE – Serviço de Atendimento Especializado, SAD – Serviço de Atendimento Domiciliar e FarmaSUS – Serviço de Assistência Farmacêutica,, de acordo com as políticas públicas do Sistema Único de Saúde e conforme critérios, especificações e necessidades descritas pelo Contratante no Edital e seus Anexos, buscando a modernidade, a eficiência e a economicidade no gerenciamento dos recursos disponibilizados, para a consecução de finalidades de interesse público.

São Paulo, 07 de dezembro de 2023

**CELINO BARBOSA** Assinado de forma digital  
**DE SOUZA NETTO** por CELINO BARBOSA DE  
SOUZA NETTO

**Dr. Celino Barbosa de Souza Netto**

Procurador

Instituto de Gestão de Políticas Públicas

## Sumário

|                                                                                                                                                                         |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Introdução                                                                                                                                                              | 2   |
| Apresentação da Entidade Proponente                                                                                                                                     | 10  |
| Histórico da Entidade                                                                                                                                                   | 10  |
| Missão                                                                                                                                                                  | 12  |
| Visão                                                                                                                                                                   | 13  |
| Valores                                                                                                                                                                 | 13  |
| Área de Atuação da Entidade                                                                                                                                             | 13  |
| Sobre o Local de Prestação de Serviços                                                                                                                                  | 13  |
| Aspectos Físicos e Geográficos                                                                                                                                          | 15  |
| Clima                                                                                                                                                                   | 16  |
| Vegetação e ocupação do solo                                                                                                                                            | 16  |
| Educação                                                                                                                                                                | 17  |
| História do Município de São João da Boa Vista                                                                                                                          | 17  |
| Índice de Desenvolvimento Humano                                                                                                                                        | 19  |
| Desenvolvimento econômico e social                                                                                                                                      | 22  |
| Urbanização                                                                                                                                                             | 22  |
| Perfil Demográfico                                                                                                                                                      | 25  |
| Indicadores Econômicos                                                                                                                                                  | 28  |
| Perfil Epidemiológico                                                                                                                                                   | 30  |
| Descrição da rede assistencial existente no município                                                                                                                   | 42  |
| Apresentação da filosofia de gestão da proponente, incluindo organograma (vertical) da instituição                                                                      | 50  |
| Objetivo Geral                                                                                                                                                          | 53  |
| Objetivos específicos                                                                                                                                                   | 54  |
| Metodologia de trabalho                                                                                                                                                 | 55  |
| Deverá apresentar a descrição do modo como a proponente fará o gerenciamento do programa a ser realizado e a articulação com a rede de serviços                         | 69  |
| Deverá apresentar a descrição do modo como atenderá as exigências referentes a Informações sobre as áreas de atuação referentes ao objeto do Edital e Metas de Produção | 95  |
| Monitoramento de Indicadores de Desempenho                                                                                                                              | 96  |
| No que diz respeito às Informações sobre as áreas de atuação, a proponente deve apresentar o quadro de pessoal com a quantificação exigida pela CONTRATANTE.            | 133 |
| Ações a serem desenvolvidas visando concretizar os objetivos estabelecidos pela proponente                                                                              | 141 |
| Ações para Gestão da UPA – Unidade de Pronto Atendimento                                                                                                                | 141 |

|                                                                        |     |
|------------------------------------------------------------------------|-----|
| Organização da Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24 Hs               | 145 |
| Proposta de Regimento Interno para a Unidade de Pronto Atendimento     | 148 |
| Proposta de Regimento Interno de Corpo Clínico                         | 169 |
| Implantação de Fluxos e Rotinas de Atendimento e Circulação            | 175 |
| Serviço de Arquivamento de Prontuário e Documentos                     | 198 |
| Fluxo para Central de Materiais Esterilizados                          | 205 |
| Fluxo para Material Médico, Insumos e Medicamentos                     | 206 |
| Fluxo do Setor de Materiais                                            | 214 |
| Serviço de Prontuário Eletrônico                                       | 217 |
| Sistema de Gestão Informatizado                                        | 221 |
| Serviço de Higiene e Limpeza                                           | 221 |
| Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico                              | 237 |
| Protocolos de Estratificação e Classificação de Risco                  | 255 |
| Organização da Farmácia                                                | 268 |
| Proposta de Capacitação e Treinamentos                                 | 300 |
| Ações para a Gestão dos Serviços de Saúde Mental                       | 312 |
| Rede de Atenção Psicossocial                                           | 312 |
| Centro de Atenção Psicossocial - CAPS                                  | 314 |
| Intervenções Terapêuticas na Atenção Básica                            | 340 |
| Ações para Gestão das Unidades e Serviços de Atenção Primária          | 344 |
| Implantação das Equipes de Atenção Domiciliar                          | 344 |
| Gestão da Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família                | 345 |
| Diretrizes e Proposta de Regimento Interno da Unidade Básica de Saúde  | 363 |
| Ações para Gestão dos Serviços de Especialidades                       | 437 |
| Gestão do Centro de Especialidades                                     | 437 |
| Centro de Especialidades Odontológicas                                 | 443 |
| Assistência Farmacêutica                                               | 451 |
| Sistema de Informação de Gestão de Agenda                              | 473 |
| Ações para Gestão de Pessoas                                           | 474 |
| Política de Gestão de Pessoas                                          | 474 |
| Critérios para Seleção de Pessoal                                      | 480 |
| Processo Para Avaliação De Desempenho                                  | 483 |
| Registros e Controles de Pessoal. Modelo para Escalas                  | 486 |
| Proposta de Pesquisa Periódica e Contínua de Satisfação do Colaborador | 490 |
| Proposta de Educação Permanente                                        | 496 |
| Política de Recursos Humanos                                           | 520 |
| Definição da Política de Segurança o Trabalho e Prevenção de Acidentes | 538 |



|                                                                                                                                                                                                                                       |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Ações de Investimento quando da necessidade de manutenção e desenvolvimento para aquisições de equipamentos, mobiliários e demais itens correlatos-----                                                                               | 548  |
| Sistemática de Manutenção Predial e de Equipamentos-----                                                                                                                                                                              | 548  |
| Rotinas para Manutenção Predial e de Equipamentos-----                                                                                                                                                                                | 550  |
| Manutenção Preventiva de Equipamentos-----                                                                                                                                                                                            | 556  |
| Rotina de Manutenção Corretiva-----                                                                                                                                                                                                   | 557  |
| Plano de Gestão de Equipamentos-----                                                                                                                                                                                                  | 558  |
| Engenharia Clínica-----                                                                                                                                                                                                               | 564  |
| Demonstrar possuir equipe técnica com experiência na implantação e gestão em projetos de saúde. (Apresentação de Currículo e atestados de capacidade técnica, podendo indicar os profissionais já citados na pontuação técnica).----- | 566  |
| Ações para a articulação com a rede de serviços.-----                                                                                                                                                                                 | 567  |
| Articulação com a Rede de Serviços-----                                                                                                                                                                                               | 567  |
| Fluxo da Referência com a Atenção Primária e a Contrarreferência Hospitalar-----                                                                                                                                                      | 571  |
| Mecanismo de controle interno, tendo em vista a realização da proposta de trabalho e o alcance das metas estabelecidas no edital de seleção-----                                                                                      | 575  |
| Política Organizacional das Atividades Assistenciais-----                                                                                                                                                                             | 575  |
| Política Organizacional dos Serviços Administrativos, Financeiros e Gerais-----                                                                                                                                                       | 585  |
| Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde-----                                                                                                                                                                                   | 590  |
| Ações Qualitativas-----                                                                                                                                                                                                               | 594  |
| Política de Funcionamento da Unidade de Faturamento-----                                                                                                                                                                              | 599  |
| Serviço de Controle de Acesso-----                                                                                                                                                                                                    | 603  |
| Sistemas de Informação e suas Funcionalidades-----                                                                                                                                                                                    | 609  |
| Descrição do Sistema de Tecnologia da Informação-----                                                                                                                                                                                 | 615  |
| Proposta para Implantação das Comissões Técnicas-----                                                                                                                                                                                 | 623  |
| Gestão de Riscos-----                                                                                                                                                                                                                 | 686  |
| Proposta de pesquisa de satisfação do usuário, Instrumento de pesquisa, frequência e sistemática das ações corretivas-----                                                                                                            | 689  |
| Incrementos de Ações e Atividades-----                                                                                                                                                                                                | 719  |
| Cronograma de Implantação e Execução-----                                                                                                                                                                                             | 731  |
| Implantação de Protocolos Clínicos-----                                                                                                                                                                                               | 734  |
| Humanização e Acolhimento aos Usuários-----                                                                                                                                                                                           | 735  |
| Plano de Contingência para Ações Prospectivas-----                                                                                                                                                                                    | 771  |
| Procedimento Operacional Padrão para Enfermagem-----                                                                                                                                                                                  | 788  |
| Organização das Rotinas Operacionais e Assistenciais-----                                                                                                                                                                             | 1030 |
| Programa De Segurança Do Paciente-----                                                                                                                                                                                                | 1036 |
| Protocolos de Enfermagem na Área de Pronto Atendimento-----                                                                                                                                                                           | 1045 |

|                                                          |      |
|----------------------------------------------------------|------|
| Protocolos de Emergência em Ortopedia-----               | 1234 |
| Protocolos de Reações Alérgicas-----                     | 1238 |
| Protocolos de Emergências Psiquiátricas-----             | 1243 |
| Protocolos de Atendimento à Hiperglicemia-----           | 1252 |
| Protocolos de Hipertensão Arterial Sistêmica-----        | 1261 |
| Protocolos de Atendimento à Hipoglicemia-----            | 1267 |
| Protocolos de Parada Cardiorespiratória-----             | 1273 |
| Protocolos de Trombose Venosa Profunda-----              | 1280 |
| Protocolo de Atendimento às Urgências e Emergências----- | 1284 |
| Crises Convulsivas-----                                  | 1289 |
| Asma-----                                                | 1298 |
| Bronquiolite-----                                        | 1307 |
| Politraumatismo-----                                     | 1321 |
| Traumatismo Cranioencefálico-----                        | 1337 |
| Abuso infantil-----                                      | 1343 |
| Pequenos Ferimentos-----                                 | 1344 |
| Anestesia-----                                           | 1346 |
| Sutura-----                                              | 1346 |
| Curativo-----                                            | 1347 |
| Infecções inespecíficas-----                             | 1347 |
| Corpos estranhos-----                                    | 1347 |
| Acidentes por Submersão-----                             | 1348 |
| Intoxicações Agudas-----                                 | 1355 |
| Política de Proteção de Dados-----                       | 1384 |
| Política de Compliance-----                              | 1397 |
| Regimento Interno-----                                   | 1414 |
| Regulamento de Compras e Contratações-----               | 1427 |
| Comitê de Governança-----                                | 1435 |
| Proposta Financeira-----                                 | 1440 |

### Dados da Proponente

**Razão Social:** Instituto de Gestão de Políticas Públicas

**Endereço:** Rua Ferreira de Araújo, 221- CJ 42 – Pinheiros

**CEP:** 05428-002- São Paulo – SP **Tel.:** (11)3034-0511 **Email:** [juridico@igpp.org.br](mailto:juridico@igpp.org.br)

**OBJETO:** PROPOSTA TÉCNICA PARA Gerenciamento dos seguintes serviços do município de São João da Boa Vista – SP: UPA – Unidade de Pronto Atendimento, dos Serviços de Saúde Mental sendo o CAPS-II – Centro de Atenção Psicossocial, CAPS-AD – Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras drogas, CAPS-i – Centro de Atenção Psicossocial Infantil e e-MAESM – Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental, Unidades de Atenção Primária sendo eles do modelo de Estratégias de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde, Serviços de Especialidades sendo o CEM – Centro de Especialidades Médicas, CEO – Centro de Especialidades Odontológicas, SAE – Serviço de Atendimento Especializado, SAD – Serviço de Atendimento Domiciliar e FarmaSUS – Serviço de Assistência Farmacêutica, por meio de CONTRATO DE GESTÃO conforme Processo de Seleção – Chamamento Público nº 007/23.



| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | CRITÉRIO                                                                                 | PONTUAÇÃO MÁXIMA                               | NOTA | FORMA DE COMPROVAÇÃO | NÚMERO DA PÁGINA DA QUAL CONSTA A COMPROVAÇÃO |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------|----------------------|-----------------------------------------------|
| 1 - Tempo de atuação da entidade na prestação de serviços de gestão e execução de saúde.<br>Observação: Deverá ser comprovado mediante atestado(s), certidão(ões), em objeto de prestação compatível, idêntico, similar ou superior ao presente                                                                                                                                                                                                                       | Até 12 meses                                                                             | 3                                              | N1   |                      |                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Acima de 12 meses                                                                        | 6                                              |      |                      |                                               |
| 2 - Experiência Observação: Tempo de constituição da proponente (entidade, fundação etc.). Para a comprovação do tempo de existência da proponente ele será comprovado pelo Estatuto Social, devidamente registrado, em conformidade com a data de abertura comprovada através do Cartão do CNPJ                                                                                                                                                                      | 0 a 24 meses                                                                             | 1                                              | N2   |                      |                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 24 a 36 meses                                                                            | 3                                              |      |                      |                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Acima de 36 meses                                                                        | 5                                              |      |                      |                                               |
| 3 - Experiência em relação as especialidades citadas no projeto. Este item avalia o tempo de experiência por especialidades pontuando de acordo com tabela e determinação dos setores em questão. Deverão ser encaminhados atestados de capacidade técnica comprovando a veracidade das atuações. Este item terá a pontuação máxima de 10 (dez) pontos divididos por segmentos citados. Os atestados deverão ser em papel timbrado das entidades públicas ou privadas | Experiência comprovada em Pronto Atendimento (ou Pronto Socorro ou UPA)                  | Até 1 ano: 1 ponto<br>Acima de 1 ano: 4 pontos | N3   |                      |                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Experiência comprovada mínima de 01 ano em Atendimento à Atenção Primária                | Até 1 ano: 1 ponto<br>Acima de 1 ano: 4 pontos |      |                      |                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Experiência comprovada em Serviços de Saúde Mental (CAPS)                                | Até 1 ano: 1 ponto<br>Acima de 1 ano: 4 pontos |      |                      |                                               |
| 4 - Avaliação do projeto segundo a proposta técnica e programa de trabalho. Observação: Análise da proposta técnica juntamente com o programa de trabalho                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Clareza, objetividade, detalhamento e especificações do projeto                          | 0 a 4 pontos                                   | N4   |                      |                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Qualidade dos critérios de avaliação sugeridos                                           | 0 a 4 pontos                                   |      |                      |                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Ações voltadas à qualidade, através de Comissões, Serviços, Protocolos Clínicos e outros | 0 a 4 pontos                                   |      |                      |                                               |
| 5 - Adequação entre os meios sugeridos e resultados presumidos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Recursos Humanos estimados                                                               | 0 a 5 pontos                                   | N5   |                      |                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Organização das atividades de apoio                                                      | 0 a 5 pontos                                   |      |                      |                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Sistemática de programas de manutenção predial e de equipamentos                         | 0 a 5 pontos                                   |      |                      |                                               |
| 6 - Incremento de atividade/ inovação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Ações voltadas ao incremento de atividade / inovação sem adição de                       | Baixo impacto – 1 ponto<br>Médio impacto – 2   | N6   |                      |                                               |

|                         |                                                                            |                                |    |  |  |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----|--|--|
|                         | custos ao Poder Público                                                    | pontos Alto impacto – 6 pontos |    |  |  |
| 7 – Gestão da qualidade | Documentos: procedimentos operacionais padrão (POP), protocolos e fluxos   | 0 a 8 pontos                   | N7 |  |  |
|                         | Mapeamento dos processos (processos estratégicos e processos de apoio)     | 0 a 8 pontos                   |    |  |  |
|                         | Gerenciamento de processos com indicadores e aplicação da metodologia PDCA | 0 a 8 pontos                   |    |  |  |

## Apresentação da Entidade Proponente

O **Instituto de Gestão de Políticas Públicas – IGPP** – com sede na Rua Ferreira de Araújo, 221 – CJ 42 – Pinheiros, CEP: 05428-002 – São Paulo/SP, é uma Organização Social de caráter privado e entidade de utilidade pública em âmbito municipal, estadual e federal, sem fins lucrativos, que abrange diversos projetos sociais e assistenciais em saúde em todo território nacional, visando garantir a melhoria do acesso e qualificação da assistência à Saúde, através da atuação de equipes especializadas e profissionais qualificados para os mais variados projetos, estruturas e ações e serviços de saúde, aliados à utilização de alta tecnologia e disponibilização de estruturas e equipamentos necessários à assistência médica e ao cuidado integral em Saúde.

Prestando serviços de interesse nas áreas de saúde pública e privada, além da área da Saúde, o IGPP vem ao longo dos anos evoluindo com o desenvolvimento de projetos educacionais e de assistência social, também pautados na busca da excelência na qualidade e no atendimento humanizado.

## Histórico da Entidade

Há anos prestando serviços de saúde pública e assistência social, o IGPP sempre atuou em conformidade com suas políticas e diretrizes de gestão e assistência: ética, resultado, segurança do paciente, humanização e busca permanente da qualidade. Seus dirigentes possuem somados diversos anos de atuação de cada um na área de Gestão Hospitalar e demais equipamentos de Saúde. A equipe executiva e técnica é composta por: Administradores hospitalares; Advogados; Contadores; Enfermeiros; Engenheiros; Médicos; Nutricionistas; Psicólogos; Fisioterapeutas, Assistentes Sociais e Dentistas. Todos com vasta experiência na área de saúde e assistência social, conforme currículos e atestados de capacidade técnica. A Entidade tem como finalidade e objetivo a promoção e articulação de ações que resultem na melhoria da qualidade de vida e nas necessidades gerais da população.

A Entidade possui maior autonomia e flexibilidade para gerir os recursos humanos, financeiros e materiais disponíveis, resultando dessa forma agilidade e resolutividade





nos processos de gestão, assegurando os resultados desejáveis na prestação dos serviços.

A Entidade implementou desde o início e vivencia um modelo de gestão empreendedor, com ênfase nas competências técnica científicas, análise de cenários, perfis epidemiológicos e inovação. Os convênios e contratos de gestão firmados com o poder público permitem a Coordenação Técnica Administrativa, apresentando soluções técnicas inovadoras, visando o atendimento às necessidades locais e regionais, contemplando ações de promoção e prevenção em saúde, redução de agravos e reabilitação da saúde da população.

A Entidade valoriza a dimensão participativa na gestão, desenvolvendo trabalho associado, com os colaboradores e comunidade, analisando situações, decidindo seus encaminhamentos e agindo sobre estas situações em conjunto. A Entidade estimula práticas de liderança em suas atividades diárias e os principais estilos adotados descritos a seguir:

- Estilo Inovador: canaliza as pessoas para visões e sonhos partilhados, mais utilizado para situações em que ocorram mudanças que exijam uma nova visão.
- Estilo Impulsionador: atinge objetivos difíceis e estimulantes e acalma os receios dando instruções claras em emergências.
- Estilo Conselheiro: ajuda um colaborador a ser mais eficiente, melhorando as suas competências.
- Estilo Relacional: resolve conflitos num grupo, estimula a motivação em períodos difíceis, melhora o relacionamento das pessoas.

A separação das funções dos sistemas de serviços de saúde tem sido buscada por várias razões, entre elas maximizar a eficiência, melhorar a acessibilidade aos serviços e reforçar a eficácia da atenção à saúde. Tal modelo pressupõe uma maior comunicação e envolvimento entre usuários, prestadores e gestores para que, com soluções compartilhadas, todos sejam corresponsáveis pela qualidade dos serviços e, também, pela viabilidade financeira do sistema, num modelo de gestão negociado, de ajustamento mútuo e comunicativo e um conjunto de práticas que intensifiquem o espírito de gestão por compromissos.

O que torna esse processo vantajoso, em primeiro lugar, é o fato de a Entidade não estar submetida às mesmas normas de gestão de recursos humanos, compras, contratos e execução orçamentária da administração pública. Dessa forma, há mais agilidade, eficiência e qualidade nos serviços prestados. Podemos destacar:

- **Economicidade:** De acordo com o estudo realizado em 2006 pelo Banco Mundial, a gestão compartilhada de hospitais permite uma economia média de 8% nos custos. Isso porque a OSS deve gerir com o mínimo de recursos possíveis, sem fins lucrativos, visando a promoção de resultados, administração correta e boa distribuição de tarefas e atividades.
- **Eficiência:** Ainda segundo o estudo realizado pelo Banco Mundial, esse modelo permite o aumento de mais de 30% da produtividade dos hospitais e unidades públicas de saúde. Nesse sentido, a Entidade, por exemplo, investe na educação continuada e na capacitação tecnológica dos profissionais da saúde, que garantem a qualidade no atendimento.
- **Desburocratização:** A Entidade é uma instituição privada, portanto, não está sujeita às burocracias da Administração Pública. Isso permite a dinamização e simplificação da gestão, ações, campanhas e processos.
- **Assessoria Especializada:** A Entidade acompanha sempre de perto os serviços implantados, de forma a garantir o aprimoramento das atividades e práticas na área da saúde. A equipe da Entidade reúne profissionais capacitados e experientes, para oferecer assessorias contábeis, técnicas e de qualidade.

## Missão

Contribuir na implementação das políticas de Saúde, na gestão de Instituições e serviços de Saúde, com qualificação e atendimento humanizado, ampliando o acesso da população aos serviços, informações e esclarecimentos pertinentes às nossas ações.

## Visão

Ser reconhecida pela excelência, eficácia e eficiência na gestão da Saúde, com sustentabilidade, pautados pela inclusão e justiça social.



## Valores

Ética, Transparência, Cidadania, Valorização das Pessoas, Qualidade na Gestão, Inovação e Responsabilidade Social.

## Área de Atuação da Entidade

A Entidade possui experiência de atuação na área da saúde, principalmente em função do qualificado corpo técnico, tendo se consolidado na execução dos seus projetos como um importante parceiro dos municípios onde exerceu projeto de gestão. Além disso, possui atividades dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde.

A Entidade pauta suas ações dentro dos preceitos de legalidade, probidade e transparência, esperando de seus colaboradores, diretores, conselheiros, associados, fornecedores e parceiros de negócios a observância de uma conduta ética em todos os aspectos.

A Entidade possui a qualificação técnica necessária para celebrar contrato de gerenciamento, operacionalização e execução dos serviços de saúde de atividades de interesse público no desenvolvimento de projetos vinculados à área de saúde, a ser executado nas unidades de saúde do município de SÃO JOÃO DA BOA VISTA, visando a melhoria das políticas públicas complementares voltadas para a promoção gratuita da saúde e bem-estar dos cidadãos.

## Sobre o Local de Prestação de Serviços

Contextualização da população beneficiada e do território habitado por ela, através da apresentação do perfil socioeconômico e epidemiológico dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde, bem como da rede de serviços disponível.

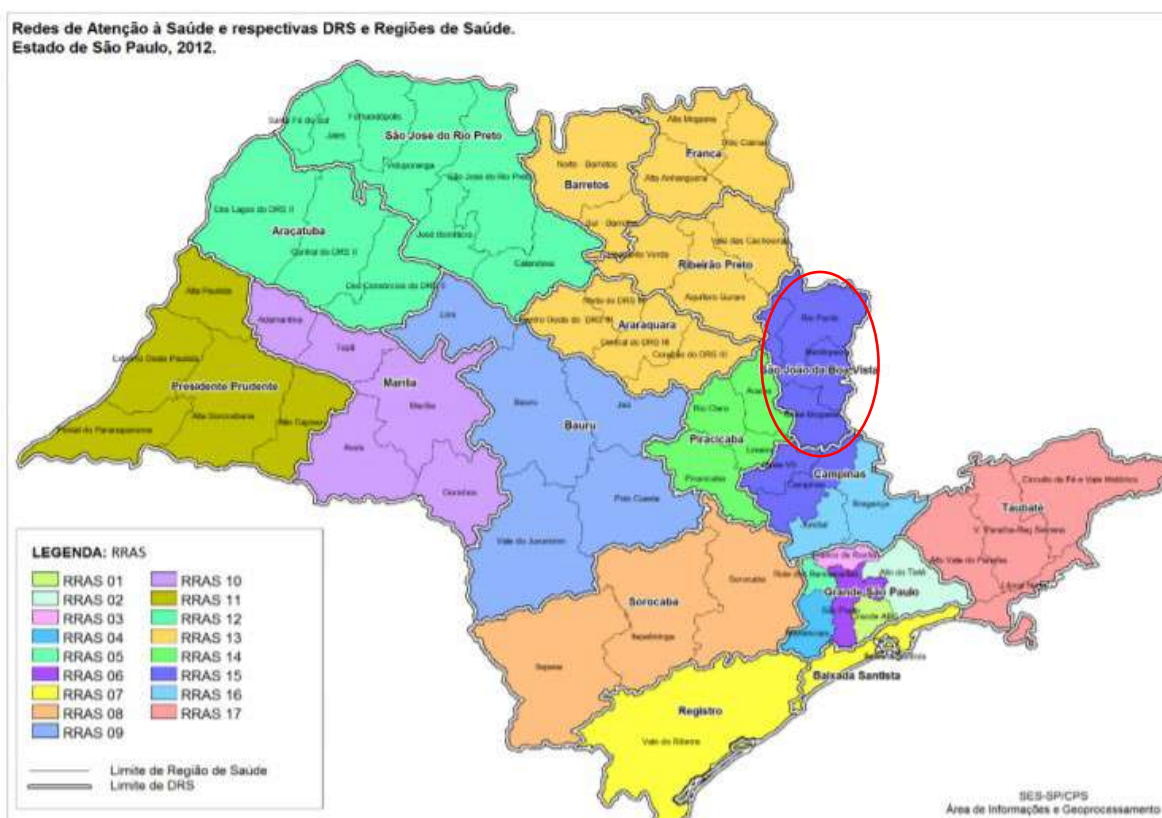
**SÃO JOÃO DA BOA VISTA** é um município brasileiro do estado de São Paulo, com uma altitude de 767 metros. Segundo a estimativa do IBGE de 2021, São João da Boa Vista



tem uma população estimada em 91.771 habitantes e seu IDH é de 0,797, considerado o 28º melhor do estado de São Paulo.

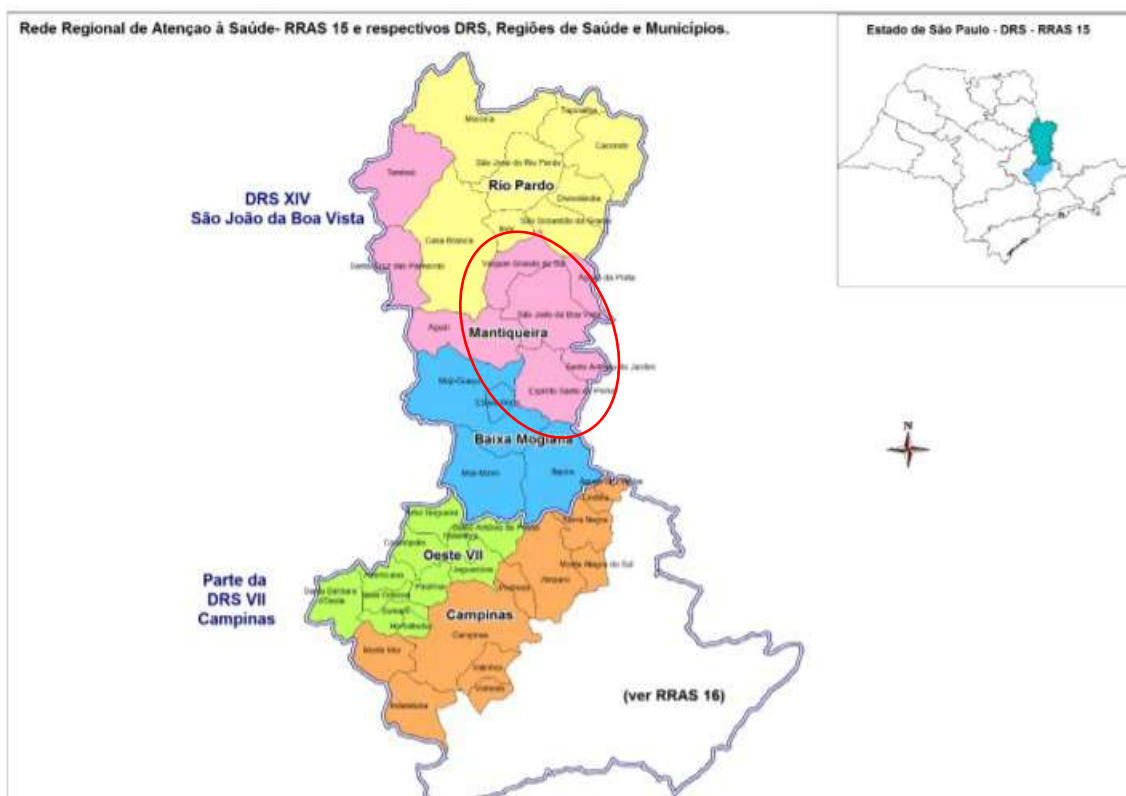
São João da Boa Vista está situado na Região Regional de atenção à saúde – RRAS 15 e na Diretoria Regional de Saúde (DRS) XIV de São João da Boa Vista. Pertence ao Colegiado de Gestão Regional – CGR Mantiqueira (Aguai, Águas da Prata, Espírito Santo do Pinhal, Santa Cruz das Palmeiras, São João da Boa Vista, Santo Antônio do Jardim, Vargem Grande do Sul, Tambaú).

### Redes regionais de atenção à Saúde e respectivas DRS, 2021.



Fonte: SES/SP

### Rede Regional de Atenção à Saúde – RRAS 15 e municípios, 2021



Fonte: SES/SP

## Aspectos Físicos e Geográficos

São João da Boa Vista está na região cristalina da Serra da Mantiqueira (Região geomorfológica de Lindoia e Serra Negra) e próximas à linha de contato com a região sedimentar (Depressão Periférica), que estão a oeste do município, em direção a Aguaí.

As terras do município se encontram na *Média Mogiana*, fazendo parte da 5ª Região Administrativa do Estado e ainda é sede da microrregião de São João da Boa Vista. O clima e o tipo de solo propiciam ao município a predominância das culturas agrícolas e pecuárias.

A cidade ocupa as primeiras colinas dessa área, que, se elevam, gradativamente, até o rebordo do também chamado de planalto de Poços de Caldas.

As colinas da parte urbana possuem altitudes de 730 metros, em média, e tendo como ponto mais alto o *Morro do Mirante*, com 1663 metros. Este sítio urbano, acidentado, explica a irregular malha urbana de São João da Boa Vista: algumas ruas, em ladeiras, não retilíneas, sem saídas ou praças parcialmente fechadas (Joaquim José). Tudo isto



oferece ao habitante paisagens belíssimas, mesmo estando em meio aos edifícios. Para leste, pode se ver a belíssima serra, os horizontes são mais amplos e abertos, possibilitando assistir ao colorido “pôr do sol”, nos meses de abril a maio. A cidade faz jus ao “slogan” – “Cidade dos Crepúsculos Maravilhosos”.

## Clima

O clima é tropical quente. Os invernos não são rigorosos. Os dias são quentes, no verão, mas a brisa agradável das noites refresca as madrugadas. Junto às serras, que funcionam como barreiras interceptoras das massas de ar, que participam da formação do clima do Estado de São Paulo, há descarregamento maior da umidade, em forma de chuvas orográficas. Muitas vezes fortes e copiosas. A pluviosidade está em 1.140 mm anuais e as chuvas se concentram nos meses mais quentes, a partir de outubro. Não há no município um posto meteorológico com funcionamento pleno. Os mais próximos são os de Casa Branca e de Mococa. Assim os dados sobre a temperatura do ar podem ser estimados aproximadamente em: média 28 °C, máxima 34 °C, mínima 5 °C. Média no verão: 22 °C e média no inverno: 18 °C. Há um vento local que sopra do Leste ou às vezes do sudeste ao qual os habitantes de São João da Boa Vista dão o nome de: "Boqueirão do Prata". A história registrou geadas fortes causadoras de grandes prejuízos ao café. Citamos as de 1870, 1886, 1902 e 1918. As geadas podem ocorrer em junho e julho, mas são fenômenos não habituais.

## Vegetação e ocupação do solo

A vegetação original já foi praticamente devastada. Dominava a mata tropical, com boas madeiras de lei.

A prática da agricultura e, de modo especial, a do café, colocou fim à parte florestada. Hoje, temos apenas pequenos vestígios desta mata, em grotões íngremes ou protegendo as nascentes ou minas d'água.

Na parte oeste do município, encontrávamos o início dos campos cerrados, com vegetação rasteira e arbustos retorcidos e de casca grossa. Hoje, já não existem mais. O solo, que era considerado improdutivo, foi corrigido pelas novas técnicas e esta área se





tornou a melhor para a agricultura, pois é fácil a mecanização da lavoura, que aí se instalou. Já a área cristalina das serras, importante no início do café, tem terras cansadas pela agricultura tradicional e vítima da erosão, por causa dos acentuados declives. Hoje essas terras são ocupadas, principalmente, por pastagens e, em algumas áreas, a batata inglesa tem sido cultivada com sucesso.

Os principais rios que cortam o município são: Rio Jaguari-Mirim, Córrego São João e Rio da Prata. O rio Jaguari-Mirim é tão emblemático para São João da Boa Vista figurando, por isto, em sua bandeira. É o "litrão" de prata na parte inferior de sua flâmula atravessando-a por completo simbolizando que faz o rio em terras são-joanenses.

## Educação

Encontram-se instalados na cidade 26 escolas municipais, 13 escolas estaduais e 27 escolas particulares. O índice de alfabetização do município ultrapassa 94% do total de habitantes e o índice de educação é de 0,749.

A cidade também conta com escolas profissionalizantes e de qualificação profissional, das quais podemos destacar o Senai, o Senac e o Sebrae.

Com relação as escolas de ensino superior, a cidade conta com o Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino (UNIFAE), o Centro Universitário da Fundação de Ensino Octávio Bastos (UNIFEOB) e um campus da Universidade Estadual Paulista (UNESP). Há também instalado no município, um campus do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia (IFSP-SJBV), que além de oferecer cursos técnicos e profissionalizantes, também possui cursos de nível superior.

## História do Município de São João da Boa Vista

As origens de São João da Boa Vista apresentam pontos controversos que jamais serão perfeitamente esclarecidos. Não há documentação fidedigna que traga prova irrefutável de como se deu sua fundação.

Aceita-se, no entanto, como fato comprovado que as terras que formam hoje o município pertenciam a Mogi Mirim e foram ocupadas por Antônio Machado que,



juntamente com seus cunhados Ignácio e Francisco, chegou às margens do Rio Jaguari-Mirim no ano de 1821.

Antônio Machado doou o terreno para o patrimônio da futura população e, desde quando fora erguida a capela sob o patrocínio do monsenhor João José Vieira Ramalho, vinha o eclesiástico a ela, de sua Fazenda Pinheiros, a fim de celebrar missa aos domingos. Nessas viagens, monsenhor tomou-se de amores pelo povoado incipiente, acabando por mudar-se para lá, adquirindo propriedades rurais e casas na parte povoada.

O nome da cidade deriva do fato de que os Machado chegaram aqui em vésperas de São João e resolveram dar o nome do santo festejado ao pouso onde se instalaram. Quanto ao resto do nome da cidade (da Boa Vista), explica-se pelas paisagens encantadoras que se descortinam das serras e da maravilhosa mutação de cores que apresentam aos que a admiram da cidade.

Em 28 de fevereiro de 1838, o pequeno povoado foi elevado à freguesia e, em 24 de março de 1859, lei provincial elevou a freguesia a vila. Existe ainda nos arquivos da Prefeitura a ata da instalação da nova vila, em cerimônia realizada em 7 de setembro de 1859.

O verdadeiro patrono do município foi Monsenhor João José Vieira Ramalho, pois sem seu interesse e sua proteção não se desenvolveria o pequenino burgo; o povo queria ser assistido por padre e sentia a necessidade de uma capelinha para a celebração da missa dominical e dos sacramentos. Padre Ramalho incentivou o aumento de população propiciando aos moradores aquilo que mais desejavam; estabelecendo-se depois aqui, deu ao município o impulso necessário para progredir.

Com os trilhos da Mogiana, chegou mais tarde um novo estímulo para o progresso pois facilitavam o intercâmbio econômico e cultural com cidades mais adiantadas e com a capital da então Província de São Paulo.

O município compreendia a própria sede e as vilas de Aguaí, Vargem Grande e Prata, que com o decorrer do tempo foram conseguindo sua autonomia, erigindo-se em cidades progressistas dignos rebentos de sua laboriosa cidade-mãe.

Surgiu então a primeira escola municipal, sendo primeiros professores registrados o casal Sandeville; a Prefeitura recebeu de Joaquim José de Oliveira, um prédio onde pudesse funcionar e a cidade foi crescendo devagar, espalhando-se pelos terrenos que margeiam o Jaguari, o rio da Prata e o córrego São João. As casas foram surgindo em depressões e colinas formando com os anos um aglomerado bastante denso.

Patrocinada por um sacerdote, como a cidade de São Paulo, São João da Boa Vista constituiu uma população extremamente religiosa. Em 1848 foi construída a primeira Igreja Matriz. Em 1890 foi construída a nova igreja e em 1912 foi ampliada, e quase toda reconstruída; a torre foi aumentada, foram edificadas duas capelas laterais e foi instalado o altar-mor, todo de mármore importado da Itália.

### Índice de Desenvolvimento Humano

Conforme demonstra a tabela 1, o município de São João da Boa Vista tem o melhor índice IDH quando comparado aos municípios que compõem o Colegiado de Gestão Regional Mantiqueira.

Segundo a classificação da Fundação SEADE que sintetiza três aspectos do desenvolvimento humano: vida longa e saudável, acesso a conhecimento e padrão de vida, traduzidos nas dimensões de longevidade, educação e renda. O município está entre as regiões consideradas de alto desenvolvimento humano (IDH maior que 0,8).

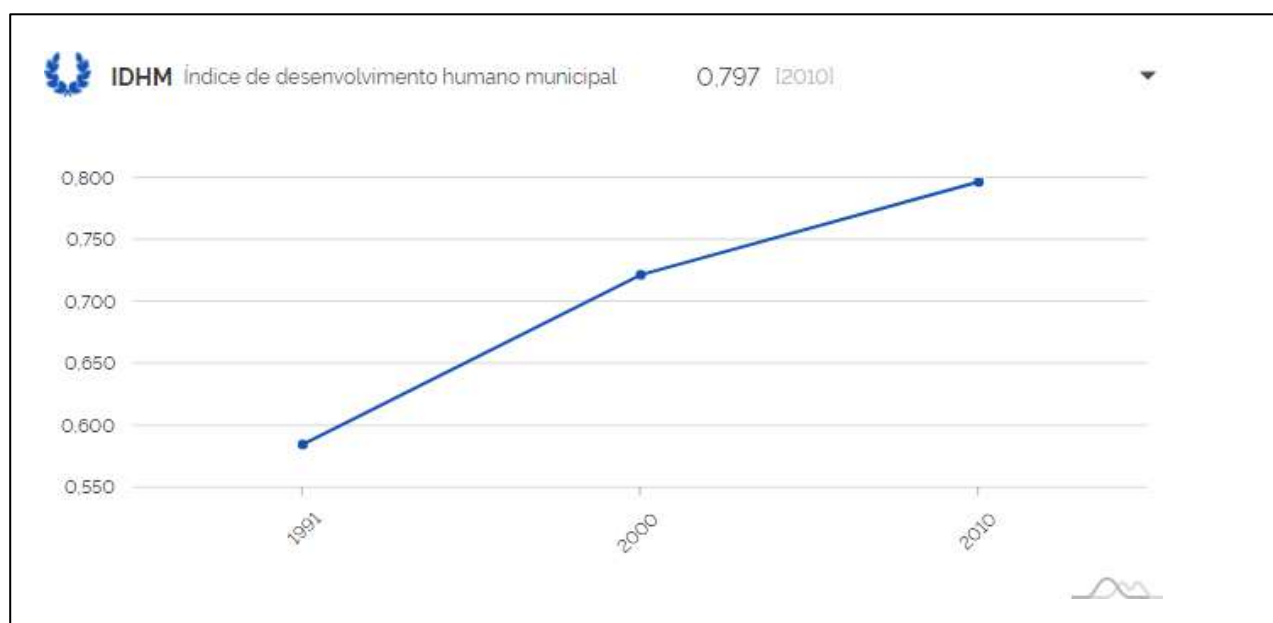
**Tabela 1 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal dos municípios do CGR Mantiqueira no ano de 2010.**

|                          | Ranking<br>dos<br>Municípios | IDHM  | IDHM<br>Renda | IDHM<br>Longevidade | IDHM<br>Educação |
|--------------------------|------------------------------|-------|---------------|---------------------|------------------|
| <b>Ano 2010</b>          |                              |       |               |                     |                  |
| Aguai                    | 502º                         | 0,715 | 0,703         | 0,858               | 0,606            |
| Águas da Prata           | 62º                          | 0,781 | 0,750         | 0,886               | 0,716            |
| Espírito Santo do Pinhal | 46º                          | 0,787 | 0,784         | 0,872               | 0,712            |
| Santo Antônio do Jardim  | 509º                         | 0,714 | 0,703         | 0,835               | 0,620            |

|                          |      |       |       |       |       |
|--------------------------|------|-------|-------|-------|-------|
| Santa Cruz das Palmeiras | 409º | 0,728 | 0,746 | 0,815 | 0,635 |
| São João da Boa Vista    | 28º  | 0,797 | 0,776 | 0,871 | 0,749 |
| Tambaú                   | 381º | 0,731 | 0,729 | 0,858 | 0,624 |
| Vargem Grande do Sul     | 330º | 0,737 | 0,721 | 0,863 | 0,643 |

Fonte: SEADE

O município, com o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM – 2010) em 0.797, ocupa a 28ª posição no Estado de São Paulo, 50º lugar no Brasil, e, segundo um estudo conjunto entre a FGV e a Financial Times, aparece em 6º lugar entre as melhores microrregiões paulistas em questão de Saúde. Considerada entre as pequenas cidades do Brasil melhor cidade para população acima de 60 anos, tem expectativa de vida de 77,2 anos, é conhecida pelos seus crepúsculos maravilhosos.



Fonte: SEADE

| SÃO JOÃO DA BOA VISTA NO ESTADO DE SÃO PAULO |                       |       | NO BRASIL |                            |       |
|----------------------------------------------|-----------------------|-------|-----------|----------------------------|-------|
| 1º                                           | São Caetano do Sul    | 0,862 | 1º        | São Caetano do Sul - SP    | 0,862 |
| 2º                                           | Águas de São Pedro    | 0,854 | 2º        | Águas de São Pedro - SP    | 0,854 |
| 3º                                           | Santos                | 0,840 | 3º        | Florianópolis - SC         | 0,847 |
| 4º                                           | Jundiaí               | 0,822 | 4º        | Balneário Camboriú - SC    | 0,845 |
| 5º                                           | Valinhos              | 0,819 | 4º        | Vitória - ES               | 0,845 |
| ...                                          |                       |       | ...       |                            |       |
| 25º                                          | Guaratinguetá         | 0,798 | 47º       | Marília - SP               | 0,798 |
| ...                                          |                       |       | ...       |                            |       |
| 28º                                          | Fernandópolis         | 0,797 | 50º       | Fernandópolis - SP         | 0,797 |
| 28º                                          | São João da Boa Vista | 0,797 | 50º       | São João da Boa Vista - SP | 0,797 |
| 28º                                          | São José do Rio Preto | 0,797 | 50º       | São José do Rio Preto - SP | 0,797 |

Fonte: SEADE

O Município de São João da Boa Vista é sede do DRS XIV e faz parte do Colegiado de Gestão Regional Mantiqueira.

**Figura 1 – Mapa do Estado de São Paulo com a localização da Regional de Saúde – DRS XIV – São João da Boa Vista.**



Figura 2 – Mapa do Estado de São Paulo com a localização do município de São João da Boa Vista.



### Desenvolvimento econômico e social

São João da Boa Vista se desenvolve com múltipla vocação: a agricultura é diversificada e de alta produtividade; possui amplo centro comercial e indústrias de alta tecnologia; o



setor de serviços é o que mais cresce, especialmente nas áreas de saúde e educação; o turismo baseado nas atrações culturais e belezas naturais do município.

Possui localização privilegiada com acesso a outros grandes centros urbanos através de seu aeroporto e de malha viária com rodovias duplicadas de excelente qualidade.

### Urbanização

Atualmente o município possui 45.849 domicílios registrados, dos quais 11.448 são terrenos e 33.136 são construções, além das 1.265 propriedades rurais, conforme Setor de Cadastro da Prefeitura.

### Rede elétrica

No ano de 2015, segundo informações do SEADE, o consumo de energia elétrica residencial em MWh foi 69.149, e o consumo de energia elétrica rural em MWh foi 14.123.

**Abastecimento de água tratada:** 100% da população urbana

**Coleta e Tratamento de Esgoto:** 100%

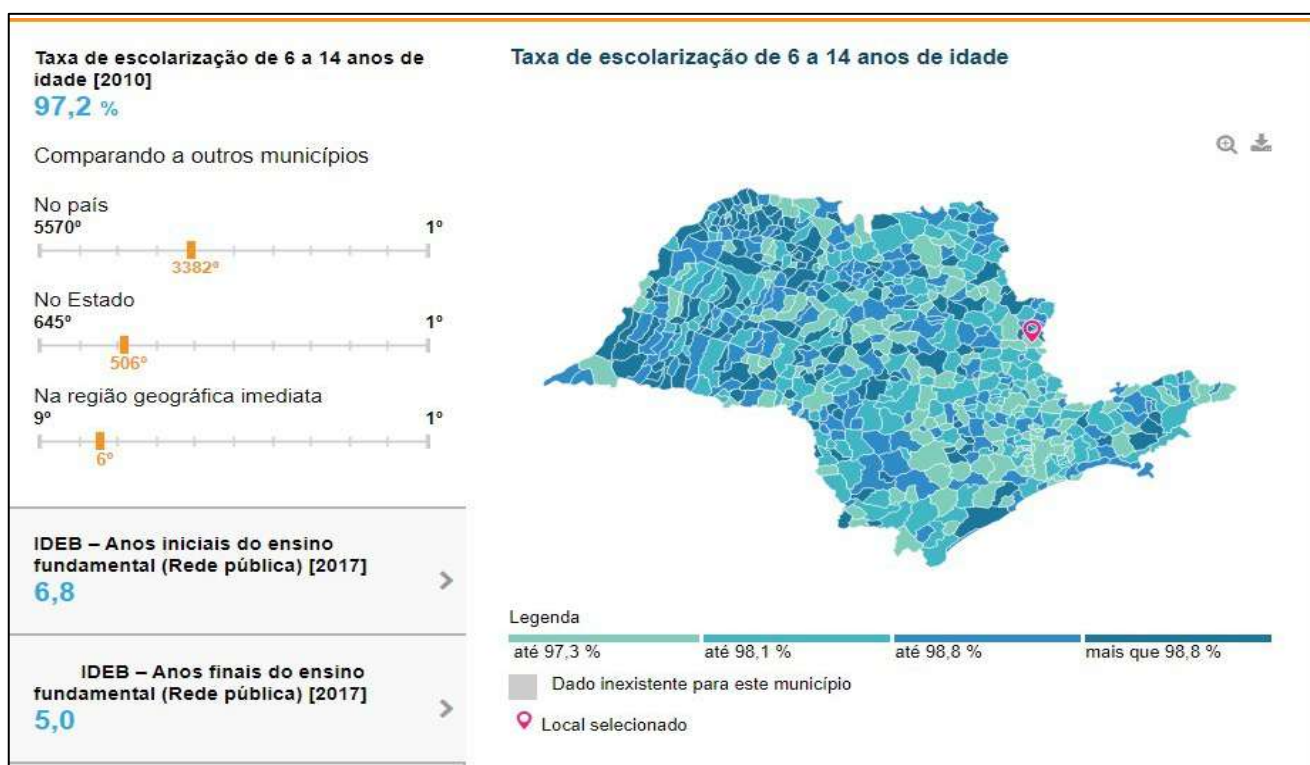
**Coleta de Lixo Urbano e Coleta de Lixo Especial:** 100%

### Educação

No panorama estadual, o município de São João da Boa Vista vem se mantendo acima da média estadual nos indicadores de educação, conforme demonstrado nas tabelas e gráficos abaixo.







### Estado de SP

99,3

Aprovação Ens. Fundamental

0,5

Reprovação Ens. Fundamental

0,2

Abandono Ens. Fundamental

**Taxa de Aprovação  
Ensino Fundamental**

99,9

**Taxa de Reprovação  
Ensino Fundamental**

0,1

**Taxa de Abandono  
Ensino Fundamental**

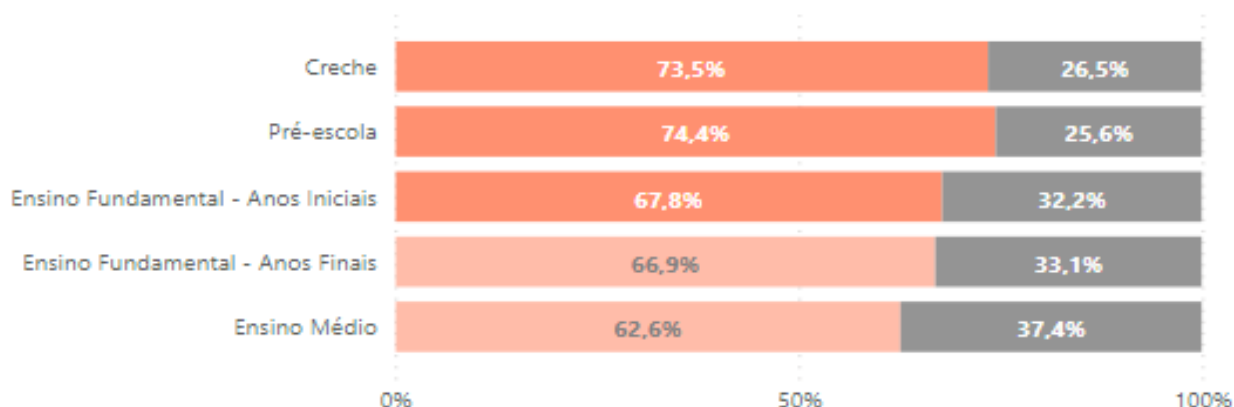
0,0

### Taxas de aprovação, reprovação e abandono

| Nível e rede de ensino             | Taxa de aprovação | Taxa de reprovação | Taxa de abandono |
|------------------------------------|-------------------|--------------------|------------------|
| <b>Fundamental - anos iniciais</b> |                   |                    |                  |
| Privada                            | 99,60             | 0,30               | 0,10             |
| Pública                            | 100,00            | 0,00               | 0,00             |
| <b>Fundamental - anos finais</b>   |                   |                    |                  |
| Privada                            | 99,90             | 0,10               | 0,00             |
| Pública                            | 100,00            | 0,00               | 0,00             |
| <b>Médio</b>                       |                   |                    |                  |
| Privada                            | 99,90             | 0,10               | 0,00             |
| Pública                            | 99,40             | 0,60               | 0,00             |

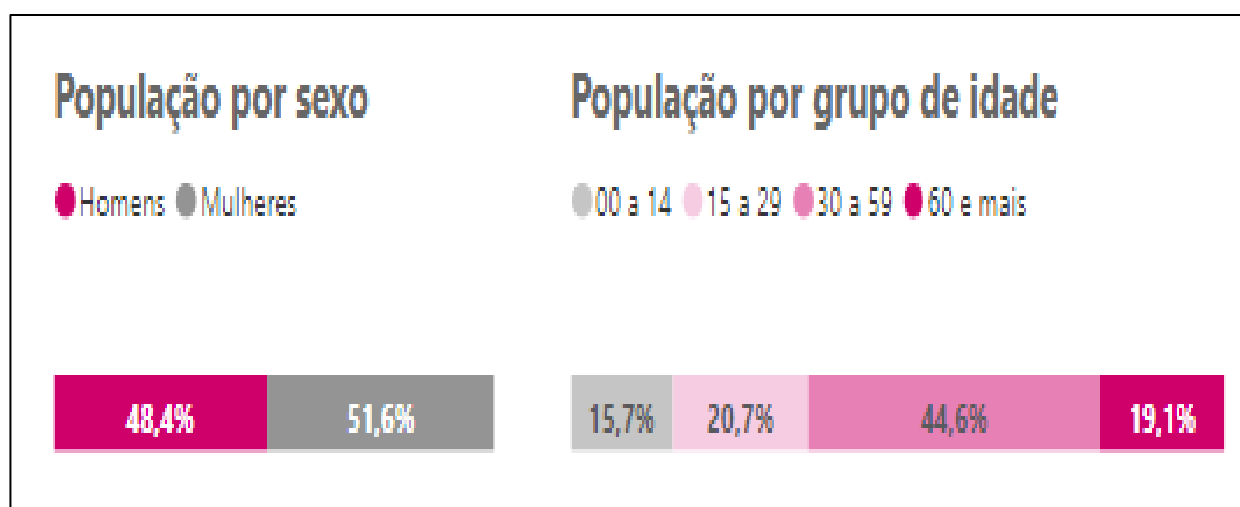
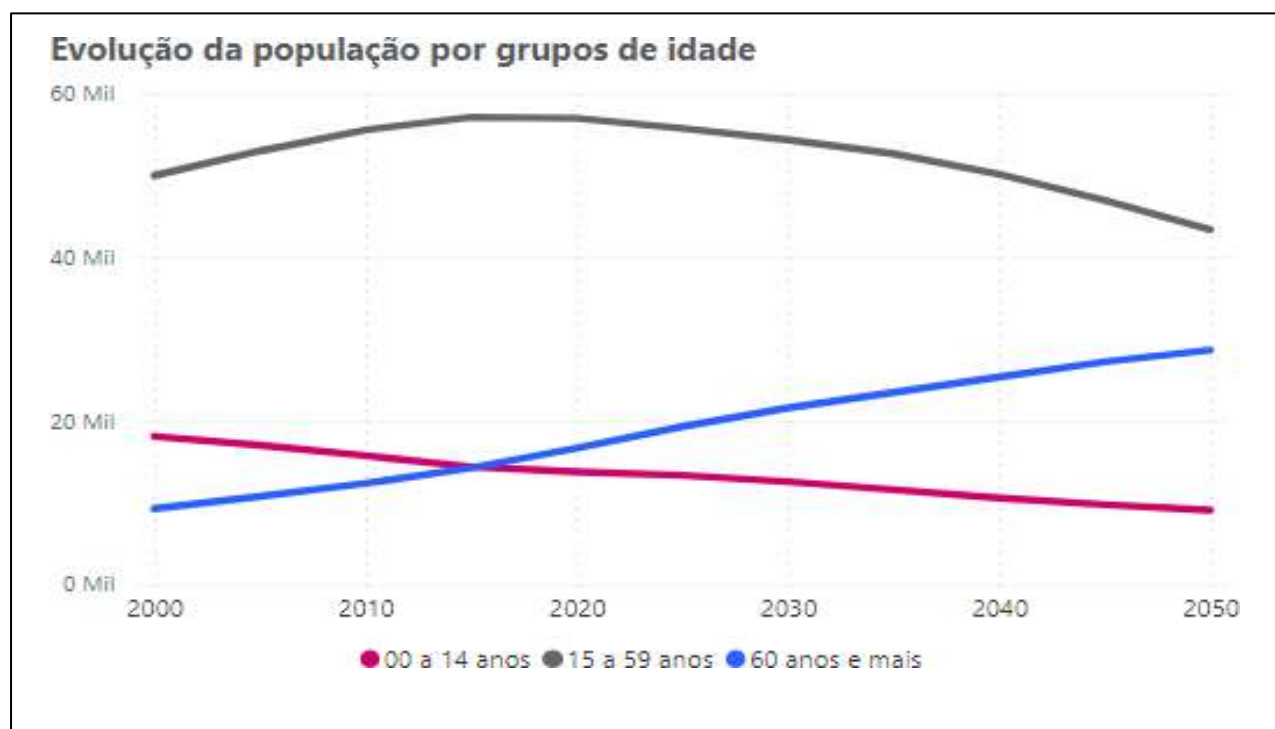
### Matrículas por Rede de Ensino

● Municipal ● Estadual ● Privada



### Perfil Demográfico

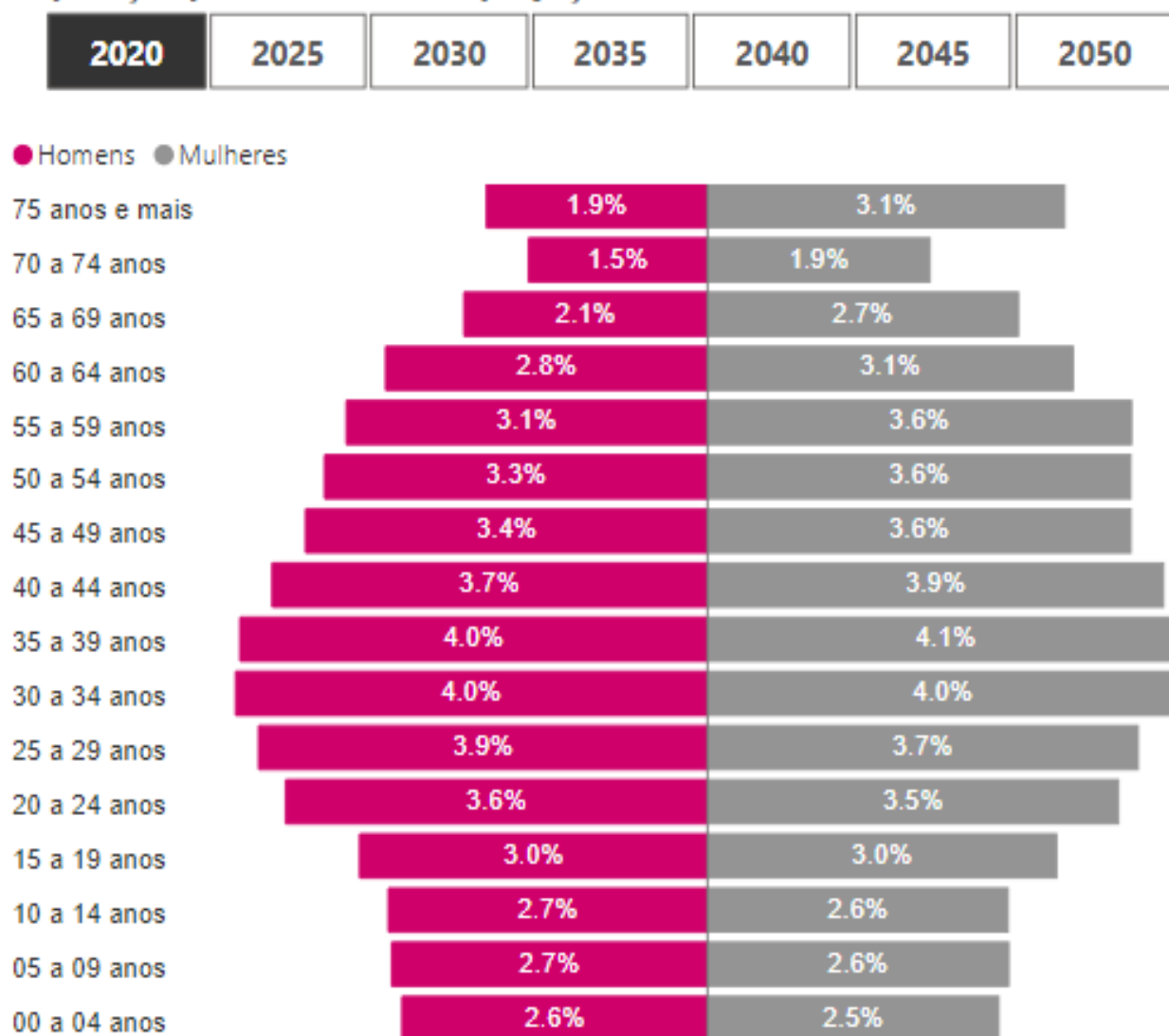
Os gráficos abaixo demonstram o perfil da população no município de São João da Boa Vista.



### Pirâmide Populacional

As figuras a seguir demonstram a tendência de envelhecimento da população. Observamos uma diminuição da população até 19 anos e um aumento significativo da população acima 20 anos.

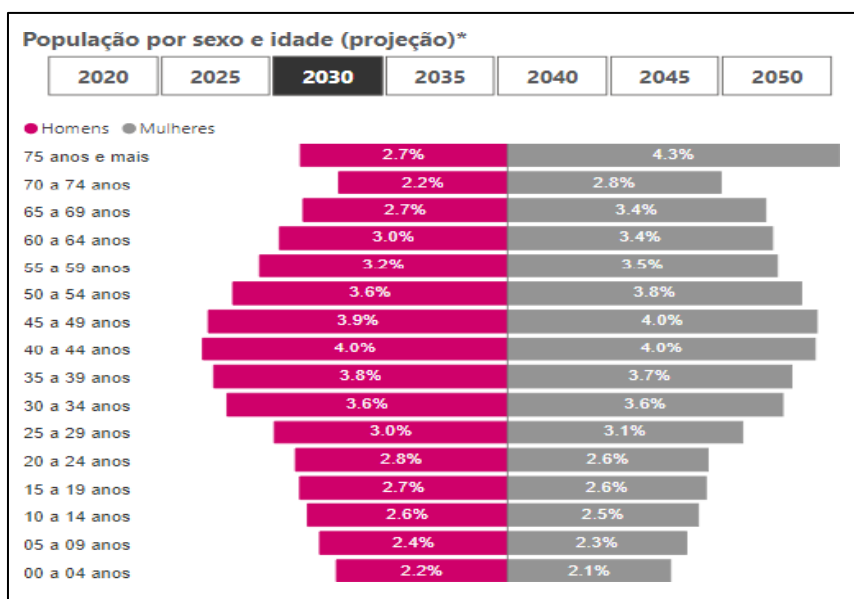
### População por sexo e idade (projeção)\*



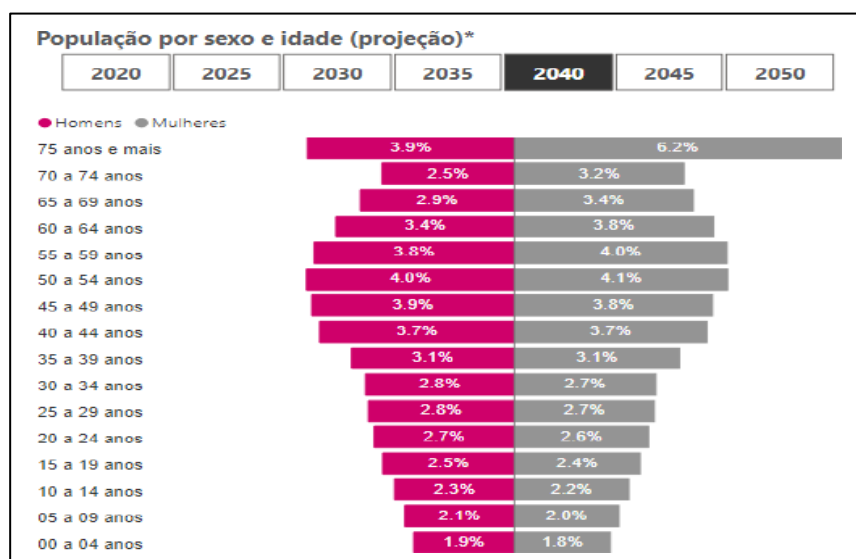
Fonte: SEADE 2020

### Índice de Envelhecimento

As figuras abaixo evidenciam que nos próximos anos haverá um aumento considerável na taxa de envelhecimento da população do município e uma redução na taxa de fecundidade.



Fonte: SEADE 2020



Fonte: SEADE 2020

## Indicadores Econômicos

### Renda



+55 11 3034-0511



faleconosco@igpp.org.br



www.igpp.org.br

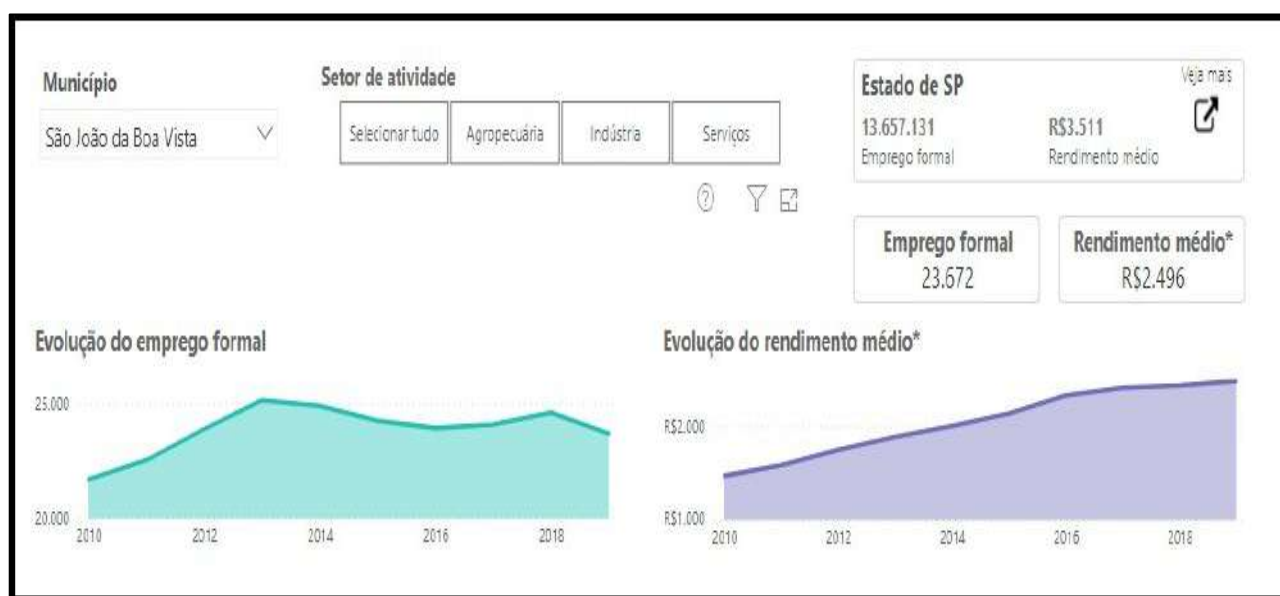


@igpp.instituto



A renda média do município tem se mantido menor do que a média do Estado de São Paulo, como pode ser observado a seguir, porém se comparado com o Colegiado de Gestão Regional Mantiqueira, São João da Boa Vista tem o maior indicador.

De acordo como o SEADE, a renda familiar (renda e rendimento - rendimento médio mensal das pessoas responsáveis pelos domicílios particulares permanentes) do município de São João da Boa Vista em 2020, em reais, corresponde a R\$ 2.496,00.



Fonte: SEADE 2020

O rendimento médio no total de empregos formais em 2020, no município de São João da Boa Vista foi de R\$ 2.496,00 e no Estado de São Paulo R\$ 3.511,00. Sendo que o maior rendimento, no município, foi no segmento de indústria, de R\$ 2.869,00 e o menor no segmento de agropecuária, de R\$ 2.151,00, exatamente idêntico do Estado de São Paulo.

Tabela 02 – Figura abaixo demonstra o perfil do emprego formal em São João da Boa Vista no período de março de 2020 a março de 2021.

| Abril/2021 |         |           |               |              |               |  |
|------------|---------|-----------|---------------|--------------|---------------|--|
|            |         |           | Admissões     |              | Desligamentos |  |
|            |         |           | 576           |              | 603           |  |
| Mês/Ano    | Estoque | Admissões | Desligamentos | Saldo Mensal | Saldo Ano     |  |
| mar21      | 22.039  | 663       | 633           | 30           | 207           |  |
| fev21      | 22.009  | 831       | 654           | 177          | 177           |  |
| jan21      | 21.832  | 796       | 796           | 0            | 0             |  |
| dez20      | 21.832  | 638       | 646           | -8           | 393           |  |
| nov20      | 21.840  | 904       | 573           | 331          | 401           |  |





|       |        |     |     |      |      |
|-------|--------|-----|-----|------|------|
| set20 | 21.547 | 865 | 591 | 274  | 108  |
| ago20 | 21.273 | 541 | 511 | 30   | -166 |
| jul20 | 21.243 | 653 | 538 | 115  | -196 |
| jun20 | 21.128 | 355 | 475 | -120 | -311 |
| mai20 | 21.248 | 416 | 468 | -52  | -191 |
| abr20 | 21.300 | 289 | 725 | -436 | -139 |
| mar20 | 21.736 | 716 | 734 | -18  | 297  |

istema  
nico  
e Saúde

### Variação e saldo das movimentações no mês, por Região Administrativa

Fonte: SEADE 2021

A Emenda Constitucional nº. 29 prevê um percentual mínimo de gasto com saúde com recursos próprios municipais de 15%. A tabela abaixo demonstra que o percentual aplicado pelo município nos últimos anos tem se mantido superior aos 20%.

### Perfil Epidemiológico

Tabela 06 – Mortalidade por grupo de causas e sexo no ano de 2019.

| Causas                           | Masculino | Feminino | Total |
|----------------------------------|-----------|----------|-------|
| Tuberculose                      | 1         | 1        | 2     |
| Septicemia                       | 5         | 9        | 14    |
| AIDS                             | 1         | 3        | 4     |
| Doença de Chagas                 | -         | 2        | 2     |
| CA Esôfago                       | 2         | 1        | 3     |
| CA Estômago                      | 6         | 1        | 7     |
| CA Colon                         | 4         | 2        | 6     |
| CA Reto                          | 2         | 3        | 5     |
| CA Fígado                        | 8         | 3        | 11    |
| CA Pâncreas                      | 5         | 3        | 8     |
| CA Laringe                       | 3         | 1        | 4     |
| CA Pulmão                        | 6         | 12       | 18    |
| CA Mama                          | -         | 14       | 14    |
| CA Colo de Útero                 | -         | 1        | 1     |
| CA Útero                         | -         | 1        | 1     |
| CA Próstata                      | 10        | -        | 10    |
| Leucemias                        | 2         | 4        | 6     |
| Anemias                          | 2         | -        | 2     |
| Diabetes                         | 11        | 16       | 27    |
| Desnutrição                      | 3         | 2        | 5     |
| Alcoolismo                       | 6         | -        | 6     |
| Doença reumática crônica coração | -         | 3        | 3     |
| Doença Hipertensiva              | 12        | 12       | 24    |
| Infarto agudo do miocárdio       | 25        | 20       | 45    |
| Outras doenças do coração        | 5         | 8        | 13    |
| Doença circulação pulmonar       | 3         | 4        | 7     |
| Miocardopatias                   | 7         | 3        | 10    |
| Insuficiência cardíaca           | 13        | 13       | 26    |
| Doenças Cerebrovasculares        | 38        | 38       | 76    |
| Aneurisma e dissecção da aorta   | 6         | 2        | 8     |

|                                            |            |            |            |
|--------------------------------------------|------------|------------|------------|
| Pneumonias                                 | 26         | 36         | 62         |
| Bronquite, <del>efisema</del> , asma       | 12         | 12         | 24         |
| Outras doenças do pulmão                   | 1          | 3          | 4          |
| Cirrose                                    | 8          | 4          | 12         |
| Insuficiência Renal                        | 6          | 6          | 12         |
| Hipoxia intra-uterina/asfixia nascer       | -          | 1          | 1          |
| D. membrana hialina                        | -          | 1          | 1          |
| <del>Afec. respiratorias</del> RN          | 1          | -          | 1          |
| Infecções espec. período perinatal         | 1          | 1          | 2          |
| Demais causas perinatais                   | 7          | 4          | 11         |
| <del>Anom</del> congênitas sistema nervoso | -          | 2          | 2          |
| <del>Anom</del> congênitas coração e circ  | -          | 3          | 3          |
| Demais anomalias congênitas                | -          | 1          | 1          |
| Mal definidas                              | 9          | 14         | 23         |
| Acidentes de trânsito transporte           | 16         | 2          | 18         |
| Quedas                                     | 11         | 6          | 17         |
| Outros acidentes                           | 5          | 1          | 6          |
| Suicídios                                  | 8          | 4          | 12         |
| Homicídios                                 | 2          | 1          | 3          |
| Lesões <del>intenc</del> indeterminada     | -          | 1          | 1          |
| Demais causas de morte                     | 117        | 109        | 226        |
| <b>Total Geral</b>                         | <b>416</b> | <b>394</b> | <b>810</b> |

No ano de 2019, excluindo-se as demais causas de morte, observa-se a predominância das doenças cerebrovasculares, logo após as pneumonias e na terceira colocação o infarto agudo do miocárdio.

Observa-se também uma predominância do sexo masculino, totalizando 51,35%, enquanto o sexo feminino atingiu 48,65 do total dos casos de mortalidade.

**Tabela 07 – Mortalidade por grupo de causas e sexo no ano de 2020.**

| Causas                           | Masculino | Feminino | Total |
|----------------------------------|-----------|----------|-------|
| Doenças Infec. Intes.            | -         | 2        | 2     |
| Tuberculose                      | 1         | -        | 1     |
| Septicemia                       | 7         | 4        | 11    |
| AIDS                             | 7         | -        | 7     |
| Doença de Chagas                 |           |          |       |
| CA Esôfago                       | 4         | 1        | 5     |
| CA Estômago                      | 3         | 3        | 6     |
| CA Colon                         | -         | 3        | 3     |
| CA Reto                          | 4         | 2        | 6     |
| CA Fígado                        | 3         | 1        | 4     |
| CA Pâncreas                      | 4         | 7        | 11    |
| CA Laringe                       | 1         | 1        | 2     |
| CA Pulmão                        | 8         | 9        | 17    |
| CA Mama                          | -         | 11       | 11    |
| CA Colo de Útero                 | -         | -        | -     |
| CA Útero                         | -         | 2        | 2     |
| CA Próstata                      | 9         | -        | 9     |
| Leucemias                        | 4         | 1        | 5     |
| Anemias                          | 1         | 2        | 3     |
| Diabetes                         | 16        | 14       | 30    |
| Desnutrição                      | 3         | 7        | 10    |
| Alcoolismo                       | 7         | -        | 7     |
| Doença reumática crônica coração | -         | 1        | 1     |
| Doença Hipertensiva              | 8         | 14       | 22    |
| Infarto agudo do miocárdio       | 31        | 14       | 45    |
| Outras doenças do coração        | 6         | 6        | 12    |
| Doença circulação pulmonar       | 4         | 1        | 5     |
| Miocardiopatias                  | 2         | 1        | 3     |
| Insuficiência cardíaca           | 19        | 20       | 39    |

|                                      |            |            |            |
|--------------------------------------|------------|------------|------------|
| Doenças Cerebrovasculares            | 41         | 33         | 74         |
| Aneurisma e dissecção da aorta       | 7          | 3          | 10         |
| Pneumonias                           | 18         | 21         | 39         |
| Bronquite, enfisema, asma            | 17         | 12         | 29         |
| Outras doenças do pulmão             | 3          | 4          | 7          |
| Úlcera, Estômago e Duodeno           | 1          | 2          | 3          |
| Cirroze                              | 15         | 2          | 17         |
| Insuficiência Renal                  | 10         | 4          | 14         |
| Prematuridade                        | 1          | -          | 1          |
| Hipoxia intra-uterina/asfixia nascer | -          | -          | -          |
| D. membrana hialina                  | 1          | -          | 1          |
| Afec. respiratorias RN               | 1          | -          | 1          |
| Infecções espec. período perinatal   | 1          | 1          | 2          |
| Demais causas perinatais             | 4          | 1          | 5          |
| Anom. congênitas sistema nervoso     | -          | 1          | 1          |
| Anom. congênitas coração e gtrc      | 1          | 1          | 2          |
| Demais anomalias congênitas          | 1          | 1          | 2          |
| Mal definidas                        | 17         | 15         | 32         |
| Acidentes de trânsito transporte     | 12         | 2          | 14         |
| Quedas                               | 12         | 6          | 18         |
| Outros acidentes                     | 2          | 1          | 3          |
| Suicídios                            | 11         | 1          | 12         |
| Homicídios                           | 5          | -          | 5          |
| Lesões intenc. indeterminada         | 1          | -          | 1          |
| Demais causas de morte               | 119        | 109        | 228        |
| <b>Total Geral</b>                   | <b>453</b> | <b>347</b> | <b>800</b> |

Observa-se que no ano de 2020 há predomínio das doenças cerebrovasculares, infarto, pneumonias e insuficiência cardíaca e a predominância do sexo masculino atingindo 56,63%.

### Análise de Mortalidade Infantil

No município de São João da Boa Vista, as causas de óbito infantil não são devidas a condições precárias de saneamento básico, desnutrição ou outros fatores relacionados à subdesenvolvimento. As principais causas recaem sobre a melhor assistência dos serviços de saúde (ambulatorial e hospitalar) à mulher, à gestante e ao concepto, pois embora, a grande maioria das mulheres tenham acesso ao planejamento familiar, gestantes façam pré-natal, e cem por cento tenha acesso à assistência hospitalar na hora do parto, ainda falta qualidade na assistência tanto de um como do outro. Os coeficientes que vinham diminuindo, começaram novamente a elevar-se de forma preocupante, e são considerados incompatíveis com o grau de desenvolvimento da cidade.

**Tabela 08 - Coeficientes de Mortalidade Infantil e o número de casos utilizados para o cálculo do coeficiente no período de 2011 a 2020.**

|                                      | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Média |
|--------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Total de nascidos                    | 983  | 1002 | 977  | 948  | 988  | 980  | 1053 | 1035 | 917  | 984  | 987   |
| Total de óbitos (até 19 ano de vida) | 8    | 6    | 12   | 15   | 9    | 16   | 9    | 15   | 9    |      | 11    |
| Coeficiente de mortalidade           | 9%   | 8%   | 6%   | 13%  | 15%  | 9%   | 15%  | 7%   | 16%  | 9%   | 11%   |

Fonte: SIM (Sistema de Informação de Mortalidade SINASC (Sistema de Informação de Nascidos)

**Tabela 09 - Coeficientes de Mortalidade Infantil e o número de casos utilizados para o cálculo do coeficiente no período de 2011 a 2020.**

|                    | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|--------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Total de natimorto | -    | -    | 8    | 10   | 7    | 13   | 13   | 7    | 10   | 7    |

Fonte: SIM (Sistema de Informação de Mortalidade SINASC (Sistema de Informação de Nascidos)

A mortalidade materna não causa preocupação, não há casos frequentes de óbito materno, chegando a ficar anos sem que ocorra nenhum caso. No município São João da Boa Vista, ocorreu um óbito materno apenas no ano de 2014.

Quanto à evitabilidade verifica-se que há muitas mortes que seriam evitadas por melhores condições socioeducativas da mãe e/ou família, demonstrando que há muito a ser feito, para que a população tenha melhor nível social, cultural e educativo. Também houve um número expressivo de óbitos inevitáveis, ou seja, todas as providências foram tomadas, mesmo assim o desfecho foi ruim. Há casos que ficaram inconclusivos, pois

mesmo que tenham sido buscados todos os dados referentes aos mesmos é impossível saber se era evitável ou não, pois nem sempre é possível conhecer as causas íntimas dessas mortes.

### Principais causas de internação

O número total de internações oscilou nos últimos três anos, principalmente por conta da pandemia do novo coronavírus, as cinco principais causas de internação no município de São João da Boa Vista são a gravidez, parto e puerpério com média de 20,23%; seguido de internações por doenças do aparelho circulatório com média 15,29%, logo após destacamos as doenças do aparelho digestivo com 12,15%, lesões por envenenamento por causas externas totalizando 12,11% (com aumento gradual ao longo dos anos) e aparelho geniturinário com média de 9,80%, respectivamente conforme pode ser observado na tabela abaixo.

Destacamos as lesões por envenenamento por causas externas, nunca atingido níveis de destaque quanto atualmente, demonstrando a necessidade de mais intervenções sobre o assunto.

**Tabela 10 – Número de Internações e percentual segundo capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID10) – município de São João da Boa Vista no período de 2018 a 2020.**

| CID 10                   | 2018       |      | 2019       |      | 2020       |      |
|--------------------------|------------|------|------------|------|------------|------|
|                          | quantidade | %    | quantidade | %    | quantidade | %    |
| I Doenças parasitárias   | 230        | 3,98 | 272        | 4,54 | 356        | 6,74 |
| II Neoplasias            | 312        | 5,41 | 435        | 7,26 | 435        | 8,24 |
| III Doenças sangue       | 43         | 0,74 | 43         | 0,71 | 23         | 0,43 |
| IV Doenças endócrinas    | 79         | 1,37 | 86         | 1,43 | 104        | 1,97 |
| V Transtornos mentais    | 71         | 1,23 | 40         | 0,66 | 36         | 0,68 |
| VI Doenças do s. nervoso | 54         | 0,93 | 58         | 0,96 | 41         | 0,77 |
| VII Doenças do olho e-   | -          | -    | -          | -    | 1          | 0,01 |

|                                  |              |       |              |       |              |       |
|----------------------------------|--------------|-------|--------------|-------|--------------|-------|
| anexos                           |              |       |              |       |              |       |
| VIII Doenças do ouvido           | -            | -     | 2            | 0,03  | 2            | 0,03  |
| IX Doenças ap. Circulatório      | 880          | 15,26 | 921          | 15,38 | 804          | 15,24 |
| X Doenças ap. Respiratório       | 584          | 10,12 | 572          | 9,55  | 382          | 7,24  |
| XI Doenças ap. Digestivo         | 763          | 13,23 | 724          | 12,09 | 588          | 11,14 |
| XII Doenças de pele              | 43           | 0,74  | 48           | 0,80  | 35           | 0,66  |
| XIII Doenças sist. Osteomuscular | 79           | 1,37  | 83           | 1,38  | 56           | 1,06  |
| XIV Doenças ap. Geniturinário    | 618          | 10,71 | 611          | 10,20 | 448          | 8,49  |
| XV Gravidez parto e puerpério    | 1.195        | 20,72 | 1.160        | 19,37 | 1.088        | 20,62 |
| XVI Algumas período perinatal    | 45           | 0,78  | 73           | 1,21  | 54           | 1,02  |
| XVII Malf. Congênita             | 3            | 0,01  | 10           | 0,16  | -            | -     |
| XVIII Sint. Sinais e             | 82           | 1,42  | 94           | 1,57  | 68           | 1,28  |
| XIX Lesões enven causas externas | 628          | 10,89 | 705          | 11,77 | 722          | 13,68 |
| XXI Contatos com serviços saúde  | 57           | 0,98  | 49           | 0,81  | 32           | 0,60  |
| <b>Total</b>                     | <b>5.766</b> |       | <b>5.986</b> |       | <b>5.275</b> |       |

Fonte: TABWIN – Vigilância Epidemiológica

### Infecções Sexualmente Transmissíveis

Podemos observar nas tabelas abaixo que a partir de 2017 vem ocorrendo uma queda da detecção de sífilis em gestantes, o que não condiz com a oferta de testes realizados no pré-natal e no momento do parto.

Nesse mesmo período houve uma queda na incidência de sífilis congênita o que demonstra que a prevenção no pré-natal foi efetiva.



Tabela 11 – Número de gestantes para Sífilis Congênita no município de São João

| Ano   | 15 a 19 anos | 20 a 29 anos | 30 a 39 anos | 40 a 49 anos | Total |
|-------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| 2017  | 1            | 8            | 5            | 2            | 16    |
| 2018  | -            | 7            | 4            | -            | 11    |
| 2019  | -            | 9            | 2            | 1            | 12    |
| 2020  | -            | 7            | 2            | 1            | 10    |
| 2021  | 1            | 4            | 3            | 1            | 9     |
| Total | 2            | 35           | 16           | 5            | 58    |

Fonte: SINAN / NET – Vigilância Epidemiológica

Tabela 12 – Número de crianças com Sífilis Congênita no município de São João

| Ano   | Menor de 1 ano |
|-------|----------------|
| 2017  | 5              |
| 2018  | 1              |
| 2019  | 1              |
| 2020  | -              |
| 2021  | 1              |
| Total | 10             |

Fonte: SINAN / NET – Vigilância Epidemiológica

Número de gestantes positivas para HIV no município de São João

| Ano  | 15 a 19 anos | 20 a 29 anos | 30 a 39 anos | 40 a 49 anos | Total |
|------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| 2017 | -            | 1            | 2            | -            | 3     |
| 2018 | -            | 2            | 2            | -            | 4     |
| 2019 | -            | 1            | -            | 1            | 2     |
| 2020 | -            | 1            | 2            | -            | 3     |

|       |   |   |   |   |    |
|-------|---|---|---|---|----|
| 2021  | - | 3 | - | - | 3  |
| Total | - | 8 | 6 | 1 | 15 |

Fonte: SINAN / NET – Vigilância Epidemiológica

Tabela 14 – Número de crianças positivas para HIV no município de São João

| Ano   | 1 a 4 anos |
|-------|------------|
| 2017  | 1          |
| 2018  | -          |
| 2019  | -          |
| 2020  | -          |
| 2021  | 1          |
| Total | 2          |

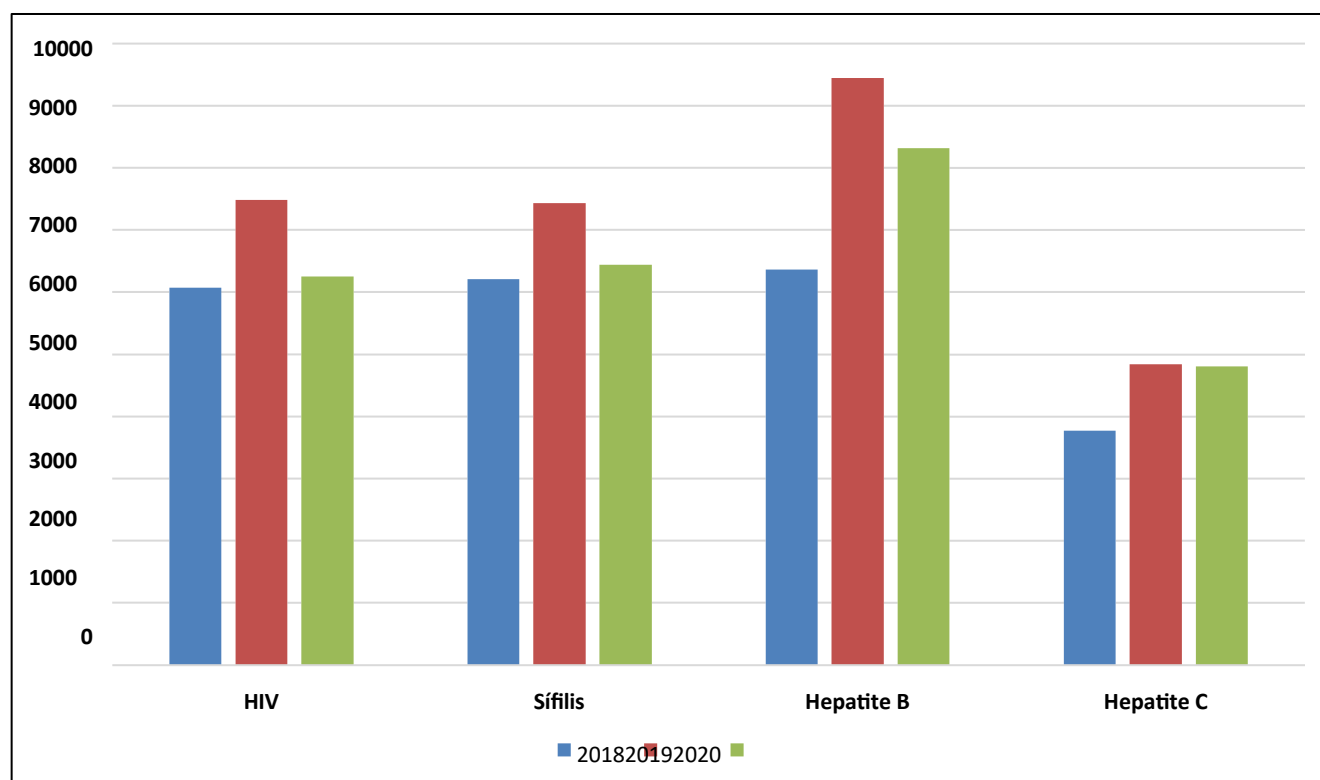
Fonte: SINAN / NET – Vigilância Epidemiológica

Tabela 15 – Número de adultos positivos para HIV no município de São João

| Ano   | 15 a 19 anos | 20 a 29 anos | 30 a 39 anos | 40 a 49 anos | 50 a 59 anos | 60 a 69 anos | Total |
|-------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| 2017  | -            | 8            | 8            | 3            | 4            | 3            | 26    |
| 2018  | 1            | 7            | 8            | 6            | 1            | -            | 23    |
| 2019  | 2            | 1            | 5            | 5            | 2            | 1            | 16    |
| 2020  | 1            | 9            | 13           | 9            | 2            | 3            | 37    |
| 2021  | 1            | 5            | 4            | 2            | 6            | 1            | 19    |
| Total | 5            | 30           | 38           | 25           | 15           | 8            | 121   |

Fonte: SINAN / NET – Vigilância Epidemiológica

Gráfico 01 – Número total de pacientes testados no município de São João da Boa Vista nos anos de 2018 a 2020.



Fonte: Sistema de Dados do Laboratório Municipal de São João-

O Departamento Municipal de Saúde conta em sua estrutura organizacional com um Serviço de Atendimento Especializado (SAE) para tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, sendo referência também para as cidades de Águas da Prata, Aguaí e Santa Cruz das Palmeiras.

Atualmente o SAE conta com 324 pessoas em tratamento, deste montante, 249 são munícipes de São João da Boa Vista, 07 de Águas da Prata, 51 da cidade de Aguaí e 17 de Santa Cruz das Palmeiras.

Observa-se pelos dados apresentados acima que no ano de 2020 houve uma redução no número total de exames realizados, devido a pandemia, contudo o município sempre teve índices considerados satisfatórios na testagem.

## 1.1 – Imunobiológicos – Cobertura na Rotina

As vacinações no Estado de São Paulo, executadas em todos os municípios, são coordenadas pelo Grupo de Vigilância Epidemiológica para assegurar a adequada vacinação da população de acordo com o calendário oficial do Programa Nacional de Imunizações (PNI) para crianças, adolescentes e adultos.

Os produtos disponíveis contemplam todas as idades, desde o recém-nascido, que recebe a vacina BCG e hepatite B, nas primeiras horas de vida, até as pessoas com mais de 60 anos, que nas Campanhas do Idoso são vacinadas anualmente com a vacina contra *influenza e pneumo 23*. Atualmente, o calendário básico conta com 21 vacinas.

No Programa de Imunizações, constam também "imunobiológicos especiais", indicados para pacientes imunodeprimidos ou portadores de algumas doenças crônicas. Estes produtos estão disponíveis nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (Cries).

A meta uma cobertura vacinal do Estado de São Paulo, assim como do município, é de no mínimo 95%.

**Tabela 16- Cobertura vacinal geral no município de São João da Boa Vista no período de 2019 a 2020.**

| <b>Imuno</b>                       | <b>2019</b> | <b>2020</b> | <b>Média</b> |
|------------------------------------|-------------|-------------|--------------|
| BCG                                | 93,70       | 96,68       | 95,34        |
| DTP REF (4 e 6 anos)               | 79,94       | 84,61       | 82,27        |
| Dtpa Gestante                      | 46,24       | 44,36       | 45,30        |
| Dupla adulto e triplice acelular   | 19,50       | 19,31       | 19,41        |
| Febre Amarela                      | 80,92       | 6,74        | 43,83        |
| Hepatite A                         | 88,38       | 94,68       | 91,53        |
| Hepatite B                         | 84,12       | 92,90       | 88,51        |
| Hepatite B em crianças até 30 dias | 4,79        | 3,73        | 4,26         |
| Meningococo C                      | 92,72       | 86,34       | 89,53        |
| Meningococo C (1º ref)             | 93,43       | 95,39       | 94,41        |
| Penta                              | 84,12       | 92,90       | 88,51        |
| Pneumocócica                       | 95,47       | 90,51       | 92,99        |
| Pneumocócica (1º ref)              | 85,36       | 5,59        | 45,47        |
| Poliomielite                       | 91,66       | 88,73       | 90,20        |
| Poliomielite 4 anos                | 84,50       | 75,48       | 79,99        |
| Poliomielite                       | 83,94       | 89,71       | 86,82        |
| Rotavírus Humano                   | 93,88       | 86,60       | 90,24        |
| Tetra Viral                        | 50,67       | 1,51        | 26,09        |
| Triplíce Bacteriana                | 71,07       | 73,65       | 72,36        |
| Triplíce Viral D1                  | 92,64       | 85,18       | 88,91        |
| Triplíce Viral D2                  | 92,10       | 93,26       | 92,68        |

Fonte: Vigilância Epidemiológica Municipal

No ano de 2016 houve a implantação do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). A transição para este novo sistema resultou em dados inconsistentes e que não demonstram a realidade da cobertura realizada naquele ano.

**Tabela 17 – Cobertura vacinal de Influenza no município de São João da Boa Vista no período de 2018 a 2021.**

| <b>Grupos</b>           | <b>2018</b> | <b>2019</b> | <b>2020</b> | <b>2021*</b> |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Adultos de 55 a 59 anos | -           | -           | 30%         | -            |
| Comorbidades            | 141%        | 96%         | 83%         | 14%          |
| Crianças                | 74%         | 103%        | 72%         | 87%          |
| Gestantes               | 71%         | 69%         | 60%         | 41%          |
| Idosos                  | 92%         | 93%         | 123%        | 54%          |
| Professores             | 132%        | 193%        | 59%         | 106%         |
| Puérperas               | 120%        | 132%        | 60%         | 68%          |
| Segurança Pública       | -           | -           | -           | -            |
| Trabalhadores saúde     | 85%         | 93%         | 171%        | 72%          |
| <b>Média Geral</b>      | <b>103%</b> | <b>96%</b>  | <b>94%</b>  | <b>56*</b>   |

Fonte: Vigilância Epidemiológica Municipal

**Tabela 18 – Cobertura vacinal de COVID-19 no município de São João da Boa Vista no ano de 2021 (até o dia 17 de agosto)**

|                    | <b>1ª dose</b>  | <b>2ª dose</b>  |
|--------------------|-----------------|-----------------|
| Vacinação em geral | 71.074 (77,40%) | 30.691 (33,44%) |

Fonte: Vigilância Epidemiológica Municipal

Observa-se que o município de São João da Boa Vista tem adotado estratégias vacinais eficazes para a COVID-19, e atualmente o município atingiu a 1ª classificação no Estado de São Paulo dos municípios com mais de 70 mil habitantes.

O Brasil atinge o percentual de 53% da população vacinada com a 1ª dose, o Estado de São Paulo com aproximadamente 64%, enquanto São João alcança o índice dos 76% da população geral do município.

Tabela 19 – Principais notificações de agravos compulsórios no ano de 2020.

| Agravos                          | Menor de 1 ano | 1 a 4 anos | 5 a 9 anos | 10 a 14 anos | 15 a 19 anos | 20 a 29 anos | 30 a 39 anos | 40 a 49 anos | 50 a 59 anos | 60 a 69 anos | 70 a 79 anos | 80 anos e mais | Total       |
|----------------------------------|----------------|------------|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|-------------|
| Animais peçonhentos              | 2              | 7          | 15         | 5            | 14           | 21           | 39           | 27           | 20           | 22           | 7            | 2              | 181         |
| AIDS                             | -              | -          | -          | -            | 1            | 9            | 13           | 9            | 2            | 3            | -            | -              | 37          |
| Antirrábico                      | 1              | 32         | 36         | 19           | 17           | 48           | 40           | 50           | 41           | 29           | 25           | 6              | 344         |
| Coqueluche                       | 1              | -          | -          | -            | -            | -            | -            | -            | -            | -            | -            | -              | 1           |
| Criança exposta ao HIV           | 2              | -          | -          | -            | -            | -            | -            | -            | -            | -            | -            | -              | 2           |
| Esquistossomose                  | -              | -          | -          | -            | -            | -            | -            | -            | 1            | -            | -            | -              | 1           |
| Febre Amarela                    | -              | -          | -          | -            | -            | -            | 1            | -            | -            | 1            | -            | -              | 2           |
| Gestantes HIV +                  | -              | -          | -          | -            | -            | 1            | 2            | -            | -            | -            | -            | -              | 3           |
| Hepatites Virais                 | -              | -          | -          | -            | 1            | -            | 3            | 4            | 10           | 5            | 2            | 2              | 27          |
| Intoxicações                     | -              | 9          | 1          | 6            | 20           | 29           | 21           | 8            | 10           | 5            | 2            | -              | 111         |
| Leishmaniose                     | -              | -          | -          | -            | -            | 1            | -            | 1            | -            | -            | -            | -              | 2           |
| Leptospirose                     | -              | -          | -          | -            | -            | -            | 1            | 1            | -            | -            | -            | -              | 2           |
| Malária                          | -              | -          | -          | -            | -            | -            | -            | -            | 1            | -            | -            | -              | 1           |
| Meningite                        | -              | -          | -          | -            | -            | -            | -            | -            | 2            | -            | -            | -              | 3           |
| Sífilis Adquirida                | -              | -          | -          | -            | 1            | 9            | 4            | 6            | 3            | 6            | 2            | 1              | 32          |
| Sífilis Gestante                 | -              | -          | -          | -            | 1            | 7            | 2            | 1            | -            | -            | -            | -              | 10          |
| Síndrome Corrimento Uretral Masc | -              | -          | -          | -            | 1            | -            | 3            | 1            | 1            | -            | -            | -              | 6           |
| Tétano Acidental                 | -              | -          | -          | -            | -            | -            | -            | -            | -            | -            | -            | 1              | 1           |
| Violência doméstica              | 1              | 6          | 12         | 22           | 45           | 101          | 69           | 54           | 23           | 20           | 6            | -              | 359         |
| <b>Média Geral</b>               | <b>7</b>       | <b>54</b>  | <b>64</b>  | <b>52</b>    | <b>101</b>   | <b>226</b>   | <b>198</b>   | <b>162</b>   | <b>114</b>   | <b>91</b>    | <b>44</b>    | <b>12</b>      | <b>1125</b> |

Fonte: Vigilância Epidemiológica Municipal

Nota-se que o maior número de agravos se refere à violência doméstica (32%), em segundo lugar o acompanhamento antirrábico (31%) e em terceiro lugar as intoxicações



(10%). Ações e campanhas educativas tem sido desenvolvida e estimulada no município, contudo os resultados ainda são tímidos, demonstrando assim a necessidade do fortalecimento destas ações.

Tabela 20 – Dados da Dengue no município nos últimos anos.

| Situação                     | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021*** |
|------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|---------|
| Total de casos notificados   | 913  | 6360 | 509  | 196  | 76   | 708  | 2764 | 56      |
| Total de casos confirmados   | 579  | 5625 | 80   | 06   | 02   | 232  | 1997 | 10      |
| Total de casos autóctones*   | 527  | 5498 | 71   | 05   | 02   | 184  | 1937 | 10      |
| Total de casos importados ** | 52   | 127  | 09   | 01   | -    | 48   | 60   | -       |

\* casos contraídos em São João  
\*\* casos contraídos em outros municípios  
\*\*\* dados referentes até o mês de março

Fonte: Vigilância Epidemiológica Municipal

Nota-se que no ano de 2015 houve uma epidemia de Dengue no município, contudo nos anos subsequentes ocorreu um declínio do número de casos, ocorrendo uma nova alta dos casos no ano de 2020. O município conta com equipe específica e permanente, com ações contínuas de orientação, informação e conscientização da população, gerando um diferencial para o município.

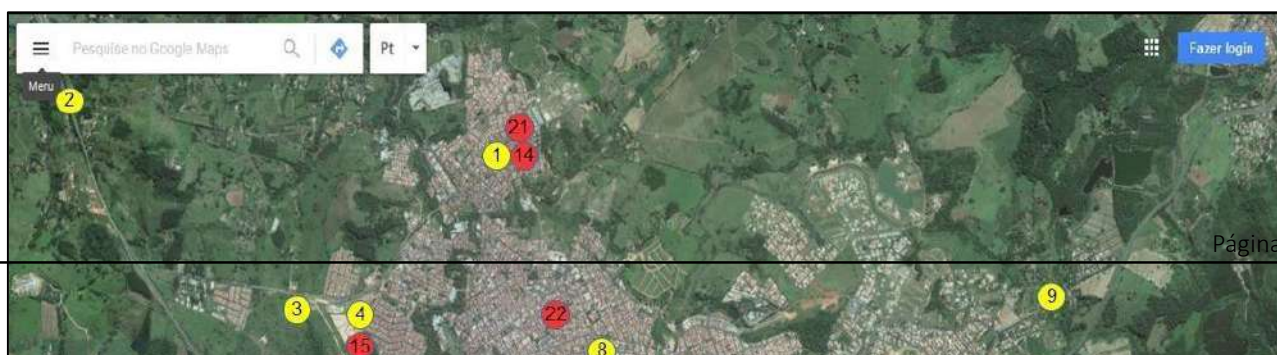
### Descrição da rede assistencial existente no município

O município de São João da Boa Vista, na qualidade de referência regional em saúde, tem por princípio atender às portarias ministeriais e aderir aos programas e ações voltados à saúde da população que assiste. Neste sentido, conta com uma rede assistencial muito bem estruturada e ante a demanda de assistidos procura se

credenciar junto ao Ministério da Saúde, a fim de proporcionar melhor qualidade na assistência à saúde.

| REDE ASSISTENCIAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA |                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                                                   | Hospital particular Unimed Leste Paulista;                                                                                               |
| 1                                                   | Hospital filantrópico conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS): Santa Casa de Misericórdia “Dona Carolina Malheiros” (102 leitos SUS); |
| 1                                                   | Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h (com serviço de Raios X);                                                                        |
| 1                                                   | Laboratório de Análises Clínicas – Municipal;                                                                                            |
| 5                                                   | Unidades Básicas de Saúde – UBS;                                                                                                         |
| 8                                                   | Unidades de Saúde da Família (com 13 equipes);                                                                                           |
| 1                                                   | CEM – Centro de Especialidades Médicas (oferece consultas e exames de Ultrassonografia e Endoscopia);                                    |
| 1                                                   | CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial em Saúde Mental                                                                                 |
| 1                                                   | CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas.                                                        |
| 1                                                   | CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial Infantil                                                                                         |
| 1                                                   | Ambulatório de Saúde Mental (Programa Antitabaco)                                                                                        |
| 1                                                   | SAE – Serviço Ambulatorial Especializado – Atendimento à pacientes com IST / AIDS (Referência para 5 municípios da região)               |
| 1                                                   | CCZ – Centro de Controle de Zoonoses                                                                                                     |
| 1                                                   | CEO – Centro de Especialidades Odontológicas                                                                                             |

Figura 0 3- Mapa do Município de São João da Boa Vista com a localização dos Serviços de Saúde.





Unidades de Saúde instaladas em São João da Boa Vista

- 01 – USF Vila Valentim
- 02 – UBS Barro Pedregulho
- 03 – USF Maestro Mourão
- 04 – USF Recanto Jaguar
- 05 – USF Duvai Nicolau
- 06 – USF Santo Antônio
- 07 – UBS Vila Conrado
- 08 – UBS São Lazaro
- 09 – UBS Barro Alegre
- 10 – UBS Jardim São Paulo
- 11 – USF UBC
- 12 – USF Jardim Azaleias
- 13 – USF Jardim Ipês

UBS – Unidade Básica de Saúde  
USF – Unidade de Saúde da Família

Demais Serviços de Saúde instalados em São João da Boa Vista

- 14 – NASF (Núcleo de Apoio Saúde Família)
- 15 – Academia da saúde
- 16 – CEO (Centro de Especialidades Odontológica)
- 17 – Centro de Especialidades Médicas
- 18 – CEREST (Centro Referência Saúde Trabalhador)
- 19 – Laboratório Municipal
- 20 – UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
- 21 – UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
- 22 – Laboratório Sorológico
- 23 – Sede do Departamento Municipal de Saúde
- 24 – SAE (Serviço de Atendimento Especializado)
- 25 – SAE (Serviço de Atendimento Especializado)
- 26 – CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas)
- 27 – SAMU (Serviço Atendimento Móvel de Urgência)
- 28 – CAPS i (Centro de Atenção Psicossocial Infantil)

Assim, para atender aos três pilares de organização do Sistema Único de Saúde que são: Rede, Regionalização e Hierarquização, o município foi estrategicamente estruturado conforme o quadro que segue:

I – Eixo de Assistência à Saúde

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Unidades Básicas de Saúde    | - Dr. Amado Gonçalves do Santos<br>- Dr. Acidino der Andrade<br>- Dr. Paulo Emílio de Oliveira Azevedo<br>- Dr. Paulo Roberto Sorci<br>- Dr. Delvo de Oliveira Westin                                                                                           |
| Unidades de Saúde da Família | - Dr. Benedito Carlos Rocha Westin<br>- Dr. Alexis Hakin<br>- Dr. Raul de Oliveira Andrade<br>- Dr. Antenor José Bernardes<br>- Dr. Sebastião José Rodrigues<br>- Dr. Geraldo Pradela<br>- Dr. Ermelindo Adolpho Arrigucci<br>- Maria Gabriela Junqueira Vallim |
| Serviços de Apoio            | - Academia da Saúde<br>- NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família<br>- Laboratório de Análises Clínicas                                                                                                                                                        |
| Saúde Mental                 | - Ambulatório de Saúde Mental<br>- CAPS II<br>- CAPS AD<br>- CAPS i                                                                                                                                                                                             |

|                            |                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Serviços de Especialidades | <ul style="list-style-type: none"> <li>- SAE – Serviço de Atendimento Especializado</li> <li>- CEM – Centro de Especialidades Médicas</li> <li>- CEO – Centro de Especialidades Odontológicas</li> </ul> |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## II – Eixo de Urgências e Emergências

|                         |                                                                                                                                      |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Urgências e Emergências | <ul style="list-style-type: none"> <li>- SAMU – Serviço Móvel de Urgências</li> <li>- UPA – Unidade de Pronto Atendimento</li> </ul> |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## III – Eixo de Vigilâncias em Saúde

|             |                                                                                                                                                                                             |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vigilâncias | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilância Ambiental</li> <li>- Vigilância Sanitária</li> <li>- Vigilância Epidemiológica</li> <li>- Vigilância em Saúde do Trabalhador</li> </ul> |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

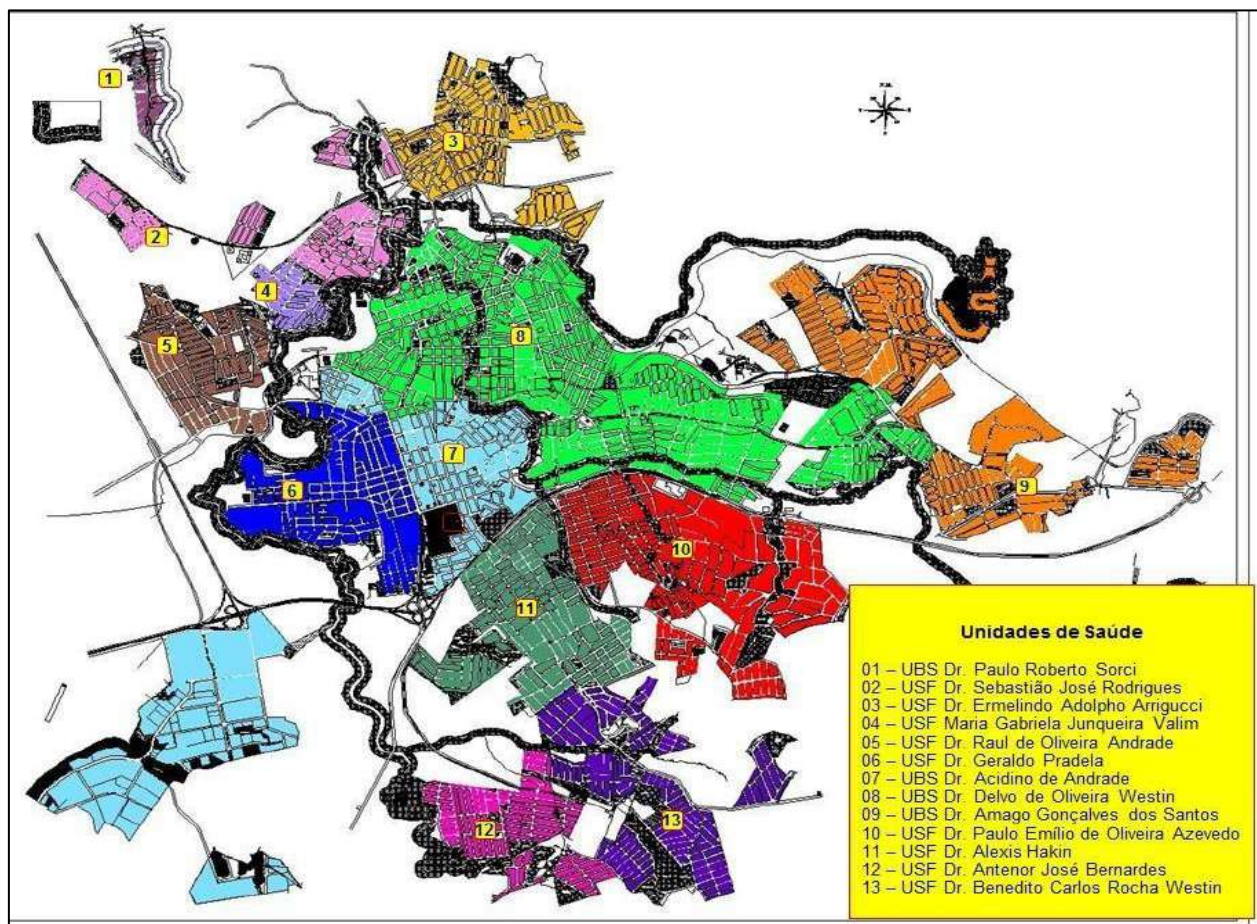
## IV – Eixo de Planejamento

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Planejamento | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Setor de Agendamento e Regulação</li> <li>- Setor de Implantação e Acompanhamento Programas Municipais</li> <li>- Setor Avaliação e Controle</li> <li>- Setor de Distribuição de Materiais e Medicamentos</li> <li>- Setor Educação e Comunicação</li> <li>- Serviço de Contratos, Finanças e Convênios</li> <li>- Serviço de Assistência Farmacêutica</li> <li>- Serviço de Expediente</li> <li>- Serviço de Pessoal</li> <li>- Serviço de Transporte e Remoção de Pacientes</li> </ul> |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



|  |                                          |
|--|------------------------------------------|
|  | Serviço de Obras, reformas e Manutenções |
|--|------------------------------------------|

Figura 4 – Mapa do Município de São João da Boa Vista com a localização das Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família.



## 1.2 – Descrição da rede conveniada ao SUS Municipal

| I - Hospital Santa Casa Dona Carolina Malheiros                                     |                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Assistência Hospitalar: Santa Casa de Misericórdia “Dona Carolina Malheiros”        | <b>Internações:</b><br>49 leitos: Clínica Geral 03 leitos: AIDS<br>14 leitos: Cirurgia Geral<br>02 leitos: Ginecologia Cirúrgica<br>04 Leitos: Ortopedia/Traumatologia<br>04 leitos: Obstetrícia Clínica |
| Referência para internações de Média Complexidade para os municípios de São João da |                                                                                                                                                                                                          |

|                                                                                                         |                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Boa Vista, Aguai e Águas da Prata, referência em Alta Complexidade e urgência/emergência para a região. | 08 leitos: Obstetrícia Cirúrgica 02 leitos: Pediatria Clínica<br>08 leitos: Pediatria Cirúrgica 08 leitos: UTI adulto<br>10 leitos: UTI COVID |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Fonte: CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

| II – Atenção Especializada em Alta Complexidade                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Os serviços de Alta Complexidade estão organizados em redes estaduais. O município de São João da Boa Vista possui credenciamento nos seguintes serviços de Alta Complexidade, para atendimento regional |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Terapia Renal Substitutiva                                                                                                                                                                               | Atende ao Colegiado da Mantiqueira (8 municípios)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Oncologia - UNACON                                                                                                                                                                                       | Clínico e Cirúrgico em Gastroenterologia, Urologia, Ginecologia e Mastologia para o Colegiado Mantiqueira e Rio Pardo apenas os municípios de Caconde, Divinolândia, São José do Rio Pardo, Itobi e Tapiratiba; Quimioterapia atende o Colegiado Mantiqueira e Rio Pardo apenas os municípios de Caconde, Divinolândia, São José do Rio Pardo, Itobi e Tapiratiba e; Radioterapia atende os 3 Colegiados (Mantiqueira, Rio Pardo e Mogiana) |
| Ortopedia                                                                                                                                                                                                | Atende o CGR Mantiqueira                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Neurocirurgia e Neurologia                                                                                                                                                                               | Atende o CGR Mantiqueira                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Nutrição Enteral e Parenteral                                                                                                                                                                            | Atende o CGR Mantiqueira                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Urgência – UTI (adulto)                                                                                                                                                                                  | Atende o CGR Mantiqueira                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

Fonte: Plano Operativo vigência 2021 – Prefeitura Municipal de São João da Boa Vista



Quanto ao serviço de Unidade Terapia Intensiva – UTI, é importante informar que atualmente são disponibilizados 10 leitos para os atendimentos, sendo que 08 são para os pacientes usuários do Sistema Único de Saúde- SUS e 02 para os demais pacientes (particulares e planos de saúde).

O Departamento Regional de Saúde – DRS XIV de São João da Boa Vista é composto por 20 municípios, compreendendo uma população de aproximadamente 800 mil habitantes e está dividida em três colegiados: Baixa Mogiana- 4 municípios, Mantiqueira - 8 municípios e Rio Pardo - 8 municípios. O Colegiado da Mantiqueira totaliza 264 mil habitantes, diferentes em sua estrutura e suas necessidades.

Figura 5- Localização do Colegiado de Gestão Regional Mantiqueira na Região de Saúde da DRS XIV de São João da Boa Vista.



Referências:



Informações extraídas do Plano Municipal de Saúde 2022-2025, encontrado em:

<https://www.saojoao.sp.gov.br/departamentos/saude/planos-e-programacao>

[https://ecrie.com.br/sistema/conteudos/arquivo/a\\_41\\_0\\_2\\_29082023142242.pdf](https://ecrie.com.br/sistema/conteudos/arquivo/a_41_0_2_29082023142242.pdf)

## Apresentação da filosofia de gestão da proponente, incluindo organograma (vertical) da instituição

Considerando a proposta do município em proporcionar melhorias no atendimento de saúde, resolvemos colocar o melhor da nossa “*expertise*” para participar deste momento peculiar de transformação e quebra de paradigmas, através das parcerias público-privadas, desenvolvidas com seriedade e transparência.

Apesar de sabermos que os desafios são grandes os aceitamos pela inquietude do compromisso social e acreditando nas intenções desta prefeitura e na sua sensibilidade para construirmos juntos um projeto à altura do que a população merece.

O **objetivo** desta proposta, portanto, é **apresentar um modelo de gestão participativo e inovador** trazendo para a esfera pública do Sistema Único de Saúde - SUS, o mesmo cuidado dispensado à clientela de outros sistemas de saúde, complementares.

O IGPP gerará um alto padrão assistencial, fortemente ligado à produção de benefícios na atenção à saúde da população, atuando junto à comunidade, o que assegura o caráter público da prestação de serviços. Ele possui a habilidade necessária para a execução dos serviços assistenciais, sendo capaz de cumprir o Contrato de Gestão, desde a organização e implantação do serviço, a sua execução, expansão, com as respectivas avaliações de resultados e prestação de contas.

A **melhoria contínua da qualidade** faz parte do planejamento do IGPP, uma vez que visamos à implantação de programas que promovam a melhoria da qualidade em até 180 dias e com reavaliação mensal, possibilitando assim, uma prestação com maior qualidade e no menor espaço de tempo possível após a sua implantação.

Esse programa será implantado como um **Plano Estratégico** que, ao longo do tempo, passará a ser incorporado na rotina da gestão, contribuindo para a conquista da qualidade total e tendo como vantagem o fato de provocar mudanças comportamentais em todos os níveis hierárquicos.



O IGPP desenvolve seu modelo de gestão com base na Gestão por Processos em que os processos são mapeados, monitorados, avaliados e revisados sempre que necessário, buscando assim elevar o desempenho e otimizar resultados por meio da implementação de melhorias nos processos organizacionais.

Esse modelo de Gestão tem como objetivo principal analisar, padronizar e melhorar as operações garantindo que todos os colaboradores participem ativamente dos processos e estejam comprometidos com a qualidade e eficiência, visando assim a melhoria contínua no alcance dos objetivos da organização, sempre com foco na resolutividade, com qualidade assistencial, norteados pelo planejamento estratégico.

O IGPP procura estabelecer assim uma dinâmica de melhoria contínua, permitindo ganhos significativos às organizações, em termos de desempenho, eficiência, eficácia e custo, (otimização do uso dos recursos e viabilizar os resultados desejados, a eliminação de erros e a minimização de atrasos).

O modelo gerencial para os Programas / Unidades de Saúde, busca atribuir, no nível hierárquico de execução, a implantação e desempenho de ferramentas inovadoras de gestão, e à Secretaria Municipal de Saúde, funções reguladoras de acompanhamento, controle e avaliação.

A proposta tem como finalidade a prestação de serviços com a visão de futuro de consolidar um modelo de gestão inovador e pioneiro, tornando-se referencial de excelência na prestação de serviços de saúde, de concepção de coordenação e controle voltados para os resultados.

O IGPP acredita que um modelo de gestão deve não apenas respeitar e considerar todos os princípios do SUS, mas sobretudo contribuir para o aperfeiçoamento deles: universalidade, regionalização e hierarquização da rede, autonomia dos gestores, coordenação entre níveis de governo, transparência e controle social.

Portanto, a gestão dos Programas / Unidades de Saúde irá pautar-se em resultados qualitativos e quantitativos, previamente acordados, cabendo ao Órgão Supervisor, o acompanhamento dos indicadores definidos no Contrato de Gestão.

Nosso modelo gerencial pressupõe os seguintes instrumentos:



- 1) Clareza da missão institucional, ou seja, a expressão da razão de ser da organização o que a legitima perante os seus usuários e seus funcionários;
- 2) Visão clara sobre o futuro, seus usuários e serviços que presta, de modo que a gestão se concentre no essencial;
- 3) Liderança dos seus dirigentes, focada em hábitos e atitudes gerenciais modernos e estimulando mudanças de comportamentos, mentalidade, atitudes e rotinas de trabalho;
- 4) Alocação de recursos adequada, vinculando-se a prioridades estratégicas e à definição de metas explícitas e verificáveis através de indicadores de desempenho.
- 5) Recursos Humanos motivados pelo seu engajamento no trabalho e com uma visão de futuro;
- 6) Estrutura Organizacional reticular e não vertical, que enfatiza a importância dos papéis de cada um dentro da organização com vista a agregar valor ao serviço prestado;
- 7) Sistema de informação confiável e oportuno sobre a operação cotidiana, permitindo a definição de ações e a conversão de rumos, e
- 8) Gerenciamento por equipe e organização por processo e não por tarefa.

O uso destes instrumentos tem foco no paciente e nos resultados, assegurando racionalização dos processos de trabalho, possibilitando a gestão por resultados negociadas entre a direção e as equipes de trabalho.

Entende-se por Equipe o conjunto de profissionais envolvidos com um determinado produto, ou seja, as equipes serão multiprofissionais. Cada Equipe deverá constituir uma Coordenação, se responsabilizando pela execução dos serviços operacionais e atividades de apoio.

A Diretoria constitui-se de todos os órgãos colegiados e assessorias e tem a missão de representar a instituição e negociar o contrato de metas anuais com as Equipes.

Esta lógica de organização rompe com a dicotomia estabelecida na atenção ao paciente, em que “cada profissional faz a sua parte”, possibilitando uma visão integral da assistência e a participação de todos os profissionais no desenho organizacional.

Neste desenho organizacional, a comunicação exerce papel fundamental para a articulação intra e entre Equipes, sendo o fluxo de comunicação lateral privilegiado em



relação aos demais sentidos, uma vez que possibilita maior aproximação e articulação entre os serviços.

No contexto da tomada de decisão, a informação deve ser empregada como mais um recurso para o desenvolvimento do processo de trabalho. A produção interna da informação e a utilização de fontes externas propiciam condições mais adequadas para utilização na tomada de decisão.

## Objetivo Geral

O IGPP tem dentre os principais objetivos, apresentar e desenvolver programas para o atendimento à população, promovendo e induzindo atividades que permeiem o desenvolvimento humano em sentido amplo, buscando respostas para as necessidades em saúde, mantendo um permanente e profundo respeito aos poderes legitimamente constituídos para o desenvolvimento de projetos que auxiliem a população, em suas áreas carentes, em consonância com os diversos setores do governo e da sociedade.

A Entidade visa planejar e organizar as ações segundo as necessidades de saúde de uma população específica as ações, serviços e programações em saúde devem basear-se no diagnóstico da população adscrita à equipe de saúde, considerando fatores e determinantes da saúde desta população.

Também tem como objetivo assegurar o atendimento humanizado, a economicidade dos serviços, a eficiência dos processos, a desburocratização, transparência e qualidade da assistência. As ações da Entidade permitem que os pacientes tenham uma nova experiência com o sistema de saúde pública.

## Objetivos específicos

A Entidade valoriza o indivíduo, atuando com ética e responsabilidade, buscando de forma permanente a melhoria dos processos, dos resultados e da satisfação dos seus usuários, tendo como objetivos:

- ✓ Atender os pacientes com dignidade respeito, de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação de serviço, cumprindo com os preceitos éticos, morais e atendendo a política nacional de humanização.



- ✓ Reconhecer, no processo de descentralização, o fortalecimento do poder local, enquanto espaço para gerir e integrar as políticas públicas.
- ✓ Apoiar o município e as comunidades com a metodologia da construção de indicadores que reflitam os diferentes paradigmas de desenvolvimento na formulação, monitoramento e avaliação.
- ✓ Ser comprometido com o processo de desenvolvimento econômico e a preservação ambiental, sempre objetivando a melhoria da qualidade de vida da população.
- ✓ Capacitar profissionais tendo como referência uma mentalidade de gestão, que seja preventiva e interativa.
- ✓ Prestar um atendimento resolutivo e responsável visando pela qualidade das ações e dos resultados.
- ✓ Cumprir adequadamente os protocolos diagnósticos e terapêuticos estabelecidos pela Secretária Municipal de Saúde e de consensos de Sociedades Médicas Brasileiras.
- ✓ Criar mecanismos técnicos administrativos e de incentivos para garantir as ações de referência e contrarreferência, para dessa forma assegurar a continuidade do cuidado.
- ✓ Criar rotinas administrativas que atendam as especificações do serviço bem como a condição social e cultural dos usuários do município de SÃO JOÃO DA BOA VISTA.
- ✓ Orientar-se pelos princípios do SUS: universalidade, equidade, integralidade, controle social, hierarquização, assim como, os princípios da acessibilidade, vínculo, coordenação, continuidade do cuidado, responsabilização e humanização.

### Metodologia de trabalho

O IGPP desenvolverá sua Gestão Assistencial conforme a RDC nº 36/2013 que “Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências”.





O Modelo de Gestão será baseado na definição de estratégias e planos, elaborados conforme o perfil da unidade e necessidades dos clientes, buscando resultados satisfatórios, sendo orientado pelo processo de melhoria contínua.

A Política de Gestão de Pessoas será estruturada de forma a promover a capacitação para as competências adequadas, para que os colaboradores desenvolvam suas atividades de forma segura, eficiente e eficaz.

O Programa de Qualidade a ser implantado seguirá o Modelo de Acreditação ONA, buscando desenvolver estratégias para assegurar ao usuário que todas as ações realizadas dentro da unidade estarão voltadas para maximizar os cuidados e benefícios e minimizar os riscos inerentes à ação médico-terapêutica.

O IGPP implantará seu modelo para gestão buscando a modernidade, a eficiência e a economia no gerenciamento de recursos, com a proposta de ofertar serviços de saúde com qualidade, assegurar a gestão da qualidade dos serviços de saúde no atendimento aos usuários, e garantir as boas práticas e a segurança na atenção.

Para promover a Qualidade Técnica e oferecer aos usuários dos serviços de saúde do município de SÃO JOÃO DA BOA VISTA um serviço de saúde com agilidade e qualidade, o IGPP implantará seu modelo para gestão do serviço buscando a modernidade, a eficiência e a economia no gerenciamento de recursos, com a proposta de ofertar serviços de saúde com qualidade, assegurar a gestão da qualidade dos serviços de saúde no atendimento aos usuários, e garantir as boas práticas e a segurança na atenção.

Sendo assim, destacamos abaixo o tripé da qualidade técnica do IGPP:

- Modelo de gestão: Há o entendimento institucional pelo IGPP, que a gestão adotada na unidade, é baseada nos seguintes focos institucionais: Acesso garantido aos usuários, utilização de sistemas e processos de trabalho articulados com a rede sus, sendo estes preferencialmente na Gestão de Riscos e garantia de acesso e otimização de recursos.
- Recursos humanos: O Regimento Interno do IGPP, elaborado em conformidade com as exigências da legislação vigente, contém as normas do seu regulamento, dispondo os procedimentos da política de Recursos Humanos quanto: à seleção para admissão de pessoal; aos direitos e deveres dos empregados; ao regime disciplinar, às normas de

apuração de responsabilidade e às penalidades; à formação e ao treinamento de pessoal; aos salários, benefícios e vantagens; ao plano de carreira, cargos e funções gratificadas;

- Articulação com a Rede de Serviços: Há a necessidade premente para consolidação do modelo de gestão, a realização do diagnóstico dos recursos existentes no território, identificando as fragilidades e potencialidades. Sendo assim a pactuação de fluxos e protocolos assistenciais e administrativos; A regulação médica com priorização de riscos; O controle e priorização dos leitos disponíveis e agendas ambulatoriais; A padronização dos mecanismos de solicitações de internações, consultas, exames e terapias especializadas; A organização de fluxos de referência e contrarreferência entre unidades, municípios e regiões; Organização e regulação do transporte (quando aplicável).

### Diretrizes

As diretrizes para a gestão passam pelas seguintes definições: missão institucional; adequação de perfil assistencial e aprimoramento de mecanismos de:

- Gestão participativa;
- Desenvolvimento de mecanismos de integração à rede SUS regional e estadual;
- Adequação (qualitativa e quantitativa) do quadro de RH ao perfil assistencial;
- Sistematização da informação a partir da definição/ acompanhamento de indicadores básicos e indicadores de desempenho;
- Humanização da assistência;
- Melhoria progressiva da qualidade assistencial, determinado a definição de indicadores de qualidade, o processo de acreditação e a satisfação do usuário.

### ESTRATÉGIAS PARA O SUCESSO DA IMPLANTAÇÃO DO MODELO GERENCIAL

a) Assistencial: conformação de um serviço qualificado e com autossuficiência em atenção de baixa complexidade, possibilitando desta forma a melhoria do acesso dos usuários que necessitam de atendimento ambulatorial especializado, atendimento de urgência/emergência e assistência resolutiva.

b) Econômica: a alocação de recursos financeiros para melhoria das estruturas físicas e de equipamentos para capacitação dos profissionais de saúde e para a modernização gerencial da unidade, de acordo com o perfil assistencial definido para a instituição.

c) Redistributiva: estabelecer um fator de alocação segundo necessidades.

d) Gerencial: estabelecer uma lógica contratual por meio da assinatura de termos de compromissos e metas com as equipes das Unidades.

e) Educacional: estabelecer mecanismos de qualificação profissional por meio de cursos e capacitação permanente das equipes das Unidades, de acordo com a necessidade para o perfil assistencial.

## MUDANÇA DA CULTURA ORGANIZACIONAL

A cultura de uma organização é constituída de um conjunto de crenças, valores e pressupostos básicos implantados. Com o passar do tempo, esses valores vão sendo aperfeiçoados e disseminados na organização por meio de diversos mecanismos, tais como: os critérios utilizados para recrutamento de funcionários; o desenho e a estrutura da organização; as declarações formais da filosofia organizacional e seus credos. A cultura organizacional é criada e mantida, principalmente, por meio de políticas de recursos humanos.

Para promover a mudança da cultura organizacional, o gestor deve destacar os valores positivos já existentes e promover novos valores exigidos pela organização, como qualidade, eficácia, eficiência, comprometimento, cooperação e respeito. Considerando as características de uma cultura favorável à inovação, o gestor deve adotar as seguintes estratégias:

- estimular a inovação, a experimentação e as decisões de risco;
- orientar para resultados;
- valorizar as pessoas;
- organizar o trabalho em equipe;

- valorizar a iniciativa, o dinamismo e o espírito crítico;
- encorajar a flexibilidade e a adaptação;
- tolerar a diversidade.

## **AValiação sistêmica visando o desenvolvimento e a garantia da qualidade do serviço**

Os sete atributos mais importantes da qualidade em saúde são: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade, equidade.

Para a garantia da qualidade nos serviços de saúde, as categorias "estruturas", "processos" e "resultados" são três alvos potenciais da avaliação dos serviços de saúde.

- Estruturas são os recursos que estão à disposição para se oferecer o serviço (área física, equipamentos, instalações, recursos humanos etc.).
- Processos significam "o próprio atendimento" - quais medicamentos são usados, quais procedimentos são realizados, como os diagnósticos são feitos etc.
- Resultados são as consequências decorrentes do atendimento, tais como o prolongamento da vida, o alívio à dor etc.

A relação entre utilização de recursos e qualidade da atenção em saúde, a complexidade dos processos envolvidos, e a difícil relação entre os profissionais da saúde e da administração, exigem um Modelo que atenda os aspectos a seguir:

Uma estratégia da atenção em saúde, que deve combinar a eficiência clínica, onde os serviços são programados e controlados utilizando-se uma quantidade prevista de recursos, produzindo um aumento da saúde; com a eficiência produtiva, garantindo a melhor utilização desses recursos em todos os processos envolvidos na atenção. Dessa maneira, estaria sendo observada a efetiva ocupação dos serviços de diagnóstico e tratamento, e a adequada utilização dos materiais, equipamentos e recursos humanos;

Uma estratégia da atenção em saúde que inclua os custos e os benefícios recebidos, tanto para o paciente, para o seu bem-estar físico, psíquico e social, quanto para a sociedade;

O planejamento de um sistema de monitoração interna e externa da atenção em saúde, através da definição de critérios e padrões, que permita à organização de saúde

prevenir, identificar e corrigir os seus erros. Ainda, com o objetivo de poder atuar adequadamente na política pública, na definição de programas de saúde e na prática administrativa. Tais critérios devem ser flexíveis, adaptados às peculiaridades clínicas e organizacionais.

Dessa forma, cabe ressaltar os principais eixos de qualidade técnica do IGPP:

- ▶ **Modelo de gestão:** Há o entendimento institucional pelo IGPP, que a gestão adotada na unidade, é baseada nos seguintes focos institucionais: Acesso garantido aos usuários, utilização de sistemas e processos de trabalho articulados com a rede sus, sendo estes preferencialmente na Gestão de Riscos e garantia de acesso e otimização de recursos.
- ▶ **Recursos humanos:** O Regimento Interno do IGPP, elaborado em conformidade com as exigências da legislação vigente, contém as normas do seu regulamento, dispondo os procedimentos da política de Recursos Humanos quanto: à seleção para admissão de pessoal; aos direitos e deveres dos empregados; ao regime disciplinar, às normas de apuração de responsabilidade e às penalidades; à formação e ao treinamento de pessoal; aos salários, benefícios e vantagens; ao plano de carreira, cargos e funções gratificadas;
- ▶ **Articulação com a Rede de Serviços:** Há a necessidade premente para consolidação do modelo de gestão, a realização do diagnóstico dos recursos existentes no território, identificando as fragilidades e potencialidades. Sendo assim a pactuação de fluxos e protocolos assistenciais e administrativos; A regulação médica com priorização de riscos; O controle e priorização dos leitos disponíveis e agendas ambulatoriais; A padronização dos mecanismos de solicitações de internações, consultas, exames e terapias especializadas; A organização de fluxos de referência e contrarreferência entre unidades, municípios e regiões; Organização e regulação do transporte (quando aplicável).

## DOCUMENTAÇÃO NORMATIVA E OPERACIONAL DAS UNIDADES

Representa a organização dos processos de trabalho e introdução à melhoria contínua na gestão dos serviços de saúde. São elaborados, entre outros, documentos de cunho administrativo, de qualidade, procedimentos de gestão e manuais que dizem respeito à formalização de todo o funcionamento dos serviços.



Ainda no tocante as documentações inerentes à unidade são observadas a padronização do tipo, conteúdo e a forma de apresentação, assegurando que todos os processos normatizados sejam efetivamente gerenciados pela qualidade (rastreabilidade, validade, entre outros).

## **POLÍTICA ASSISTENCIAL**

O IGPP com objetivo de garantir a qualidade, a segurança e a melhoria contínua dos processos assistenciais, estabelece um conjunto de princípios fundamentais que compõem a sua Política Assistencial. Para a implementação desta Política Institucional, reconhece como fundamental o Modelo de Excelência da Gestão (MEG) da Fundação Nacional da Qualidade (FNQ), alinhado com sua missão, visão e princípios. Com base neste instrumento, será estabelecido um modelo de atendimento voltado para a excelência que terá como principal objetivo praticar a excelência centrada no paciente, oferecendo práticas assistenciais com a melhor qualidade disponível, no menor tempo possível aliado a um custo sustentável.

## **EFETIVIDADE CLÍNICA**

Em geral, a efetividade clínica está atrelada a aproveitar o conhecimento nativo, já absorvido e disponível, e colocá-lo em prática da melhor forma. É preciso aproximar e preencher as lacunas existentes entre o que acontece nas triagens e a experiência clínica do profissional da saúde, trazendo isso para um contexto real, ou seja, aplicando diretamente ao atendimento.

A Efetividade Clínica pode ser definida como “a aplicação dos melhores conhecimentos, obtidos com base em pesquisa, experiência clínica e nas preferências do paciente, visando sempre alcançar excelência nos processos e resultados positivos no cuidado”, compreende entre outros pontos, a obtenção de evidências, mudança de condutas e o impacto proporcionado pela alteração de alguma prática, o que normalmente ocorre por meio de auditorias clínicas e feedbacks de pacientes.

Ela é atingida através da utilização de um conjunto de ferramentas baseadas em evidências e com foco no resultado para o paciente.





## PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO MULTIPROFISSIONAL E INDIVIDUALIZADO

O Plano Terapêutico Multiprofissional (PTM) é um conjunto de ações e intervenções terapêuticas elaboradas com base em uma visão integral da condição clínica do paciente, que visa obter sincronia entre as equipes que participam do cuidado e a maior adesão do paciente e de seus responsáveis ao tratamento. Deverá levar em consideração o perfil e os recursos da unidade de saúde e ser executado durante todo ciclo da assistência. Tem como objetivos o controle de quadro agudo e dos riscos associados, a remissão ou redução de sintomas e a preparação para a alta.

As ações deverão ser planejadas de acordo com o perfil do paciente e da unidade assistencial, portanto, pode se partir de um modelo, porém com as adequações necessárias para o desenvolvimento.

## GESTÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS

Protocolos clínicos são instrumentos que promovem a padronização das condutas médicas, isso é, auxiliam na uniformização dos tipos de tratamento para determinados diagnósticos. Eles organizam e facilitam a tomada de decisões da gestão, tanto do ponto de vista da assistência quanto do backoffice. Esse conceito, quando bem usado e aliado a outras estratégias, apresenta ganhos quantitativos e qualitativos na eficácia dos tratamentos. Também amplia a segurança do paciente e diminui o risco de erros e eventos adversos.

## GESTÃO POR PROCESSOS

O IGPP utiliza como modelo de gestão a Gestão por Processos, que consiste em um modelo de gestão organizacional orientado para o gerenciamento da empresa com foco nos processos, com responsabilidades de ponta-a-ponta atribuídas ao gestor de cada processo, cuja função é dirigir a performance do mesmo e garantir que as necessidades dos clientes e do negócio sejam satisfeitas.

## Macroprocesso e Cadeia de Valor



Macroprocesso é um processo que geralmente envolve mais de uma função organizacional e cuja operação tem impacto significativo no modo como a organização funciona.

Cadeia de Valor é a representação do conjunto de atividades desempenhadas por uma organização desde as relações com fornecedores e ciclos de produção até a entrega final do produto ou serviço (Michel Porter – 1995).

## Processos

Processo é qualquer atividade que recebe uma entrada (input), agrega-se valor e gera uma saída (output) para um cliente interno ou externo.

Processos são atividades logicamente relacionadas que, usando recursos (pessoas, equipamentos, materiais, entre outros), produzem resultados (produtos ou serviço), adicionando valor a cada etapa. Portanto, não existe um produto ou um serviço oferecido por uma empresa sem um processo.

Os processos gerenciais são aqueles que existem para coordenar os processos de apoio e assistencial, através de definição de estratégias, definição e monitoramento das metas, e melhorando os processos, quando necessário. Exemplos: Liderança (Diretoria Geral, Diretoria Assistencial e Diretoria de Apoio).

Os processos assistenciais são aqueles que se inter-relacionam diretamente com o cliente. Exemplos: Assistência Farmacêutica, Assistência Nutricional, Internação etc.

Os processos de apoio são aqueles que sustentam os processos assistenciais, fornecendo produtos e serviços como: equipamentos, tecnologia, informações.

Exemplo: Gestão de Estrutura Física Funcional (Manutenção), Gestão de Equipamentos Médicos (Engenharia Clínica) e Sistema de Informação ao Paciente (T.I). Na integração dos processos de uma organização, um produto de um processo é o insumo de outro processo, e assim ocorre até o produto entregue ao cliente.

## Gestão por Processos



Gestão por Processos significa que os processos estão mapeados, monitorados, avaliados e revisados sempre que necessário importante ressaltar que os esforços devem ser com foco na melhoria contínua e no alcance dos objetivos da organização.

Tem objetivo principal de estabelecer uma dinâmica de melhoria contínua, permitindo ganhos significativos às organizações, em termos de desempenho, eficiência, eficácia e custo.

### **Monitoramento de Processos**

Depois da implantação e ou ajuste do processo é necessário que seja monitorado, avaliado e devidamente ajustado, sempre levando em consideração o seu desempenho ao longo do tempo, na busca constante de melhoria contínua.

Os responsáveis pelos processos devem garantir que estão gerando produtos e/ou serviços que atendam às necessidades dos clientes.

### **Identificando e Priorizando Problemas**

Os processos organizacionais sem controle têm a tendência natural de se deteriorar progressivamente, gerando como efeito, serviços de qualidade cada vez pior. E mais importante do que identificar os problemas é determinar as suas causas, haja vista que são sobre elas que devem ser tomadas medidas de correção ou prevenção, conforme o caso.

### **Ação Corretiva**

Ação corretiva é a ação tomada para eliminar as causas de um problema existente ou de situações indesejáveis de maneira a evitar o reaparecimento delas.

Possibilita determinar exatamente algum tipo de problema, tornando a sua resolução mais eficaz e direta, gerando desta forma mais economia para a organização e menor desperdício de energia em situações corriqueiras do dia a dia. O foco da ação corretiva é a origem do problema.

A ação corretiva baseia-se nas causas dos problemas identificados, buscando a eliminação da raiz do problema. Caso o problema volte a se repetir no futuro, a ação corretiva não foi eficaz.

### **Ação Preventiva**

Ação Preventiva é a ação tomada para eliminar as causas de problemas potenciais ou outra situação indesejável a fim de evitar o aparecimento delas. Normalmente, é aplicada antes da implementação de novos produtos, processos ou sistemas, ou antes, de modificações já existentes. Ação preventiva é tomada antes de surgir o problema, baseando em informações coletadas durante a execução dos processos.

### **Plano de Ação**

Plano de ação é o planejamento das iniciativas necessárias para atingir um resultado desejado. Deve deixar claro tudo o que deverá ser feito e a que tempo, quem é o responsável por cada iniciativa. Além disso, deverá apontar o porquê de se realizar tal atividade e como ela será realizada, onde e quanto que isso custa.

### **Avaliação de Eficácia com PDCA**

O PDCA pode ser definido como um valioso método de controle e melhoria dos processos organizacionais que, para ser eficaz deve estar disseminado e dominado conceitualmente e operacionalmente por todos os colaboradores da organização. É o caminho para se atingir as metas atribuídas aos diferentes processos organizacionais.

O ciclo do PDCA é projetado de maneira a produzir uma sistematização do planejamento e execução das ações organizacionais, através do fluir contínuo do ciclo em uma espiral crescente de melhoria, no qual o processo ou padrão sempre pode ser reavaliado e um novo ou uma melhoria de processo poderá ser promovida. O PDCA é uma importante ferramenta para o processo de solução de problemas crônicos que prejudicam o desempenho de um projeto, processo ou serviço.

O PDCA aprofunda a capacidade de planejamento da organização. Deve ser encarado como um processo de tomada de decisão, associado com as demais ferramentas



apresentadas nesta apostila. Utilizar o PDCA no dia a dia induz a adoção de medidas preventivas. A sua utilização é simples, o que pode tornar um perigo, pois as pessoas acham que o estão utilizando de forma eficaz e o adotam de qualquer maneira. Gerenciar exige conhecimento e, para isso, não há substituto.

- Plan (planejar) – Nesta etapa a atenção deve estar voltada para a definição dos objetivos/metapas, para a definição dos métodos e procedimentos a serem empregados, bem como a definição dos indicadores ou itens de controle que serão utilizados para monitorar a eficácia das soluções.
- Do (fazer) – esta etapa depende da elaboração do planejamento. Consiste na execução dos planos de ação estabelecidos. Enquanto o planejamento está voltado para a eficácia das ações, a etapa de execução está relacionada à eficiência dos processos. Esta etapa pode ser subdividida em duas outras. Treinamento e a execução propriamente dita. Na etapa de treinamento, as pessoas devem ser preparadas para atuarem utilizando as soluções estabelecidas, enquanto na etapa de execução, as atividades devem ser colocadas em prática e o seu desempenho monitorado através de itens de controle (indicadores de processo).
- Check (verificar) – a terceira etapa do ciclo está relacionada com a verificação das ações executadas. Esta etapa se relaciona ao processo de comparação entre os resultados obtidos através das práticas e os indicadores estabelecidos no planejar, com a finalidade de mensuração da eficácia da solução escolhida. Esta etapa é considerada como a fase mais importante do ciclo, devendo ser enfatizada dentro da organização, a fim de se obter resultados satisfatórios e eficazes ao final de cada ciclo. É nesta etapa que, a partir dos dados levantados à organização deve efetuar as análises críticas de suas ações, promovendo, se necessário, ações de correção ou melhoria, na solução adotada ou nos próprios processos.
- Act (agir) – esta etapa está relacionada com a melhoria dos processos organizacionais e na correção dos padrões estabelecidos. Aqui surgem as desejadas inovações que afetam toda a organização e, às vezes, a sociedade.

### Execução da Metodologia PDCA



A execução do ciclo PDCA na área da saúde é um processo adaptado às necessidades específicas deste setor, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços, a segurança do paciente e a eficiência operacional. A implementação do ciclo começa com a fase de planejamento, onde se identificam problemas ou necessidades, como tempos de espera longos ou taxas de infecção. Aqui, estabelecem-se objetivos claros, como reduzir o tempo de espera ou diminuir a taxa de infecção hospitalar, e se desenvolve um plano de ação, muitas vezes utilizando ferramentas de análise causa-raiz, como os "5 Whys" ou o diagrama de Ishikawa.

Após o planejamento, entra-se na fase de execução, onde as ações planejadas são implementadas. Isso pode envolver treinamento de pessoal, mudanças nos processos de trabalho ou a adoção de novas tecnologias. Durante esta fase, é crucial documentar todas as mudanças e observações para análise posterior.

Segue-se a fase de verificação, que envolve o monitoramento e a avaliação de indicadores-chave, como taxas de readmissão ou satisfação do paciente, comparando-os com as metas estabelecidas. Os dados coletados são analisados para avaliar o sucesso das intervenções e identificar áreas que precisam de ajustes ou melhorias adicionais.

Por fim, na fase de ação, fazem-se os ajustes necessários com base na análise realizada. Se as mudanças se mostrarem bem-sucedidas, os novos processos são padronizados para garantir a manutenção dos benefícios e a replicabilidade em toda a organização. Documentam-se as lições aprendidas e compartilham-se as melhores práticas com toda a equipe.

Para o sucesso na saúde, é essencial o envolvimento de profissionais de saúde de diferentes níveis, garantindo que todas as mudanças visem a melhoria da qualidade do cuidado e a segurança do paciente. Além disso, é preciso manter uma comunicação clara e eficaz com todas as partes interessadas e focar em uma avaliação contínua, retornando à fase de planejamento após a ação para identificar novas áreas de



melhoria. O PDCA na saúde requer um compromisso com a melhoria contínua, colaboração de toda a equipe de saúde, liderança comprometida e um foco constante no bem-estar dos pacientes

Ao implementar o ciclo PDCA na área da saúde, é crucial compreender que este não é apenas um conjunto de passos sequenciais, mas uma abordagem integrada que permeia a cultura organizacional, as práticas e as políticas do ambiente de saúde.

Durante a fase de Planejamento, além de identificar problemas atuais, torna-se essencial analisar dados históricos para entender tendências e padrões anteriores. Isso envolve revisar prontuários médicos e taxas de incidência de certas condições. A inclusão de stakeholders, como pacientes, famílias, pessoal médico e administrativo, no processo de planejamento é fundamental para obter diferentes perspectivas e aumentar a aceitação das mudanças propostas.

Na fase de Execução, é aconselhável realizar projetos-piloto ou testes em pequena escala antes de implementar mudanças em larga escala. Isso ajuda a avaliar a viabilidade e eficácia das soluções propostas. Além disso, a formação e a educação continuada do pessoal são cruciais devido à constante evolução das práticas médicas.

A fase de Verificação deve incluir mecanismos para feedback contínuo, como reuniões regulares de equipe e pesquisas de satisfação do paciente. O uso de tecnologias, como prontuários eletrônicos de saúde, é vital para coletar e analisar dados de forma eficiente e em tempo real.

Durante a fase de Ação, é importante reconhecer que essa etapa não se trata apenas de corrigir falhas, mas também de promover uma cultura de melhoria contínua. Mesmo após a implementação de mudanças bem-sucedidas, é crucial continuar buscando áreas que podem ser aprimoradas. Além disso, compartilhar os resultados e as lições

aprendidas com a comunidade de saúde mais ampla contribui para o conhecimento coletivo.

Em todos esses estágios, a segurança do paciente deve ser a prioridade máxima. As mudanças propostas devem ser avaliadas quanto ao seu potencial impacto na segurança e na qualidade do cuidado. Definir indicadores claros para medir resultados, incluindo métricas clínicas, operacionais e financeiras, é essencial. Ademais, o setor de saúde está sempre evoluindo devido a novas pesquisas, tecnologias e políticas, o que exige que o PDCA seja flexível o suficiente para se adaptar a essas mudanças.

Em resumo, a implementação do PDCA na saúde vai além de seguir etapas; ela envolve uma abordagem holística e integrada, promovendo uma cultura de segurança, qualidade e eficiência, com o objetivo final de melhorar o cuidado e os resultados para os pacientes.

## GOVERNANÇA CLÍNICA

Para atingimento da excelência assistencial é necessário o estabelecimento de uma sistemática gerencial voltada às questões assistenciais, alinhada à Governança Corporativa, que garanta, na prática, a monitorização do processo de evolução contínua, servindo de apoio a implementação do referencial teórico do macroprocesso assistencial. A experiência mundial tem consagrado o padrão do *National Health System* (NHS), para este propósito. Neste modelo de gestão é estabelecida uma “abordagem sistêmica para manter e melhorar a qualidade no cuidado ao paciente em Serviços de Saúde” conhecida com a denominação de Governança Clínica. O Diretor Geral será responsável pela qualidade, incluindo a Governança Clínica, estabelecendo o elo fundamental com a Governança Corporativa. Desta forma a governança clínica torna-se um mecanismo poderoso e abrangente para assegurar, através do atendimento à Política Assistencial e ao Modelo de Excelência Assistencial, que os elevados padrões e a qualidade do atendimento clínico sejam alcançados e continuamente melhorados, entregando valor aos clientes.



O Diretor Geral será responsável pela qualidade, incluindo a Governança Clínica, estabelecendo o elo fundamental com a Governança Corporativa. Desta forma a governança clínica torna-se um mecanismo poderoso e abrangente para assegurar, através do atendimento à Política Assistencial e ao Modelo de Excelência Assistencial, que os elevados padrões e a qualidade do atendimento clínico sejam alcançados e continuamente melhorados, entregando valor aos clientes.

### Deverá apresentar a descrição do modo como a proponente fará o gerenciamento do programa a ser realizado e a articulação com a rede de serviços

A sociedade procura uma forma eficaz de organizar-se desde a Grécia antiga, isso sem mencionar as formas de organizações anteriores. É possível perceber, ao longo dos séculos, a importância de um governo organizado e responsável para promover o desenvolvimento e uma boa qualidade de vida para seu povo. Diante de tal afirmação, sucintamente, explicaremos a base teórica para o modelo gerencial a ser adotado pelo IGPP.

Em meados da década de 40 (do século passado) o economista e sociólogo Max Weber obteve reconhecimento em sua obra “Teoria da Burocracia” e, a partir de então, boa parte dos Estados passaram a adotar o modelo burocrático para administrar. Faz-se necessário entender que este modelo de administração pública coloca o foco no procedimento a ser realizado pelos agentes, resultando em processos mais longos. Tal modelo, na visão do IGPP, encontra-se ultrapassado e não promove eficiência e efetividade em políticas públicas de saúde, inclusive trazendo barreiras para a governança. Em contrapartida, Osborne e Gaebler (1992) apresentam o modelo do Governo Empreendedor como uma forma pragmática de gestão pública.

As diretrizes desse modelo de gestão são:

1. Governo Catalisador = A implementação de políticas públicas já não é exclusivamente função do governo. Agentes sociais podem auxiliar na solução de problemas coletivos.



2. Governo pertence à comunidade = A população passa a participar das decisões.
3. Governo Competitivo = para fomentar a qualidade dos serviços prestados, criam-se mecanismos de competição dentro das organizações públicas, bem como entre o setor público e o privado.
4. Governo orientado por missão = A atenção deve ser voltada para a missão proposta. O foco deixa de ser as normativas formais.
5. Governo de resultados = A administração por objetivos deve ser adotada, visando focar no controle de outputs e o impacto de suas ações, ao invés do controle de inputs.
6. Governo orientado ao cliente = A referência que passa a mover as ações go governo é a atenção e necessidade dos cidadãos-clientes.
7. Governo Empreendedor = O governo procura outros meios, além do recolhimento de impostos, para aumentar seus ganhos, como aplicações e ampliação de prestação de serviços.
8. Governo Preventivo = Os comportamentos reativos à solução de problemas devem ser evitados. Para isso, há a necessidade de elaborar um planejamento estratégico que antevêja os potenciais problemas.
9. Governo descentralizado = Os colaboradores devem estar envolvidos em processos deliberativos tendo em vista que, além de promover a capacidade de inovação e resolução de problemas da administração, ocorrerá um aumento na autoestima e motivação desses colaboradores.
10. Governo orientado para o mercado = Deve-se criar agências regulatórias e institutos para prestar informações relevantes ao cidadão, promovendo novamente a ideia de cidadão-cliente, visando adentrar competitivamente no mercado com investimento em aplicações de risco e colocando-se como intermediário na prestação de certos serviços.

O Governo Federal propõe a POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E DA GESTÃO DO SUS. Dentro desta política os usuários e os profissionais que atuam na área da saúde são vistos como parceiros da administração. Desta forma passa a existir uma corresponsabilidade dos atores envolvidos na saúde pública.



Ainda que acreditemos no modelo em que o cidadão é tratado como cliente, vale salientar que o IGPP busca aproximar o administrado da administração para que a cidadania seja exercida, valorando ainda mais o ser humano.

Isto posto, adotaremos o modelo gerencial proposto por Bresser, influenciado por Osborne e Gaebler, enquanto Ministro da Administração em 1995. Tal modelo visa colocar o cidadão como cliente, o que, no entendimento desta organização, traz a melhor e mais justa forma de tratar os administrados, tendo em vista que a saúde pública é financiada pelos impostos que a administração arrecada da própria população. Além disso, o cidadão, ao perceber que está sendo tratado como o cliente que de fato é, responde positivamente.

Atualmente é perceptível que alguns aspectos de fato foram aderidos nas esferas governamentais do Brasil, por exemplo, a criação da Artesp em 2002, como uma autarquia de regime especial que regulamenta e fiscaliza as modalidades de serviços públicos de transporte ofertados pela iniciativa privada, com autonomia orçamentária, técnica, funcional e administrativa. Este exemplo elucida que caminhamos para o modelo adequado de gestão que Bresser propõe.

O IGPP irá implementar esse projeto tendo como foco o cidadão-cliente. Esse modelo gerencial trará benefícios para a população, pois o tratamento no ambiente será humanizado, proporcionando conforto e satisfação aos usuários. O Ministério da Saúde elucida que a ambiência tem de ser acolhedora e confortável.

O ser humano sente-se confortável em um ambiente quando está em neutralidade em relação ao mesmo (Corbella, 2003).

Saúde é um tema que deve ser tratado com extrema delicadeza tendo em vista que lida diretamente com a vida e morte de pessoas a todo instante. Assim sendo, é preciso entender que os pacientes podem ter sua recuperação em menor ou maior prazo de acordo com seu emocional, bem como os próprios acompanhantes possuem variações de necessidades diante do estresse causado pela situação de ter um ente querido enfermo.

A Rede de Atenção à Saúde, tendo a Atenção Primária como centro, se organiza em:



- Atenção Básica de Saúde (ABS): compreende um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, que engloba a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação, constituindo o primeiro nível da atenção do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).
- Atenção Média Complexidade: é prestada por meio de uma rede de unidades especializadas de média complexidade, garantindo o acesso à população sob sua gestão.
- Atenção Alta Complexidade: é a atenção à saúde de terceiro nível, integrada pelos serviços ambulatoriais especializados de alta complexidade. É organizada por meio do sistema de referência. A Atenção Básica à Saúde deve ser orientada pelos seguintes princípios:

| Princípios da Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde |                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Primeiro contato</b>                                             | Porta de entrada, de fácil acesso (organizacional e geográfico) ao cidadão.                                                             |
| <b>Integralidade</b>                                                | Reconhecer e atender às necessidades de saúde da população e, quando necessário, referenciar para outros pontos de assistência da rede. |
| <b>Orientação familiar</b>                                          | Conhecimento, pela equipe da APS, dos membros da família e dos seus problemas de saúde.                                                 |
| <b>Longitudinalidade</b>                                            | Relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e cidadãos.                                                               |
| <b>Coordenação</b>                                                  | Compartilhamento de informações clínicas, nos diversos pontos da rede, possibilitando ao profissional da ABS acompanhar o cidadão.      |
| <b>Orientação comunitária</b>                                       | Controle social.                                                                                                                        |

## PROPOSTA PARA A ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE GESTÃO PARA A REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

### ESPECIFICAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

A organização e o processo de trabalho das unidades e serviços de saúde objetos do **CONTRATO DE GESTÃO** irão contemplar e estarão orientadas pelas diretrizes técnicas assistenciais e programáticas priorizadas no planejamento da SMS, conforme modalidades de atenção e estrutura da rede. É diretriz essencial que as unidades e



serviços gerenciados pela Entidade de Direito Privado sem fins lucrativos integrem as redes de cuidados e os sistemas de regulação municipal.

### LEGISLAÇÃO APLICÁVEL E NORMAS SANITÁRIAS

A Organização, Administração e Gerenciamento das Unidades de Saúde serão realizados em consonância com as Políticas de Saúde do SUS, com as leis municipais e estaduais, e com as Normas Sanitárias, Lei Municipal nº 1.360, de 30 de abril de 2003 e com o Decreto Municipal nº 5.210, de 6 de maio de 2003, bem como o artigo 24, XXIV, da Lei nº 8.666/93, e demais dispositivos aplicáveis, e as Leis e Normas Sanitárias, apoiando, dentre outras, considerando suas atualizações.

- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- PNASS – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – define critérios e parâmetros de caráter qualitativos.
- Lei nº 9.431, de 06 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções.
- PT GM/MS 67 DE 21/02/1985 – define uso e condições sobre o uso de saneantes e domissanitários (este sofreu várias alterações através das Portarias: nº 01/DISAD – 27/06/85; Nº 607 – 23/08/85; Nº 15/MS/SVS – 23/08/88; Nº 05 – 13/11/89; Nº 122 – 29/11/93; Nº 453/SNVS/DTN – 11/09/96; NO. 843/MS/SVS – 26/10/98).
- PT GM/MS 2.616 de 12 de maio de 1998 – Estabelece as diretrizes e normas para prevenção e controle das infecções, inclusive criação e organização da CCIH e manutenção de Vigilância Epidemiológica e Indicadores Epidemiológicos das Infecções.
- PT GM/MS 1.863 de 29 de setembro de 2003- Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências.

- PT SVS/MS 453 – 01/06/1998 – aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-X diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências.
- PT GM/MS 1.864 de 29 de setembro de 2003 - Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.
- PT GM/MS 2.048 de 05 de novembro de 2002 – Aprova o regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.
- PT GM/MS 1.559 de 1º de agosto de 2008- Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS.
- PT GM/MS Nº. 881 DE 19 de junho de 2001 - Institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar- PNHAH.
- PT MS/SAS 202 de 19 de junho de 2001 - Estabelece diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nos hospitais do Sistema Único de Saúde.
- PT GM/MS 401 DE 16/03/2005 – institui o projeto de estruturação e qualificação dos serviços pré-existentes de ortopedia, traumatologia e reabilitação pós-operatório no âmbito do SUS – Projeto Suporte – INTO.
- PT/MS Nº 2.395 de 11 de outubro de 2011 – Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- DRC36 de 25 de julho de 2013 – institui a obrigatoriedade de implantação do núcleo de segurança do paciente em serviço de saúde.

### DELINEAMENTO DAS DIRETRIZES

Em cumprimento às suas obrigações e conforme definido no Processo de Seleção que rege essa contratação, o IGPP – INSTITUTO DE GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS, além das obrigações constantes das especificações técnicas nos Anexos e daquelas estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federal e estadual que regem a presente contratação, as seguintes diretrizes:

- Prestar os serviços de saúde que estão especificados no Edital de Chamamento Público Nº007/23 e seus anexos de acordo com o estabelecido nesta proposta;
- Assegurar a capacitação do pessoal encarregado das funções de gerenciamento administrativo;
- Garantir a qualidade dos serviços executados e dos materiais empregados, em conformidade com as especificações deste termo e do edital de chamamento público;
- Responsabilizar-se pela manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, inclusive os médicos (incluindo a substituição quando necessário);
- Caso a entidade adquira equipamentos e materiais permanentes com recursos provenientes da celebração da parceria, o bem será gravado com cláusula de inalienabilidade, e ela deverá formalizar promessa de transferência da propriedade à administração pública;
- A OSS ficará responsável pela manutenção predial e pela adequação estrutural do espaço físico, necessária à plena satisfação do objeto do contrato; bem como pela elaboração/manutenção do Plano de Prevenção Contra Incêndios (PPCI);
- A responsabilidade por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, fiscais, tributárias, previdenciárias e trabalhistas, por todas as despesas decorrentes de eventuais trabalhos noturnos, e por todos os danos e prejuízos que, a qualquer título, causar a terceiros, em especial concessionários de serviços públicos, em virtude da execução dos serviços a seu encargo, respondendo por si e por seus sucessores;
- A entidade deverá publicar, no prazo previsto na Lei Municipal nº 1.186/2005 (alterada pela lei 1.199/2006), na imprensa e no Diário Oficial do Município regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras e serviços, bem como para as compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público, procedimentos que garantam e respeitem os princípios da economicidade, da publicidade, da isonomia e da moralidade;
- Caberá à entidade selecionada a gestão das rotinas administrativas de funcionamento e protocolos assistenciais, devendo manter sistema eletrônico de gestão compatível com o sistema informatizado utilizado pela SMS/SÃO JOÃO DA BOA VISTA e processar 100% da produção de assistência contratada nos sistemas de informação SIA DATASUS.

### Do acolhimento:

Aplicar a política de Nacional de Humanização baseado no Protocolo Humaniza SUS e Protocolo Integra SUS do Ministério da Saúde, desenvolvendo ações de incorporação da humanização, priorizando a qualidade da assistência prestada com vistas a efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde através da participação de usuários, trabalhadores e gestores em saúde, garantindo a presteza, tecnologia apropriada e condições de trabalho adequadas para os profissionais de saúde;

O IGPP implantará ações que fortaleçam o atendimento humanizado a partir de educação continuada, aprimoramento e avaliação da assistência prestada por meio de atividades periódicas de avaliação e reflexão quanto à filosofia de trabalho;

A prioridade será baseada em critérios de vulnerabilidade clínica e social, sem qualquer tipo de discriminação ou privilégio;

Com a implantação do Protocolo de Humanização e Protocolo de Classificação de Riscos, o IGPP buscará em parceria com essa Secretaria de Saúde: redução de filas e tempo de espera, atendimento resolutivo, garantia dos direitos dos usuários e a ampliação do acesso;

Implantar protocolo de classificação de risco, baseado em critérios técnicos rigorosos para o desenvolvimento de atendimento racional e efetivo considerando como prioridade os pacientes que necessitem de atendimento imediato, classificando a necessidade a partir do grau de risco, agravos e/ou grau de sofrimento;

O acolhimento será estendido aos familiares e acompanhantes de pacientes facilitando acesso às informações e ampliando a relação de vínculo com o serviço buscando o estreitamento de laços entre usuários e trabalhadores de saúde;

Desenvolverá fluxos internos para as rotinas administrativas com vistas à facilitação do atendimento ao usuário, bem como do desenvolvimento das atividades conforme as necessidades da unidade e as particularidades do serviço.

A assistência qualificada é o resultado da articulação entre os serviços prestados e da integralidade dos cuidados, desde a entrada até a alta. Nesse sentido, o IGPP propõe um modelo de gestão com uma atuação mais solidária e que envolva não só os



trabalhadores da saúde, mas todos os atores envolvidos nos processos desenvolvidos no ambiente sob sua gestão.

Assim, o modelo de gestão participativa, centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva e na corresponsabilização é o que melhor traduz a filosofia do IGPP estando fundamentado nos princípios que regem a Política Nacional de Humanização – HUMANIZASUS.

Uma gestão descentralizada e horizontalizada, dividida em linhas de cuidados e de produção e por unidades funcionais, que tem sua unidade garantida com base na estruturação hierárquica a ser implantada.

### **Atendimentos- urgências**

Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pela Unidade de Pronto Atendimento a pessoas que procurem tal atendimento, seja de forma espontânea ou encaminhada de forma referenciada, dentro das especificidades e complexidades da capacidade instalada da unidade de saúde, aí considerados atendimentos médico e odontológico.

A unidade de pronto atendimento estará apta a prestar serviço de atendimento resolutivo aos pacientes que buscarem a unidade apresentando quadros agudos ou crônicos quando de sua agudização e, ainda, pacientes encaminhados pela rede básica municipal de maneira referenciada e ou trazido por serviço de remoção e atendimento pré-hospitalar, de acordo com a capacidade das referidas unidades;

### **SADT**

Entende-se por Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT, todos os exames radiológicos, eletrocardiogramas, laboratoriais e procedimentos realizados em pacientes atendidos na Unidade. Em Procedimentos estão incluídos administração de medicamentos, oxigenioterapia, aspiração de vias aéreas superiores, aplicação de calor/frio, inserção e remoção de sondas, inalação, imobilizações, curativos, suturas, retirada de pontos e outros correlatos.

Envio de informações e dados



O IGPP encaminhará à municipalidade todas as informações solicitadas de acordo com a formatação e periodicidade determinada pela Secretaria Municipal de Saúde com vistas ao bom andamento e desenvolvimento das atividades, além do que determina a apresentação trimestral de Relatório de Atividades à apreciação da Comissão de Avaliação.

A disponibilização de um Sistema Informatizado permitirá, entre outros avanços:

Acesso remoto e simultâneo dos dados clínicos individuais e coletivos.

Maior legibilidade e consequente agilidade e confiabilidade.

Maior segurança.

Aumento da confidencialidade dos dados do paciente.

Grande flexibilidade na organização das informações.

Integração com outros sistemas de informação.

Captura automática de dados.

Processamento contínuo.

Apoio à decisão.

Apoio à pesquisa,

Melhoria dos mecanismos de auditoria e controle sociais, dentre outras.

Desta forma, a implantação do Sistema de Informação permitirá a melhoria da gestão e a racionalização dos recursos.- Monitoramento por câmeras de segurança em todas as entradas.

Qualidade- do latim qualitate, em saúde é o conjunto de propriedades relacionadas aos cuidados globais de prevenção à manutenção até o perfeito restabelecimento.

Esta questão surgiu na indústria, na década de 30, quando foi desenvolvido um modelo de controle de qualidade baseado na inspeção.

Este método foi aperfeiçoado posteriormente por Deming (reconhecido pela melhoria dos processos produtivos nos Estados Unidos durante a Segunda Guerra Mundial, sendo conhecido pelo seu trabalho no Japão que em 1950, ensinou altos executivos como melhorar projeto, qualidade de produto, teste e vendas através de vários métodos, incluindo a aplicação de métodos estatísticos como a análise de variantes e teste de hipóteses).



Mais tarde, as exigências do mercado competitivo levaram as empresas a buscar um modelo de gestão de qualidade, capaz de produzir com qualidade e custos reduzidos, enfatizando a satisfação do consumidor, e que viria substituir o então modelo taylorista (caracteriza-se pela ênfase nas tarefas, objetivando o aumento da eficiência ao nível operacional) , que ergue enormes obstáculos ao alcance destes objetivos, uma vez que o planejamento, neste modelo, está distanciado da produção, a supervisão funciona como fiscalização e os trabalhadores realizam tarefas parciais e fragmentadas, não sendo estimulados a participar.

As deficiências do produto detectadas pelos dados estatísticos, nesse modelo, funcionam como instrumentos educativos para trabalhadores, técnicos e gerentes, e não apenas como instrumento punitivo, como ocorria anteriormente.

Esse modelo foi introduzido no Brasil, no setor industrial, na década de 70 e vem sendo denominado Controle de Qualidade Total (CQT).

Diferencia-se dos modelos tradicionais por ser flexível, descentralizado, permitindo a participação dos trabalhadores em todas as etapas da gestão, e conferindo a participação nos lucros da empresa.

A gestão de qualidade advém da eliminação do autoritarismo e da inspeção inibidora.

A preocupação pela qualidade nos serviços de saúde data de algum tempo, embora estivesse mais ligada à qualidade do cuidado médico, principalmente porque o modelo de assistência vigente está centrado na clínica.

### **Definição de qualidade em saúde**

A primeira tentativa de definir qualidade foi feita por Lee e Jones, quando eles baseados em seus "artigos de fé", afirmaram que a boa assistência médica é aquele tipo de medicina praticada e ensinada pelos líderes reconhecidos da profissão médica, num momento dado, ou num período de desenvolvimento social, cultural e profissional de uma comunidade, ou grupo populacional.

A partir da década de 50, muitos estudos começaram a ser feitos, buscando entender qualidade como um requisito necessário aos serviços de saúde.

DONABEDIAN, um dos pioneiros no estudo deste tema, levanta uma série de questões sobre os elementos que compõem a qualidade.

Ele apresentou a qualidade baseada em sete pilares:

- ↗ Eficácia,
- ↗ Eficiência,
- ↗ Otimização,
- ↗ Aceitabilidade,
- ↗ Legitimidade e
- ↗ Equidade de custos



Eficácia: É o resultado do cuidado obtido na melhor situação possível.

Efetividade: É o resultado do cuidado obtido na situação real.

Eficiência: Inclui o conceito de custo. Se duas medidas são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.

Aceitabilidade: É o quanto o cuidado se adapta aos desejos, expectativas e valores dos pacientes.

Legitimidade: É a aceitabilidade do ponto de vista da sociedade ou comunidade.

Otimidade: é o cuidado relativo quanto ao custo do ponto de vista do paciente.

Equidade: É o que é justo ou razoável na distribuição dos cuidados e de seus benefícios.

Nossa Política da Qualidade busca monitorar e promover a melhoria contínua necessária ao desenvolvimento da Instituição, para isso nos comprometemos em:

- Cumprir as legislações aplicáveis à organização, seus processos, produtos e serviços.
- Garantir a segurança do paciente através de ações contínuas para minimizar riscos e evitar danos ao mesmo.
- Gerenciar riscos institucionais relacionados às atividades do processo, com foco na prevenção de problemas e segurança dos pacientes, colaboradores e terceiros.
- Promover ações de melhoria contínua dos processos, objetivando a qualidade e promovendo a satisfação de nossos clientes
- Promover a tomada de decisões pautada na análise crítica dos resultados.



Trabalhamos dentre outras a Trilogia proposta por Donabedian referente a Qualidade em Saúde em três componentes do cuidado:

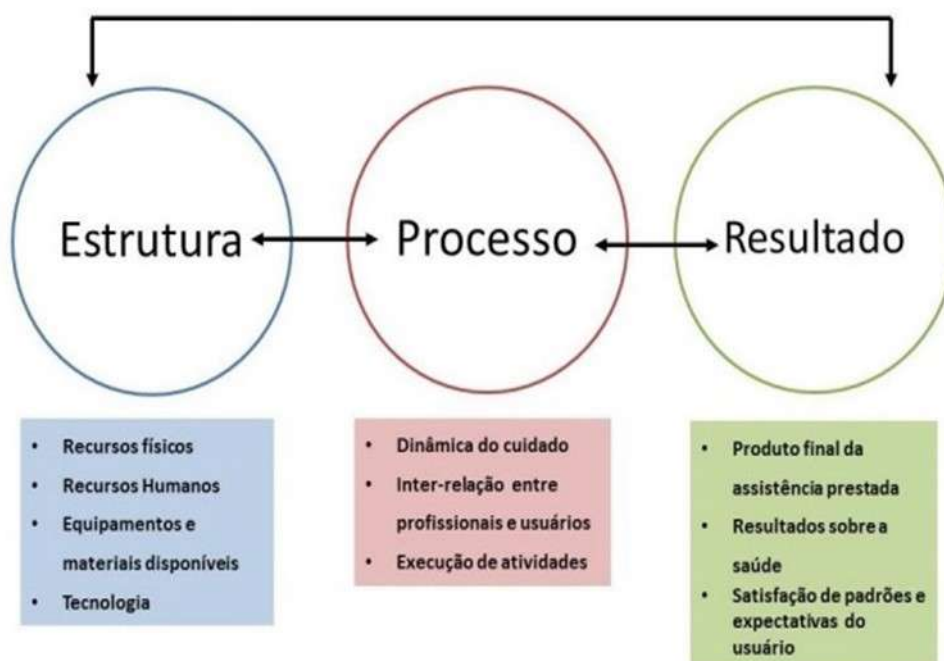
Estrutura, Processo e Resultado.

Estrutura: Condições físicas, humanas e organizacionais em que o cuidado se dá. Corresponde às características estáveis dos provedores para execução dos serviços, ou

seja, os recursos, tanto físicos quanto humanos. Estrutura física, equipamentos e insumos, quantidade e qualificação dos profissionais e recursos financeiros disponíveis para a manutenção da infraestrutura e da tecnologia para a viabilização dos serviços.

Processo: Inter-relação entre prestador e receptor dos cuidados. Processo é compreendido como a execução das atividades e da dinâmica estabelecida nas relações entre profissionais de saúde e pacientes e deverá estar fortemente relacionado ao resultado para ser utilizado como estimativa da qualidade

Resultado: Produto da assistência prestada, satisfação de padrões e expectativas. É entendido como o final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas do usuário com o cuidado prestado. Além dos aspectos físicos e fisiológicos, compreende também a melhora da função social e psicológica do paciente, conhecimentos adquiridos sobre a doença ou situação de saúde e as atitudes a elas relacionada.



### Plano de organização

A proposta de gestão está baseada na implantação de cultura organizacional voltada para a qualidade em todos os níveis de atuação. Partindo da adequada estruturação

física e dos recursos humanos à proposta técnica estabelecida, os processos de trabalho serão mapeados em todos os níveis (técnico, administrativo, assistencial), estabelecendo-se os procedimentos operacionais de cada atividade de modo a instrumentalizar a gestão local permitindo um contínuo treinamento, acompanhamento e avaliação das ações.

### **Implantação da comissão da qualidade**

O IGPP conta com uma equipe de profissionais especializados na área da qualidade, com a função de:

Coordenar, orientar, acompanhar e avaliar a implementação do Programa de Qualidade. Manter o conselho de coordenação de gestão estratégica, permanentemente informado a respeito do andamento e da evolução das atividades do programa. Incentivar a participação dos funcionários, buscando a contínua conscientização em prol da qualidade.

O IGPP tem como proposta a implantação de um sistema de gestão da qualidade com a definição da identidade organizacional da Instituição, (negócio, missão, visão, valores, competência essencial e slogan), bem como o desenho de um Planejamento Estratégico, através de metodologia específica e reuniões com as partes interessadas. A comunicação da identidade organizacional ocorrerá por meio de reuniões com a participação da diretoria, gerência e lideranças, com o objetivo de divulgar as novas diretrizes.

Os valores organizacionais são internalizados e refletidos no convívio e em todas as relações com as partes interessadas.

O serviço de saúde do município contara com um setor da Qualidade que implantara um processo de padronização das atividades por meio da elaboração de procedimentos nas diversas áreas, alinhando estes manuais com as normas de padronização nacional e internacionalmente reconhecidas, como a ONA.







Profissionais da área de Qualidade:

\*UICC-WHO (Union International Cancer Control – ONU);

\*American College of Surgeons-Operation Giving Back;

\*Membro efetivo da International Liver Transplantation Society.

\*Departamento de Cirurgia-USP;

\*Pós-graduando especialização em captação e doação de órgãos para transplantes pelo hospital israelita Albert Einstein;

\*Responsável no Brasil pelo estágio no exterior dos residentes da Columbia University (Presbyterian Hospital of New York);

\*Ultrapassou no ano de 2022 a marca de 6000 cirurgias realizadas.

#### **Formação Acadêmica/Titulação**

1995 Especialização em Vídeo Laparoscopia Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual, IAMSP, São Paulo, Brasil - Título Colecistectomia Videolaparoscopia - Orientador Albino Sorbello;

2008 Especialização em Transplante Hepático INTERNATIONAL LIVER TRANSPLANTATION SOCIETY, ITLS, Estados Unidos 2000-2000 Especialização em Advanced Trauma Life Support, American College of Surgeons, ACS, Estados Unidos.

1996-1997 Especialização em Especialização Medicina Legal, Associação Médica Brasileira, AMB, São Paulo, Brasil- Título Especialista Orientador Sociedade Brasileira de Medicina Legal;

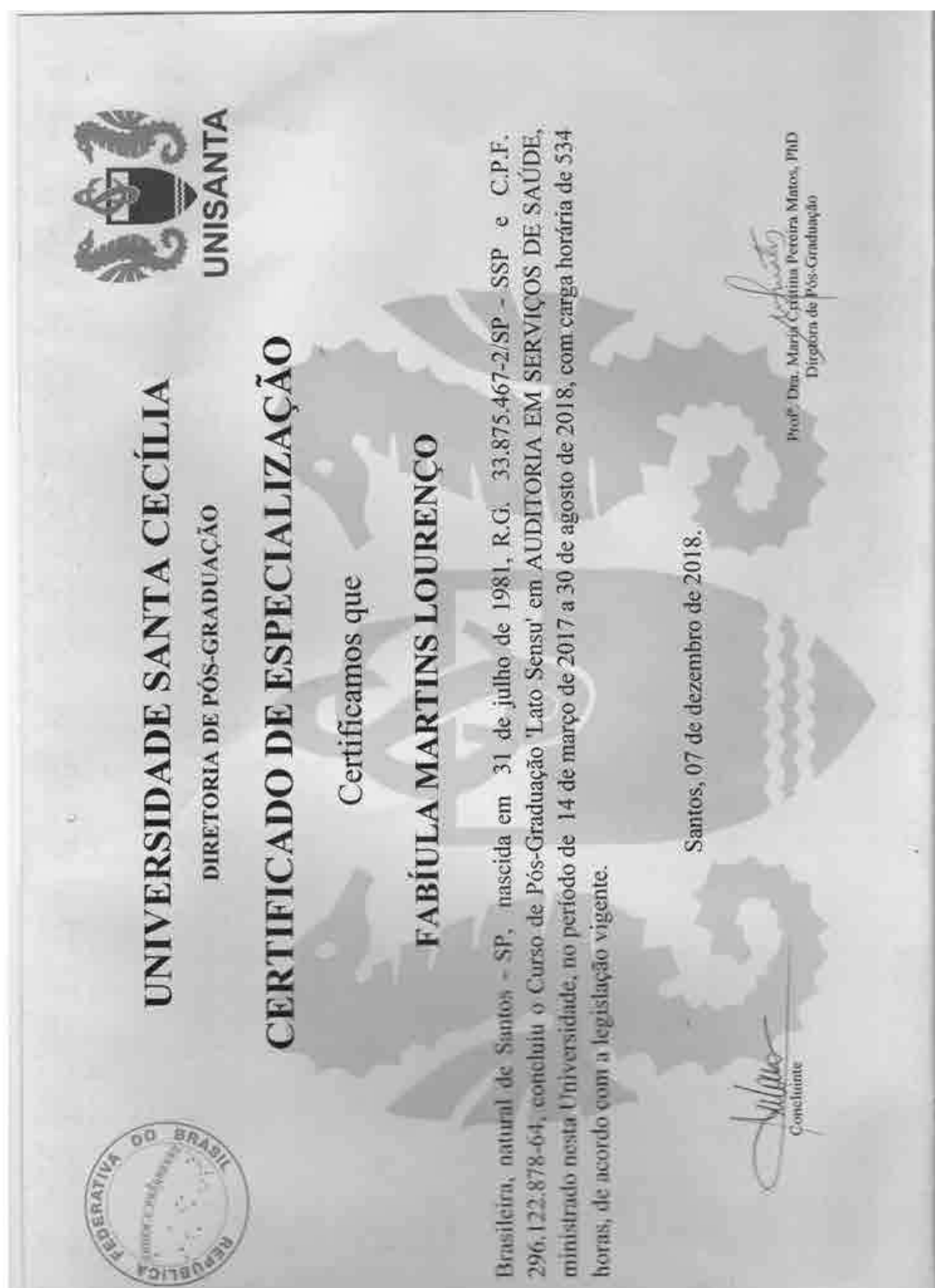
1996-1996 Especialização em Especialização de Peritos Forenses. Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo, IMESC, São Paulo, Brasil;



**CURRÍCULO PROFISSIONAL**  
**FABIULA MARTINS LOUREÇO**

- 1) Graduada em Odontologia pela Universidade Santa Cecília em 2004;
- 2) Pós-graduada em Auditoria de Serviços em Saúde pela Universidade Santa Cecília em 2018;
- 3) Pós-graduada em Cirurgia Plástica Periodontal e Peri-implantar pela Faculdade São Leopoldo Mandic em 2022;
- 4) Atuou como Auditora de Serviços de Saúde de 2017 a 2022 da Caixa de Pecúlio e Saúde Do Município de São Vicente;
- 5) Atualmente é Presidente Do Instituto de Gestão de Políticas Públicas – IGPP.









### **CURRÍCULO PROFISSIONAL DE ENRICO DI VAIO**

Médico Cirurgião e atualmente é Diretor e Responsável Médico do Instituto de Gestão de Políticas Públicas - IGPP

\*Professor titular de anatomia humana (FEFIS - UNIMES), especializado em atlas pelo American College of Surgeons;

\*Cirurgião da prefeitura do município de São Vicente e cirurgião geral da prefeitura municipal de Santos;

\*Chefe do departamento de cirurgia do hospital São José;

\*Chefe do serviço de cirurgia do hospital município de São Vicente. Cirurgião visitante do Columbia University;

Membro:

\*Sociedade brasileira de cirurgia Oncológica. Colégio brasileiro de cirurgiões;

\*Associação brasileira de transplantes de órgãos Academia de ciência de Nova York;

\*Spige (sociedade italiana de jovens cirurgiões), Society of Laparoscopic surgeons.

\*Comitê organizador do Euro American Summit, Orlando-Flórida/USA, Sociedade brasileira de profissionais em pesquisa clínica;

\*Sobracil - Sacta (Sociedade Americana de Cirurgia do Trato Alimentar);

\*Lsyaa Lance Armstrong Foundation;



## ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES

### Ações Qualitativas para Unidades de Saúde

Estas são as ações propostas pelo IGPP para promoção da Qualidade do serviço prestado nas Unidades de Saúde gerenciadas por esta Instituição.

### Ações para promoção da Qualidade Técnica

- Disponibilizar equipe multiprofissional capacitada e devidamente registrada nos conselhos de classe, para cada área da Unidade;
- Implantar protocolo para o ACCR;
- Implantar governança clínica;
- Elaborar cronograma de treinamentos para todos os colaboradores da instituição alinhado com as necessidades identificadas no levantamento das necessidades de treinamento (LNT);
- Implantar Programa de Segurança do Paciente;
- Controlar os indicadores de resultados das atividades assistenciais e promover ações de melhoria;
- Implantar Núcleo de Educação Permanente.
- 

### Ações para Gestão de Serviços

- Elaborar e implantar Organograma, Regimento Interno, Protocolos Clínicos e Instruções de Trabalho;
- Garantir atendimento a todos as pacientes que procurarem o serviço;
- Implantar e operacionalizar o Modelo de Gestão;
- Implantar sistema de dose individualizada;
- Implantar o Serviço de Atendimento ao Usuário;
- Acordar com Laboratório de Análises Clínicas contratado o tempo para entrega de resultados de exames;
- Celebrar acordo com serviços de terceiros que se fizerem necessários;
- Prover as unidades com material e equipamentos necessários para o bom desempenho;
- Controlar materiais e Medicamentos;



- Realizar inventário patrimonial;
- Realizar manutenção preventiva e corretiva nas instalações da Unidade de Saúde e equipamentos existentes;
- Garantir a guarda e arquivamento de todos os documentos da instituição;
- Gerenciar o serviço de Processamento de Roupas.

#### **Ações para Gestão de Pessoas**

- Selecionar profissionais com perfil e qualificação compatível com a instituição;
- Implantar Plano de Cargos, compatíveis com o mercado local, baseados nas avaliações de desempenho;
- Promover treinamentos aos colaboradores sobre a manipulação dos equipamentos existentes na instituição evitando acidentes de trabalho e perda a instituição;
- Garantir aos funcionários atendimento do serviço de medicina do trabalho;
- Promover reuniões com as equipes de trabalho para mensuração do grau de satisfação dos funcionários, e futuramente uma pesquisa de clima organizacional;
- Garantir aos funcionários os direitos previstos em lei tais como insalubridade, adicional noturno, licença maternidade etc.;
- Controlar a assiduidade dos colaboradores, calcular o índice de absenteísmo e rotatividade de funcionários e criar ações para intervenção se necessário.

#### **Ações para Articulação com a Rede de Serviços**

- Estabelecer cronogramas de visitas institucionais a outras unidades da rede visando a melhoria da articulação entre elas;
- Realizar reunião com membros da comunidade para estabelecer vínculos e elaborar trabalho de promoção a saúde dela;
- Treinamento da equipe no sistema informatizado que se comunica com a Central de Regulação;
- Apresentar relatórios de alta para garantir a continuidade do tratamento;
- Realizar estudos periódicos sobre o perfil da população atendida na unidade para adequação da assistência prestada;



- Estudar a possibilidade de criação de equipamentos sociais para a população atendida na instituição e seu entorno.

### Resultados Esperados

- Aumento na oferta de serviços de saúde e atendimento médico à população;
- Reduzir o tempo-resposta no serviço de urgência;
- Reduzir os índices de morbimortalidade.

### Deverá apresentar a descrição do modo como atenderá as exigências referentes a Informações sobre as áreas de atuação referentes ao objeto do Edital e Metas de Produção

A seção / setor de Estatística é responsável pela coleta e apuração dos dados para posterior avaliação do padrão de atendimento e da eficiência dos serviços prestados, possibilitando o controle sobre as atividades administrativas, produtividade e custos.

Os dados estatísticos são colhidos, comumente, dos prontuários dos pacientes, do Censo Diário sobre o movimento dos pacientes (internações, altas, óbitos, evasões e transferências), relatórios de serviços administrativos, relatórios de serviços assistenciais e relatórios dos serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento.

Serviço com a finalidade organizar dados para a pesquisa clínica, avaliar a instituição e observar a eficiência dos serviços prestados dentro do menor tempo. Sob esse aspecto é responsável pela coleta, apuração, análise e interpretação dos dados obtidos a partir dos prontuários e outras fontes de informação. Realiza o controle das admissões, transferências, altas, óbitos e cirurgias. Além disso, analisam taxas, índices, coeficientes e elabora o relatório das atividades estatísticas. Fornece informações epidemiológicas (nosologia, incidência de doenças etc.), realiza estimativas e ajuste de modelos de tempo de vida, entre outros. Os dados e os resultados obtidos servem de base ao corpo clínico para atividades de pesquisa e extensão, bem como ao corpo administrativo para o controle de gastos e custos, bem como para o acompanhamento das metas pactuadas.



A Estatística é composta do movimento geral da unidade, médias, taxas, e da estatística dos setores, como os SADTs, Manutenção, com vários Indicadores utilizados na avaliação, permitindo saber se os programas implantados estão surtindo o efeito desejado.

Todos os dados, combinados entre si, fornecerão os chamados Indicadores, os quais possibilitarão uma análise mais profunda das atividades e intercorrências institucionais. O controle administrativo e gerencial depende da elaboração de um PLANO ESTATÍSTICO baseado em dados reais e confiáveis, suficientes à tomada segura de decisões.

### **Monitoramento de Indicadores de Desempenho**

A melhoria contínua da qualidade assistencial deve ser considerada pelos gestores como um processo dinâmico e exaustivo de identificação dos fatores intervenientes, no processo de trabalho da equipe de saúde, e requer desses profissionais a implementação de ações e a elaboração de instrumentos que possibilitem avaliar de maneira sistemática os níveis de qualidade dos cuidados prestados. Assim, é preciso analisar os resultados da assistência prestada para (re)definir estratégias gerenciais.

O incremento de eficiência e eficácia nos processos de gestão é necessário para assegurar uma assistência melhor e mais humanizada à saúde dos seres humanos que procuram os serviços de saúde, necessitados de cuidados e apoio (GABRIEL et al, 2011).

Medir qualidade e quantidade em programas e serviços de saúde é imprescindível para o planejamento, organização, coordenação/ direção e avaliação/ controle das atividades desenvolvidas, tanto em qualidade, produtividade e financeiros, sendo alvo dessa medição os resultados, processo e a estrutura necessária ou utilizada, bem como as influências e repercussões promovidas no meio ambiente.

Os indicadores de saúde são ferramentas que ajudam a descrever a situação atual de um determinado fenômeno ou problema, avaliam o desempenho da unidade envolvendo a instituição, recursos e metodologia de trabalho. São instrumentos de

comparação, e verificação de mudanças ou tendências, avaliam a execução de ações planejadas durante um período. São ferramentas básicas para o gerenciamento do sistema organizacional de uma unidade de saúde.

Os indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade.

A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da unidade. Com o passar do tempo, a cada ano, novos indicadores são introduzidos e o alcance de um determinado indicador no decorrer de certo período torna este indicador um pré-requisito para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados; desta forma, os indicadores que são pré-requisitos para os demais continuam a ser monitorados e avaliados, porém já não têm efeito.

Serão monitorados os Indicadores de produtividade e de qualidade.

Os indicadores serão monitorados visando atender os parâmetros do cumprimento das metas preestabelecidas no contrato de gestão.

O trabalho estatístico será desenvolvido em cinco fases:

- 1- Levantamento de dados;
- 2- Coleta de dados;
- 3- Descrição dos dados;
- 4- Apresentação dos dados;
- 5- Análise dos dados.

No que se refere à coleta de dados, a rotina do estatístico do setor será extrair do Sistema Informatizado, os relatórios gerenciais das unidades em concordância com os dados emitidos pelo faturamento da unidade e comparar com as metas preestabelecidas no Contrato de Gestão.



No processo de descrição dos dados, serão analisadas e interpretadas todas as informações obtidas. A primeira etapa desta tarefa será a organização e síntese dos dados. Deverão ser impressos diversos relatórios que servirão para a transcrição dos dados no Plano Estatístico Mensal.

Após a crítica, os dados e os resultados deverão ser dispostos de forma ordenada e resumida a fim de auxiliar na análise dos mesmos e, facilitar a compreensão das conclusões. Os dados e os resultados serão apresentados para a direção da unidade, nas formas de tabelas, relatórios e gráficos.

### Monitoramento e Avaliação

Processo contínuo que deve ser realizado periodicamente a fim de apontar desvios, necessidade de atualizações e ajustes ao projeto, identificar experiências exitosas e lições aprendidas que permitam aprimorar o processo.

São características das etapas de monitoramento e avaliação:

- Monitorar os desvios do programado.
- Tomar ações corretivas para harmonizar o executado com o programado.
- Avaliar as solicitações de alteração do projeto que envolvam escopo, prazo e custo.
- Quando necessário, reprogramar as ações.
- Quando necessário, ajustar o nível de recursos.
- Proceder os ajustes necessários e obter a aprovação da direção geral da UPA.

Os resultados dos indicadores escolhidos para acompanhamento dos processos serão analisados e comparados a referenciais externos, a fim de orientar a tomada de decisões para um ciclo de melhoria contínua.

- Alguns conceitos, no contexto do monitoramento em questão:

**Indicador:** Indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde.

Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. Se forem gerados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico, os indicadores de saúde constituem ferramenta fundamental para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis.

Um conjunto de indicadores de saúde tem como propósito produzir evidência sobre a situação sanitária e suas tendências, inclusive documentando as desigualdades em saúde. Além de prover matéria prima essencial para a análise de saúde, a disponibilidade de um conjunto básico de indicadores tende a facilitar o monitoramento de objetivos e metas em saúde, estimular o fortalecimento da capacidade analítica das equipes de saúde e promover o desenvolvimento de sistemas de informação de saúde intercomunicados.

**Monitoramento:** O monitoramento é um processo sistemático e contínuo que através da observação e análise de informações substanciais e em tempo adequado, permite a rápida avaliação situacional e a intervenção oportuna que confirma ou corrige as ações em saúde.

**Avaliação:** A avaliação é uma função da gestão destinada a auxiliar o processo de decisão, visando torná-lo mais racional e efetivo. Na atual conjuntura, o alto custo da atenção à saúde, seja por sua cobertura ou complexidade, tem exigido dos gestores decisões que beneficiem maior número de usuários e que consigam resultados mais equitativos com os mesmos recursos disponíveis

**Meta:** As metas, neste contexto, são resultadas numéricos que se quer chegar. Cada indicador deve ser acompanhado de uma meta, o valor que se pretende alcançar com as ações/programas de saúde.

## Indicadores de Quantidade

Para o monitoramento e avaliação das atividades serão apresentados tópicos que serão parâmetros de avaliação, conforme segue:

- Avaliação das metas quantitativas pactuadas.
- Programação semestral de eventos técnicos científicos; programa de educação permanente em suporte avançado de vida para médicos e enfermeiros.
- Qualidade: Avaliação de satisfação do usuário; Avaliação de satisfação dos colaboradores;
- Determinação das comissões exigidas - CCIRAS, Prontuário, Óbitos, Farmacovigilância, Comissão de Ética em Pesquisa e criar a Tecnovigilância.
- Gestão: Redução do Tempo Médio de Permanência; Taxa de Mortalidade neonatal e materna; taxa de Infecção puerperal; Taxa do número de cesárea, taxa de parto normal; Humanização; Custos; Implantação de programa de capacitação e desenvolvimento de colaboradores; Modelo orçamentário; Protocolos clínicos;

Observação: no tempo oportuno estes indicadores serão discutidos com a Organização Social, pactuando os resultados e pontuação para indicador, estes poderão sofrer alterações com inclusões e ou exclusões de acordo com a necessidade.

## Indicadores De Qualidade

Os Indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade. A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da unidade.

Com o passar do tempo, a cada ano, novos indicadores poderão ser introduzidos e o alcance de um determinado indicador no decorrer de um certo período, torna este indicador um pré-requisito para que outros indicadores mais complexos possam ser



avaliados; desta forma, os indicadores que são pré-requisitos para os demais continuam a ser monitorados e avaliados, porém já não têm efeito financeiro.

#### - IMPLANTAÇÃO DAS METAS OPERACIONAIS

O objetivo da implantação das Metas Operacionais é captação e processamento de informação e análise do desempenho da unidade, através de relatórios e planos de trabalho. Avaliação da capacidade produtiva e do custeio de toda atividade, através dos seguintes instrumentos:

- **PLANO ESTATÍSTICO** - A estatística é composta do movimento geral da unidade e da estatística de produção dos setores como os Serviços de Diagnóstico, Lavanderia, Manutenção e de outros tantos. A gestão é feita com o auxílio dos números que são fornecidos pela unidade de estatística.
- **RELATÓRIO DE ATIVIDADES** - Este relatório permite o acompanhamento sistematizado do desempenho da unidade sob vários aspectos, análise crítica dos resultados previstos e alcançados, entre outros.

#### Indicadores e Metas Pactuados



1. Atenção Primária à Saúde

1.1. Indicadores Quantitativos

1.1.1. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação<sup>3</sup>

| INDICADOR 1             |                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação                                                               |
| Fórmula                 | $\frac{\text{Número de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação}}{\text{Número de gestantes com pré-natal na APS}} \times 100$ |
| Meta                    | 45%                                                                                                                                                                                  |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                                                                        |
| Parâmetros de Pontuação | 45% = 10 pontos<br>< 45% = não pontua                                                                                                                                                |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                                                                                                   |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                                                                                                      |

1.1.2. Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV<sup>4</sup>

| INDICADOR 2             |                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV                                                                                                                    |
| Fórmula                 | $\frac{\text{Numerador: número de gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e Sífilis na APS}}{\text{Número de gestantes com pré-natal na APS}} \times 100$ |
| Meta                    | 60%                                                                                                                                                                                   |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                                                                         |
| Parâmetros de Pontuação | 60% = 10 pontos<br>< 60% = não pontua                                                                                                                                                 |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                                                                                                    |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                                                                                                       |

1.1.3. Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado<sup>5</sup>

| INDICADOR 3 |                                                     |
|-------------|-----------------------------------------------------|
| Objetivo    | Proporção de gestantes com atendimento odontológico |

|                         |                                                                                                                         |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fórmula                 | Número de gestantes com pré-natal e atendimento odontológico na APS /<br>Número de gestantes com pré-natal na APS X 100 |
| Meta                    | 60%                                                                                                                     |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                           |
| Parâmetros de Pontuação | 60% = 10 pontos<br>< 60% = não pontua                                                                                   |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                                      |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                                         |

1.1.4. Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS<sup>6</sup>

| INDICADOR 4             |                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS                                                                                                                                                                              |
| Fórmula                 | Número de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram coleta do exame citopatológico na APS nos últimos 36 meses / Número de mulheres com idade entre 25 e 64 anos cadastradas e vinculadas na APS do município no período analisado X 100 |
| Meta                    | 40%                                                                                                                                                                                                                                    |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                                                                                                                          |
| Parâmetros de Pontuação | 40% = 10 pontos<br>< 40% = não pontua                                                                                                                                                                                                  |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                                                                                                                                                     |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                                                                                                                                                        |

1.1.5. Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por *haemophilus influenzae* tipo b e Poliomielite inativada<sup>7</sup>

| INDICADOR 5             |                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por <i>Haemophilus Influenzae</i> tipo b e Poliomielite Inativada                                                                        |
| Fórmula                 | Número de crianças que completaram 1 ano de idade, no quadrimestre avaliado, com 3ª doses aplicadas de poliomielite inativada e Pentavalente / Número de crianças cadastradas e vinculadas em equipes de APS que completaram 1 ano de idade no quadrimestre avaliado X 100 |
| Meta                    | 95%                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                                                                                                                                                              |
| Parâmetros de Pontuação | 95% = 10 pontos<br>< 95% = não pontua                                                                                                                                                                                                                                      |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                                                                                                                                                                                            |

1.1.6. Proporção de pessoas com hipertensão, consulta e pressão arterial aferida<sup>8</sup>

| INDICADOR 6 |                                                                                           |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo    | Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre |



|                         |                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fórmula                 | Número de pessoas com hipertensão arterial, com consulta em hipertensão arterial e aferição de PA nos últimos 6 meses / Número de pessoas com hipertensão arterial na APS X 100 |
| Meta                    | 50                                                                                                                                                                              |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                                                                   |
| Parâmetros de Pontuação | 50% = 10 pontos<br>< 50% = não pontua                                                                                                                                           |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                                                                                              |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                                                                                                 |

**1.1.7. Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre<sup>9</sup>**

| INDICADOR 7             |                                                                                                                                                           |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.                                                             |
| Fórmula                 | Número de pessoas com diabetes, com consulta em DM e solicitação exame de hemoglobina glicada nos últimos 6 meses / Número de pessoas com DM na APS X 100 |
| Meta                    | 50%                                                                                                                                                       |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                                             |
| Parâmetros de Pontuação | 50% = 10 pontos<br>< 50% = não pontua                                                                                                                     |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                                                                        |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                                                                           |

**1.1.8. Proporção de colaboradores inscritos nas capacitações e que efetivamente compareceram**

| INDICADOR 8             |                                                                                       |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Proporção de colaboradores inscritos nas capacitações e que efetivamente compareceram |
| Fórmula                 | Total de participantes / n° de colaboradores aptos à capacitação x 100                |
| Meta                    | 100%                                                                                  |
| Fonte                   | SEC                                                                                   |
| Parâmetros de Pontuação | < 80% = não pontua 80 a 89,9% = 5 pontos<br>90 a 100% = 10 pontos                     |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                    |
| Pontuação Obtida        |                                                                                       |

**1.1.9. Proporção de manutenções corretivas solicitadas e realizadas na Atenção Básica**

| INDICADOR 9 |                                                                                |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo    | Proporção de manutenções corretivas solicitadas e realizadas na Atenção Básica |
| Fórmula     | N° de ordens de serviços abertas / n° de ordens de serviços resolvidas x 100   |
| Meta        | 100%                                                                           |
| Fonte       |                                                                                |

|                         |                                                                   |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Parâmetros de Pontuação | < 80% = não pontua 80 a 89,9% = 5 pontos<br>90 a 100% = 10 pontos |
| Pontuação Possível      | 10                                                                |
| Pontuação Obtida        |                                                                   |

1.1.10. Taxa de absenteísmo das consultas agendadas com médicos clínicos

| INDICADOR 10            |                                                                                                             |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Taxa de absenteísmo das consultas agendadas com médicos clínicos                                            |
| Fórmula                 | $N^{\circ}$ de faltas nas consultas agendadas no mês / $n^{\circ}$ total de consultas agendadas nomês x 100 |
| Meta                    | 20%                                                                                                         |
| Fonte                   | Relatório Prontuário Eletrônico                                                                             |
| Parâmetros de Pontuação | 0 a 10% = 10 pontos<br>10,1 a 20% = 5 pontos<br>> 20% = não pontua                                          |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                          |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                             |

1.1.11. Taxa de absenteísmo das consultas agendadas com médico pediatra

| INDICADOR 11            |                                                                                                             |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Taxa de absenteísmo das consultas agendadas com médico pediatra                                             |
| Fórmula                 | $N^{\circ}$ de faltas nas consultas agendadas no mês / $n^{\circ}$ total de consultas agendadas nomês x 100 |
| Meta                    | 20%                                                                                                         |
| Fonte                   | Relatório Prontuário Eletrônico                                                                             |
| Parâmetros de Pontuação | 0 a 10% = 10 pontos<br>10,1 a 20% = 5 pontos<br>> 20% = não pontua                                          |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                          |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                             |

1.1.12. Taxa de absenteísmo das consultas agendadas com Médico Ginecologista

| INDICADOR 12            |                                                                                                             |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Taxa de absenteísmo das consultas agendadas com Médico Ginecologista                                        |
| Fórmula                 | $N^{\circ}$ de faltas nas consultas agendadas no mês / $n^{\circ}$ total de consultas agendadas nomês x 100 |
| Meta                    | 20%                                                                                                         |
| Fonte                   | Relatório Prontuário Eletrônico                                                                             |
| Parâmetros de Pontuação | 0 a 10% = 10 pontos<br>10,1 a 20% = 5 pontos<br>> 20% = não pontua                                          |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                          |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                             |

1.1.13. Proporção de consultas odontológicas realizadas

| INDICADOR 13 |                                                  |
|--------------|--------------------------------------------------|
| Objetivo     | Proporção de consultas odontológicas realizadas. |

|                                |                                                                                                  |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Fórmula</b>                 | Nº de consultas odontológicas realizadas no mês / nº total de consultas definidas na meta x 100. |
| <b>Meta</b>                    | 100%                                                                                             |
| <b>Fonte</b>                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                    |
| <b>Parâmetros de Pontuação</b> | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                             |
| <b>Pontuação Possível</b>      | 10                                                                                               |
| <b>Pontuação Obtida</b>        |                                                                                                  |

OBS: O total de consultas a serem realizadas no mês engloba a somatória dos procedimentos discriminados abaixo:

- 03.01.01.003-0 - Consulta de profissionais de nível superior na Atenção Primária (exceto médico)
- Consultas de retorno.
- 03.01.01.015-3 - Primeira consulta odontológica programática - Primeira consulta agendada.
- 03.01.06.003-7 - Atendimento de urgência em Atenção básica - consultas de demanda espontânea.

#### 1.1.14. Proporção de tratamentos odontológicos concluídos

| INDICADOR 14                   |                                                                                                                         |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objetivo</b>                | Proporção de tratamentos odontológicos concluídos                                                                       |
| <b>Fórmula</b>                 | Nº total de tratamentos concluídos no mês / nº total de tratamentos concluídos definidos na meta (48 tratamentos) x 100 |
| <b>Meta</b>                    | 100%                                                                                                                    |
| <b>Fonte</b>                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                           |
| <b>Parâmetros de Pontuação</b> | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                                                    |
| <b>Pontuação Possível</b>      | 10                                                                                                                      |
| <b>Pontuação Obtida</b>        |                                                                                                                         |

#### 1.1.15. Proporção de procedimentos odontológicos realizados

| INDICADOR 15                   |                                                                                                                     |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objetivo</b>                | Proporção de procedimentos odontológicos realizados                                                                 |
| <b>Fórmula</b>                 | Nº total de procedimentos realizados no mês / nº total de procedimentos definidos na meta (480 procedimentos) x 100 |
| <b>Meta</b>                    | 100%                                                                                                                |
| <b>Fonte</b>                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                       |
| <b>Parâmetros de Pontuação</b> | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                                                |
| <b>Pontuação Possível</b>      | 10                                                                                                                  |
| <b>Pontuação Obtida</b>        |                                                                                                                     |

#### 1.1.16. Proporção de ações coletivas de escovação dental supervisionada

| INDICADOR 16    |                                                                                                                                                       |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objetivo</b> | Proporção de ações coletivas de escovação dental supervisionada                                                                                       |
| <b>Fórmula</b>  | Nº total de crianças atendidas em ações coletivas de escovação dental supervisionada no mês / nº total de ações definidas na meta (80 crianças) x 100 |
| <b>Meta</b>     | 100%                                                                                                                                                  |
| <b>Fonte</b>    | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                                         |

|                         |                                                                      |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua |
| Pontuação Possível      | 10                                                                   |
| Pontuação Obtida        |                                                                      |

1.1.17. Taxa de absenteísmo das consultas agendadas com Cirurgião Dentista

| INDICADOR 17            |                                                                                                                                                   |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Taxa de absenteísmo das consultas agendadas com Cirurgião Dentista                                                                                |
| Fórmula                 | $\frac{\text{Nº de faltas nas consultas odontológicas agendadas no mês}}{\text{nº total de consultas odontológicas agendadas no mês}} \times 100$ |
| Meta                    | 20%                                                                                                                                               |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico                                                                                                                             |
| Parâmetros de Pontuação | 0 a 10% = 10 pontos<br>10,1 a 20% = 5 pontos<br>> 20% = não pontua                                                                                |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                                                                |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                                                                   |

1.1.18. Proporção de visitas domiciliares realizadas pelos ACS no mês

| INDICADOR 18            |                                                                                                             |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Proporção de visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde no mês                     |
| Fórmula                 | $\frac{\text{Nº de visitas realizadas no mês}}{\text{nº de famílias cadastradas na micro-área}} \times 100$ |
| Meta                    | 100%                                                                                                        |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                               |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                                        |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                          |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                             |

1.2. Indicadores Qualitativos

1.2.1. Proporção de satisfação dos usuários em relação ao total pesquisado

| INDICADOR 19            |                                                                                                                   |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Proporção de satisfação dos usuários em relação ao total pesquisado                                               |
| Fórmula                 | $\frac{\text{Total de resultados com conceito "ótimo" e "bom"}}{\text{Total de usuários pesquisados}} \times 100$ |
| Meta                    | 100%                                                                                                              |
| Fonte                   | Relatório de pesquisa de satisfação impresso pelos tótems                                                         |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                                              |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                                |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                                   |



1.2.2. Envio de relatório gerencial no prazo determinado

| INDICADOR 20            |                                                                                     |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Envio de relatório gerencial no prazo determinado                                   |
| Fórmula                 | Envio de relatórios                                                                 |
| Meta                    | Enviar relatório dentro do prazo, sendo até dia 10 de cada mês                      |
| Fonte                   | SGPI                                                                                |
| Parâmetros de Pontuação | Enviar relatório dentro do prazo = 10 pontos<br>Não enviar o relatório = não pontua |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                  |
| Pontuação Obtida        |                                                                                     |

1.3. Unidade de Urgência e Emergência

1.3.1. Indicadores Quantitativos

1.3.1.1. Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico) – Assistente Social

| INDICADOR 21            |                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico) – Assistente Social                                                                                                       |
| Fórmula                 | Total de consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico) – assistente social / Total do mesmo procedimento determinado pela ficha de programação orçamentária (FPO) x 100 |
| Meta                    | 100%                                                                                                                                                                                                           |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                                                                                                  |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                                                                                                                                           |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                                                                                                                             |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                                                                                                                                |

1.3.1.2. Proporção de consultas realizadas pelo Médico Clínico Geral em relação ao descrito em FPO

| INDICADOR 22            |                                                                                                                                               |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar quantidade de consultas realizadas pelo Médico Clínico Geral em relação ao descrito em FPO                                          |
| Fórmula                 | Total de consultas realizadas pelo clínico geral / Total do mesmo procedimento determinado pela ficha de programação orçamentária (FPO) x 100 |
| Meta                    | 100%                                                                                                                                          |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                                 |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                                                                          |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                                                            |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                                                               |

1.3.1.3. Proporção de consultas médicas realizadas pelo Pediatra em relação ao descrito em FPO

| INDICADOR 23            |                                                                                                                                                 |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar quantidade de consultas médicas realizadas pelo Médico Pediatra em relação ao descrito em FPO                                         |
| Fórmula                 | Total de consultas realizadas pelo médico pediatra / Total do mesmo procedimento determinado pela ficha de programação orçamentária (FPO) x 100 |
| Meta                    | 100%                                                                                                                                            |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico                                                                                                                           |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                                                                            |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                                                              |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                                                                 |

1.3.1.4. Proporção de manutenções corretivas solicitadas e realizadas na UPA

| INDICADOR 24            |                                                                          |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Proporção de manutenções corretivas solicitadas e realizadas na UPA      |
| Fórmula                 | Nº de ordem de serviço abertas / nº de ordem de serviço resolvidas x 100 |
| Meta                    | 100%                                                                     |
| Fonte                   |                                                                          |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua     |
| Pontuação Possível      | 10                                                                       |
| Pontuação Obtida        |                                                                          |

1.3.1.5. Proporção de colaboradores inscritos nas capacitações e que efetivamente compareceram

| INDICADOR 25            |                                                                                       |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Proporção de colaboradores inscritos nas capacitações e que efetivamente compareceram |
| Fórmula                 | Total de participantes / nº de colaboradores aptos à capacitação x 100                |
| Meta                    | 100%                                                                                  |
| Fonte                   | SEC                                                                                   |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                  |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                    |
| Pontuação Obtida        |                                                                                       |

1.3.2. Indicadores Qualitativos

1.3.2.1. Proporção de satisfação dos usuários em relação ao total pesquisado

| INDICADOR 26 |                                                                                        |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo     | Proporção de satisfação dos usuários em relação ao total pesquisado                    |
| Fórmula      | Total de resultados com conceito "ótimo" e "bom" / total de usuários pesquisados x 100 |



|                         |                                                                      |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Meta                    | 100%                                                                 |
| Fonte                   | Relatório de pesquisa de satisfação impresso do totem                |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua |
| Pontuação Possível      | 10                                                                   |
| Pontuação Obtida        |                                                                      |

**1.3.2.2. Envio de relatório referente aos exames de RX realizados na UPA no prazo determinado**

| INDICADOR 27            |                                                                                   |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Envio de relatório gerencial no prazo determinado                                 |
| Fórmula                 | Envio de relatórios                                                               |
| Meta                    | Enviar relatório dentro do prazo, sendo até dia 10 de cada mês                    |
| Fonte                   | SGPI                                                                              |
| Parâmetros de Pontuação | Enviar relatório dentro do prazo = 10 pontos<br>Não enviar o relatório = 0 pontos |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                |
| Pontuação Obtida        |                                                                                   |

**1.3.2.3. Envio de relatório gerencial no prazo determinado**

| INDICADOR 28            |                                                                                   |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Envio de relatório gerencial no prazo determinado                                 |
| Fórmula                 | Envio de relatórios                                                               |
| Meta                    | Enviar relatório dentro do prazo, sendo até dia 10 de cada mês                    |
| Fonte                   | SGPI                                                                              |
| Parâmetros de Pontuação | Enviar relatório dentro do prazo = 10 pontos<br>Não enviar o relatório = 0 pontos |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                |
| Pontuação Obtida        |                                                                                   |

**1.4. Serviços de Saúde Mental – CAPS AD**

**1.4.1. Indicadores Quantitativos**

**1.4.1.1. Proporção de consulta médica especializada em relação ao descrito em FPO**

| INDICADOR 29            |                                                                                                                                    |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar quantidade de consulta médica especializada em relação ao descrito em FPO.                                               |
| Fórmula                 | Total de consulta média especializada / Total do mesmo procedimento determinado pela ficha de programação orçamentária (FPO) x 100 |
| Meta                    | 100%                                                                                                                               |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                      |
| Parâmetros de Pontuação | 90% a 100% = 10 pontos<br>80% a 89,9% = 05 pontos<br>< 80% = não pontua                                                            |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                                                 |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                                                    |

**1.4.1.2. Proporção de atendimento individual de paciente em Centro de Atenção Psicossocial**

| INDICADOR 30            |                                                                                                                                                                   |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar atendimento individual de paciente em Centro de Atenção Psicossocial                                                                                    |
| Fórmula                 | Total de atendimentos de pacientes em centro de atenção psicossocial / Total do mesmo procedimento determinado pela ficha de programação orçamentária (FPO) x 100 |
| Meta                    | 100%                                                                                                                                                              |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                                                     |
| Parâmetros de Pontuação | 90% a 100% = 10 pontos<br>80% a 89,9% = 05 pontos<br><80% = não pontua                                                                                            |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                                                                                |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                                                                                   |

1.4.1.3. Proporção de atendimento em grupo de pacientes em Centro de Atenção Psicossocial

| INDICADOR 31            |                                                                                                                                                               |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar atendimento em grupo de paciente em Centro de Atenção Psicossocial                                                                                  |
| Fórmula                 | Total de atendimentos em grupo em centro de atenção psicossocial / Total do mesmo procedimento determinado pela ficha de programação orçamentária (FPO) x 100 |
| Meta                    | 100%                                                                                                                                                          |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                                                 |
| Parâmetros de Pontuação | 90% a 100% = 10 pontos<br>80% a 89,9% = 05 pontos<br><80% = não pontua                                                                                        |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                                                                            |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                                                                               |

1.4.1.4. Proporção de atendimento familiar de paciente em Centro de Atenção Psicossocial

| INDICADOR 32            |                                                                              |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar atendimento familiar de paciente em Centro de Atenção Psicossocial |
| Fórmula                 | Total de atendimento familiar em centro de atenção psicossocial / Total      |
| Meta                    | 100%                                                                         |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                |
| Parâmetros de Pontuação | 90% a 100% = 10 pontos<br>80% a 89,9% = 05 pontos<br><80% = não pontua       |
| Pontuação Possível      | 10                                                                           |
| Pontuação Obtida        |                                                                              |

1.4.1.5. Proporção de práticas corporais em Centro de Atenção Psicossocial

| INDICADOR 33 |                                                                |
|--------------|----------------------------------------------------------------|
| Objetivo     | Monitorar práticas corporais em Centro de Atenção Psicossocial |

|                                |                                                                                                                                                            |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Fórmula</b>                 | Total de práticas corporais em centro de atenção psicossocial / Total do mesmo procedimento determinado pela ficha de programação orçamentária (FPO) x 100 |
| <b>Meta</b>                    | 100%                                                                                                                                                       |
| <b>Fonte</b>                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                                              |
| <b>Parâmetros de Pontuação</b> | 90% a 100% = 10 pontos<br>80% a 89,9% = 05 pontos<br><80% = não pontua                                                                                     |
| <b>Pontuação Possível</b>      | 10                                                                                                                                                         |
| <b>Pontuação Obtida</b>        |                                                                                                                                                            |

1.4.1.6. Proporção de práticas expressivas e comunicativas em Centro de Atenção Psicossocial

| INDICADOR 34                   |                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objetivo</b>                | Monitorar práticas expressivas e comunicativas em Centro de Atenção Psicossocial                                                                                             |
| <b>Fórmula</b>                 | Total de práticas expressivas e comunicativas em centro de atenção psicossocial / Total do mesmo procedimento determinado pela ficha de programação orçamentária (FPO) x 100 |
| <b>Meta</b>                    | 100%                                                                                                                                                                         |
| <b>Fonte</b>                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                                                                |
| <b>Parâmetros de Pontuação</b> | 90% a 100% = 10 pontos<br>80% a 89,9% = 05 pontos<br><80% = não pontua                                                                                                       |
| <b>Pontuação Possível</b>      | 10                                                                                                                                                                           |
| <b>Pontuação Obtida</b>        |                                                                                                                                                                              |

1.4.1.7. Proporção do total de procedimentos previstos na FPO

| INDICADOR 35                   |                                                                                                                                          |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objetivo</b>                | Monitorar total de procedimentos previstos na FPO                                                                                        |
| <b>Fórmula</b>                 | Total de atendimentos realizados no período / Total do mesmo procedimento determinado pela ficha de programação orçamentária (FPO) x 100 |
| <b>Meta</b>                    | 100%                                                                                                                                     |
| <b>Fonte</b>                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                            |
| <b>Parâmetros de Pontuação</b> | 90% a 100% = 10 pontos<br>80% a 89,9% = 05 pontos<br><80% = não pontua                                                                   |
| <b>Pontuação Possível</b>      | 10                                                                                                                                       |
| <b>Pontuação Obtida</b>        |                                                                                                                                          |

1.4.1.8. Proporção de manutenções corretivas solicitadas e realizadas

| INDICADOR 36    |                                                                          |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objetivo</b> | Monitorar as manutenções corretivas solicitadas e realizadas             |
| <b>Fórmula</b>  | Nº de ordem de serviço abertas / nº de ordem de serviço resolvidas x 100 |
| <b>Meta</b>     | 100%                                                                     |
| <b>Fonte</b>    |                                                                          |

|                         |                                                                      |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua |
| Pontuação Possível      | 10                                                                   |
| Pontuação Obtida        |                                                                      |

1.4.1.9. Proporção de colaboradores inscritos nas capacitações e que efetivamente compareceram

| INDICADOR 37            |                                                                                       |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Proporção de colaboradores inscritos nas capacitações e que efetivamente compareceram |
| Fórmula                 | Total de participantes / n° de colaboradores aptos à capacitação x 100                |
| Meta                    | 100%                                                                                  |
| Fonte                   | SEC                                                                                   |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                  |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                    |
| Pontuação Obtida        |                                                                                       |

1.4.2. Indicadores Qualitativos

1.4.2.1. Proporção de satisfação dos usuários em relação ao total pesquisado

| INDICADOR 38            |                                                                                               |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar o nível de satisfação dos usuários através dos dados obtidos na pesquisa eletrônica |
| Fórmula                 | Total de resultados com conceito "ótimo" e "bom" / Total de usuários pesquisados x 100        |
| Meta                    | Mínimo de 10% de pessoas/mês                                                                  |
| Fonte                   | Relatório de pesquisa de satisfação emitido pelo totem                                        |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                          |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                            |
| Pontuação Obtida        |                                                                                               |

1.4.2.2. Envio de relatório gerencial no prazo determinado

| INDICADOR 39            |                                                                                   |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Envio de relatório gerencial no prazo determinado                                 |
| Fórmula                 | Envio de relatórios                                                               |
| Meta                    | Enviar relatório dentro do prazo, sendo até dia 10 de cada mês                    |
| Fonte                   | SGPI                                                                              |
| Parâmetros de Pontuação | Enviar relatório dentro do prazo = 10 pontos<br>Não enviar o relatório = 0 pontos |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                |
| Pontuação Obtida        |                                                                                   |

1.5. Serviços de Saúde Mental - CAPS II e CAPS i



1.5.1. Indicadores Quantitativos

1.5.1.1. Proporção de atendimento individual de paciente em Centro de Atenção Psicossocial

| INDICADOR 40            |                                                                                                                                                                   |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar atendimento individual de paciente em Centro de Atenção Psicossocial                                                                                    |
| Fórmula                 | Total de atendimentos de pacientes em centro de atenção psicossocial / Total do mesmo procedimento determinado pela ficha de programação orçamentária (FPO) x 100 |
| Meta                    | 100%                                                                                                                                                              |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                                                     |
| Parâmetros de Pontuação | 90% a 100% = 10 pontos<br>80% a 89,9% = 05 pontos<br><80% = não pontua                                                                                            |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                                                                                |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                                                                                   |

1.5.1.2. Proporção de atendimento em grupo de pacientes em Centro de Atenção Psicossocial

| INDICADOR 41            |                                                                              |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar atendimento em grupo de paciente em Centro de Atenção Psicossocial |
| Fórmula                 | Total de atendimentos em grupo em centro de atenção psicossocial / Total     |
| Meta                    | 100%                                                                         |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                |
| Parâmetros de Pontuação | 90% a 100% = 10 pontos<br>80% a 89,9% = 05 pontos<br><80% = não pontua       |
| Pontuação Possível      | 10                                                                           |
| Pontuação Obtida        |                                                                              |

1.5.1.3. Proporção de acolhimento diurno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial

| INDICADOR 42            |                                                                                                                                    |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar acolhimento diurno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial                                                         |
| Fórmula                 | Total de acolhimento diurno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial / Total do mesmo procedimento determinado pela FPO X 100 |
| Meta                    | 100%                                                                                                                               |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                      |
| Parâmetros de Pontuação | 90% a 100% = 10 pontos<br>80% a 89,9% = 05 pontos<br><80% = não pontua                                                             |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                                                 |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                                                    |

1.5.1.4. Proporção de práticas corporais em Centro de Atenção Psicossocial

| INDICADOR 43            |                                                                                                                                                            |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar práticas corporais em Centro de Atenção Psicossocial                                                                                             |
| Fórmula                 | Total de práticas corporais em centro de atenção psicossocial / Total do mesmo procedimento determinado pela ficha de programação orçamentária (FPO) x 100 |
| Meta                    | 100%                                                                                                                                                       |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                                              |
| Parâmetros de Pontuação | 90% a 100% = 10 pontos<br>80% a 89,9% = 05 pontos<br><80% = não pontua                                                                                     |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                                                                         |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                                                                            |

1.5.1.5. Proporção de práticas expressivas e comunicativas em Centro de Atenção Psicossocial

| INDICADOR 44            |                                                                                                                                                                              |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar práticas expressivas e comunicativas em Centro de Atenção Psicossocial                                                                                             |
| Fórmula                 | Total de práticas expressivas e comunicativas em centro de atenção psicossocial / Total do mesmo procedimento determinado pela ficha de programação orçamentária (FPO) x 100 |
| Meta                    | 100%                                                                                                                                                                         |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                                                                |
| Parâmetros de Pontuação | 90% a 100% = 10 pontos<br>80% a 89,9% = 05 pontos<br><80% = não pontua                                                                                                       |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                                                                                           |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                                                                                              |

1.5.1.6. Proporção do total de procedimentos previstos na FPO

| INDICADOR 45            |                                                                                                                                          |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar total de procedimentos previstos na FPO                                                                                        |
| Fórmula                 | Total de atendimentos realizados no período / Total do mesmo procedimento determinado pela ficha de programação orçamentária (FPO) x 100 |
| Meta                    | 100%                                                                                                                                     |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                            |
| Parâmetros de Pontuação | 90% a 100% = 10 pontos<br>80% a 89,9% = 05 pontos<br><80% = não pontua                                                                   |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                                                       |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                                                          |

1.5.1.7. Proporção de manutenções corretivas solicitadas e realizadas

| INDICADOR 46 |                                                                          |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo     | Monitorar as manutenções corretivas solicitadas e realizadas             |
| Fórmula      | Nº de ordem de serviço abertas / nº de ordem de serviço resolvidas x 100 |
| Meta         | 100%                                                                     |



|                         |                                                                      |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Fonte                   |                                                                      |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua |
| Pontuação Possível      | 10                                                                   |
| Pontuação Obtida        |                                                                      |

1.5.1.8. Proporção de colaboradores inscritos nas capacitações e que efetivamente compareceram

| INDICADOR 47            |                                                                                       |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Proporção de colaboradores inscritos nas capacitações e que efetivamente compareceram |
| Fórmula                 | Total de participantes / n° de colaboradores aptos à capacitação x 100                |
| Meta                    | 100%                                                                                  |
| Fonte                   | SEC                                                                                   |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                  |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                    |
| Pontuação Obtida        |                                                                                       |

1.5.2. Indicadores Qualitativos

1.5.2.1. Proporção de satisfação dos usuários em relação ao total pesquisado

| INDICADOR 48            |                                                                                               |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar o nível de satisfação dos usuários através dos dados obtidos na pesquisa eletrônica |
| Fórmula                 | Total de resultados com conceito "ótimo" e "bom" / Total de usuários pesquisados x 100        |
| Meta                    | Mínimo de 10% de pessoas/mês                                                                  |
| Fonte                   | Relatório de pesquisa de satisfação emitido pelo totem                                        |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                          |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                            |
| Pontuação Obtida        |                                                                                               |

1.5.2.2. Envio de relatório gerencial no prazo determinado

| INDICADOR 49            |                                                                                     |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Envio de relatório gerencial no prazo determinado                                   |
| Fórmula                 | Envio de relatórios                                                                 |
| Meta                    | Enviar relatório dentro do prazo, sendo até dia 10 de cada mês                      |
| Fonte                   | SGPI                                                                                |
| Parâmetros de Pontuação | Enviar relatório dentro do prazo = 10 pontos<br>Não enviar o relatório = não pontua |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                  |
| Pontuação Obtida        |                                                                                     |

1.6. Ambulatório de Saúde Mental (e-MAESM)

1.6.1. Indicadores Quantitativos

1.6.1.1. Proporção de consulta de profissionais de nível superior na Atenção Especializada (exceto médico) – Psicólogo Clínico

| INDICADOR 50            |                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar consulta de profissionais de nível superior na Atenção Especializada (exceto médico) – Psicólogo Clínico                                                                                             |
| Fórmula                 | Total de consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico) – psicólogo clínico / Total do mesmo procedimento determinado pela ficha de programação orçamentária (FPO) x 100 |
| Meta                    | 100%                                                                                                                                                                                                           |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                                                                                                  |
| Parâmetros de Pontuação | 90% a 100% = 10 pontos<br>80% a 89,9% = 05 pontos<br><80% = 0 pontos                                                                                                                                           |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                                                                                                                             |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                                                                                                                                |

1.6.1.2. Proporção de consulta de profissionais de nível superior na Atenção Especializada (exceto médico) – Assistente Social

| INDICADOR 51            |                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar consulta de profissionais de nível superior na Atenção Especializada (exceto médico) – Assistente Social                                                                                             |
| Fórmula                 | Total de consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico) – assistente social / Total do mesmo procedimento determinado pela ficha de programação orçamentária (FPO) x 100 |
| Meta                    | 100%                                                                                                                                                                                                           |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                                                                                                  |
| Parâmetros de Pontuação | 90% a 100% = 10 pontos<br>80% a 89,9% = 05 pontos<br><80% = não pontua                                                                                                                                         |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                                                                                                                             |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                                                                                                                                |

1.6.1.3. Monitorar consulta de profissionais de nível superior na Atenção Especializada (exceto médico) – Terapeuta Ocupacional

| INDICADOR 52 |                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo     | Monitorar consulta de profissionais de nível superior na Atenção Especializada (exceto médico) – terapeuta ocupacional                                                                                             |
| Fórmula      | Total de consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico) – terapeuta ocupacional / Total do mesmo procedimento determinado pela ficha de programação orçamentária (FPO) x 100 |
| Meta         | 100%                                                                                                                                                                                                               |
| Fonte        | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                                                                                                      |

|                                |                                                                        |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <b>Parâmetros de Pontuação</b> | 90% a 100% = 10 pontos<br>80% a 89,9% = 05 pontos<br><80% = não pontua |
| <b>Pontuação Possível</b>      | 10                                                                     |
| <b>Pontuação Obtida</b>        |                                                                        |

**1.6.1.4. Monitorar consulta de profissionais de nível superior na Atenção Especializada (exceto médico) – Enfermeiro**

| INDICADOR 53                   |                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objetivo</b>                | Monitorar consulta de profissionais de nível superior na Atenção Especializada (exceto médico) – Enfermeiro                                                                                             |
| <b>Fórmula</b>                 | Total de consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico) – enfermeiro / Total do mesmo procedimento determinado pela ficha de programação orçamentária (FPO) x 100 |
| <b>Meta</b>                    | 100%                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Fonte</b>                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                                                                                           |
| <b>Parâmetros de Pontuação</b> | 90% a 100% = 10 pontos<br>80% a 89,9% = 05 pontos<br><80% = não pontua                                                                                                                                  |
| <b>Pontuação Possível</b>      | 10                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Pontuação Obtida</b>        |                                                                                                                                                                                                         |

**1.6.1.5. Proporção de consulta médica em Atenção Especializada em Psiquiatria**

| INDICADOR 54                   |                                                                                                                                                |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objetivo</b>                | Monitorar consulta médica em Atenção Especializada em Psiquiatria                                                                              |
| <b>Fórmula</b>                 | Total de consulta médica em atenção especializada / Total do mesmo procedimento determinado pela ficha de programação orçamentária (FPO) x 100 |
| <b>Meta</b>                    | 100%                                                                                                                                           |
| <b>Fonte</b>                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                                  |
| <b>Parâmetros de Pontuação</b> | 90% a 100% = 10 pontos<br>80% a 89,9% = 05 pontos<br><80% = não pontua                                                                         |
| <b>Pontuação Possível</b>      | 10                                                                                                                                             |
| <b>Pontuação Obtida</b>        |                                                                                                                                                |

**1.6.1.6. Proporção do total de procedimentos previstos na FPO**

| INDICADOR 55    |                                                                                                                                    |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objetivo</b> | Monitorar total de procedimentos previstos na FPO                                                                                  |
| <b>Fórmula</b>  | Total de procedimentos realizados no período / Total de procedimentos previstos pela ficha de programação orçamentária (FPO) x 100 |
| <b>Meta</b>     | 100%                                                                                                                               |
| <b>Fonte</b>    | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                      |

|                         |                                                                        |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Parâmetros de Pontuação | 90% a 100% = 10 pontos<br>80% a 89,9% = 05 pontos<br><80% = não pontua |
| Pontuação Possível      | 10                                                                     |
| Pontuação Obtida        |                                                                        |

1.6.1.7. Proporção de consultas realizadas para avaliação do fumante (Programa São João Livre do Tabaco)

| INDICADOR 56            |                                                                                                        |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar número de consultas realizadas para avaliação do fumante (Programa São João Livre do Tabaco) |
| Fórmula                 | Total de consultas para avaliação do fumante realizadas / Total de consultas previstas na FPO x 100    |
| Meta                    | 100%                                                                                                   |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                          |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                                   |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                     |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                        |

1.6.1.8. Proporção de manutenções corretivas solicitadas e realizadas

| INDICADOR 57            |                                                                          |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar as manutenções corretivas solicitadas e realizadas             |
| Fórmula                 | Nº de ordem de serviço abertas / nº de ordem de serviço resolvidas x 100 |
| Meta                    | 100%                                                                     |
| Fonte                   |                                                                          |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua     |
| Pontuação Possível      | 10                                                                       |
| Pontuação Obtida        |                                                                          |

1.6.1.9. Proporção de colaboradores inscritos nas capacitações e que efetivamente compareceram

| INDICADOR 58            |                                                                                        |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Proporção de colaboradores inscritos nas capacitações e que efetivamente compareceram. |
| Fórmula                 | Total de participantes / nº de colaboradores aptos à capacitação x 100                 |
| Meta                    | 100%                                                                                   |
| Fonte                   | SEC                                                                                    |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                   |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                     |
| Pontuação Obtida        |                                                                                        |



1.6.2. Indicadores Qualitativos

1.6.2.1. Proporção de satisfação dos usuários em relação ao total pesquisado

| INDICADOR 59            |                                                                                               |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar o nível de satisfação dos usuários através dos dados obtidos na pesquisa eletrônica |
| Fórmula                 | Total de resultados com conceito "ótimo" e "bom" / Total de usuários pesquisados x 100        |
| Meta                    | Mínimo de 10% de pessoas/mês                                                                  |
| Fonte                   | Relatório de pesquisa de satisfação emitido pelo totem                                        |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                          |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                            |
| Pontuação Obtida        |                                                                                               |

1.6.2.2. Envio de relatório gerencial no prazo determinado

| INDICADOR 60            |                                                                                     |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Envio de relatório gerencial no prazo determinado                                   |
| Fórmula                 | Envio de relatórios                                                                 |
| Meta                    | Enviar relatório dentro do prazo, sendo até dia 10 de cada mês                      |
| Fonte                   | SGPI                                                                                |
| Parâmetros de Pontuação | Enviar relatório dentro do prazo = 10 pontos<br>Não enviar o relatório = não pontua |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                  |
| Pontuação Obtida        |                                                                                     |

1.7. Atenção Especializada (CEM, SAE, CEO)

1.8. Centro de Especialidades Médicas (CEM)

1.8.1. Indicadores Quantitativos

1.8.1.1. Proporção de consulta de profissionais de nível superior na Atenção Especializada (exceto médico) – Nutricionista

| INDICADOR 61            |                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar consulta de profissionais de nível superior na Atenção Especializada (exceto médico) – Nutricionista                                                                                             |
| Fórmula                 | Total de consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico) – nutricionista / Total do mesmo procedimento determinado pela ficha de programação orçamentária (FPO) x 100 |
| Meta                    | 100%                                                                                                                                                                                                       |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                                                                                              |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                                                                                                                                       |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                                                                                                                         |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                                                                                                                            |

**1.8.1.2. Proporção de consulta de profissionais de nível superior na Atenção Especializada (exceto médico) – Fonoaudiólogo**

| INDICADOR 62                   |                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objetivo</b>                | Monitorar consulta de profissionais de nível superior na Atenção Especializada (exceto médico) – Fonoaudiólogo                                                                                             |
| <b>Fórmula</b>                 | Total de consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico) – fonoaudiólogo / Total do mesmo procedimento determinado pela ficha de programação orçamentária (FPO) x 100 |
| <b>Meta</b>                    | 100%                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Fonte</b>                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                                                                                              |
| <b>Parâmetros de Pontuação</b> | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                                                                                                                                       |
| <b>Pontuação Possível</b>      | 10                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Pontuação Obtida</b>        |                                                                                                                                                                                                            |

**1.8.1.3. Proporção de consulta médica em Atenção Especializada de Cardiologia**

| INDICADOR 63                   |                                                                                                                                                    |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objetivo</b>                | Monitorar consulta médica em Atenção Especializada de Cardiologia                                                                                  |
| <b>Fórmula</b>                 | Total de consulta médica especializada da cardiologia / Total do mesmo procedimento determinado pela ficha de programação orçamentária (FPO) x 100 |
| <b>Meta</b>                    | 100%                                                                                                                                               |
| <b>Fonte</b>                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                                      |
| <b>Parâmetros de Pontuação</b> | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                                                                               |
| <b>Pontuação Possível</b>      | 10                                                                                                                                                 |
| <b>Pontuação Obtida</b>        |                                                                                                                                                    |

**1.8.1.4. Proporção de consulta médica em Atenção Especializada de Gastroenterologia**

| INDICADOR 64                   |                                                                                                                                                          |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objetivo</b>                | Monitorar consulta médica em Atenção Especializada de Gastroenterologia                                                                                  |
| <b>Fórmula</b>                 | Total de consulta médica especializada da gastroenterologia / Total do mesmo procedimento determinado pela ficha de programação orçamentária (FPO) x 100 |
| <b>Meta</b>                    | 100%                                                                                                                                                     |
| <b>Fonte</b>                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                                            |
| <b>Parâmetros de Pontuação</b> | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                                                                                     |
| <b>Pontuação Possível</b>      | 10                                                                                                                                                       |
| <b>Pontuação Obtida</b>        |                                                                                                                                                          |

**1.8.1.5. Proporção de consulta médica em atenção especializada da Oftalmologia**



| INDICADOR 65            |                                                                                                                                                     |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar consulta médica em atenção especializada da Oftalmologia                                                                                  |
| Fórmula                 | Total de consulta médica especializada da oftalmologia / Total do mesmo procedimento determinado pela ficha de programação orçamentária (FPO) x 100 |
| Meta                    | 100%                                                                                                                                                |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                                       |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                                                                                |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                                                                  |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                                                                     |

1.8.1.6. Proporção de consulta médica em Atenção Especializada da Reumatologia

| INDICADOR 66            |                                                                                                                                                     |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar consulta médica em atenção especializada da Oftalmologia                                                                                  |
| Fórmula                 | Total de consulta médica especializada da reumatologia / Total do mesmo procedimento determinado pela ficha de programação orçamentária (FPO) x 100 |
| Meta                    | 100%                                                                                                                                                |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                                       |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                                                                                |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                                                                  |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                                                                     |

1.8.1.7. Proporção do total de procedimentos previstos na FPO

| INDICADOR 67            |                                                                                                                                    |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar total de procedimentos previstos na FPO                                                                                  |
| Fórmula                 | Total de procedimentos realizados no período / Total de procedimentos previstos pela ficha de programação orçamentária (FPO) x 100 |
| Meta                    | 100%                                                                                                                               |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                      |
| Parâmetros de Pontuação | 90% a 100% = 10 pontos<br>80% a 89,9% = 05 pontos<br>< 80% = não pontua                                                            |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                                                 |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                                                    |

1.8.1.8. Proporção de manutenções corretivas solicitadas e realizadas no Centro de Especialidades Médicas

| INDICADOR 68 |                                                                                                  |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo     | Monitorar as manutenções corretivas solicitadas e realizadas no Centro de Especialidades Médicas |

|                         |                                                                          |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Fórmula                 | Nº de ordem de serviço abertas / nº de ordem de serviço resolvidas x 100 |
| Meta                    | 100%                                                                     |
| Fonte                   |                                                                          |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua     |
| Pontuação Possível      | 10                                                                       |
| Pontuação Obtida        |                                                                          |

1.8.1.9. Proporção de colaboradores inscritos nas capacitações e que efetivamente compareceram

| INDICADOR 69            |                                                                                       |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Proporção de colaboradores inscritos nas capacitações e que efetivamente compareceram |
| Fórmula                 | Total de participantes / nº de colaboradores aptos à capacitação X 100                |
| Meta                    | 100%                                                                                  |
| Fonte                   | SEC                                                                                   |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                  |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                    |
| Pontuação Obtida        |                                                                                       |

1.8.1.10. Proporção de consultas médicas realizadas em Cirurgia Vascular no CEM

| INDICADOR 70            |                                                                                                                      |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar as consultas médicas realizadas em Cirurgia Vascular no CEM                                                |
| Fórmula                 | Total de consulta médica especializada de Cirurgia Vascular / Total do mesmo procedimento determinado pela FPO x 100 |
| Meta                    | 100%                                                                                                                 |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                        |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                                                 |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                                   |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                                      |

1.8.1.11. Proporção de consultas médicas dermatológicas realizadas no CEM

| INDICADOR 71            |                                                                                                                 |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar as consultas médicas dermatológicas realizadas no CEM                                                 |
| Fórmula                 | Total de consulta médica especializada de dermatologia / Total do mesmo procedimento determinado pela FPO x 100 |
| Meta                    | 100%                                                                                                            |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                   |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                                            |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                              |

|                  |  |
|------------------|--|
| Pontuação Obtida |  |
|------------------|--|

1.8.1.12. Proporção de consultas médicas realizadas em Endocrinologia no CEM

| INDICADOR 72            |                                                                                                                   |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar as consultas médicas realizadas em Endocrinologia no CEM                                                |
| Fórmula                 | Total de consulta médica especializada de endocrinologia / Total do mesmo procedimento determinado pela FPO x 100 |
| Meta                    | 100%                                                                                                              |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                     |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                                              |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                                |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                                   |

1.8.1.13. Proporção de consultas médicas realizadas em Neurologia no CEM

| INDICADOR 73            |                                                                                                               |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar consulta médica realizada em Neurologia no CEM                                                      |
| Fórmula                 | Total de consulta médica especializada de neurologia / Total do mesmo procedimento determinado pela FPO x 100 |
| Meta                    | 100%                                                                                                          |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                 |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                                          |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                            |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                               |

1.8.1.14. Proporção de consultas médicas realizadas em Ortopedia no CEM

| INDICADOR 74            |                                                                                                              |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar consulta médica realizada em Ortopedia no CEM                                                      |
| Fórmula                 | Total de consulta médica especializada de ortopedia / Total do mesmo procedimento determinado pela FPO x 100 |
| Meta                    | 100%                                                                                                         |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                                         |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                           |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                              |

1.8.1.15. Proporção de consultas médicas realizadas em Otorrinolaringologia no CEM

| INDICADOR 75 |                                                                                                                         |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo     | Monitorar consultas médicas realizadas em Otorrinolaringologia no CEM                                                   |
| Fórmula      | Total de consulta médica especializada de otorrinolaringologia / Total do mesmo procedimento determinado pela FPO x 100 |

|                         |                                                                      |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Meta                    | 100%                                                                 |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                        |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua |
| Pontuação Possível      | 10                                                                   |
| Pontuação Obtida        |                                                                      |

1.8.1.16. Proporção de consultas médicas realizadas em Urologia no CEM

| INDICADOR 76            |                                                                                                             |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar consultas médicas realizadas em Urologia no CEM.                                                  |
| Fórmula                 | Total de consulta médica especializada de urologia / Total do mesmo procedimento determinado pela FPO x 100 |
| Meta                    | 100%                                                                                                        |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                               |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                                        |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                          |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                             |

1.8.1.17. Taxa de absenteísmo das consultas agendadas com todos os médicos especialistas no CEM

| INDICADOR 77            |                                                                                                      |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar mensalmente a taxa de absenteísmo das consultas com todos os médicos especialistas no CEM. |
| Fórmula                 | Nº de faltas nas consultas agendadas no mês / nº total de consultas agendadas no mês x 100           |
| Meta                    | 20%                                                                                                  |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                        |
| Parâmetros de Pontuação | 0 a 10% = 10 pontos<br>10,1 a 20% = 5 pontos<br>> 20% = não pontua                                   |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                   |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                      |

1.8.2. Indicadores Qualitativos

1.8.2.1. Proporção de satisfação dos usuários em relação ao total pesquisado

| INDICADOR 78            |                                                                                               |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar o nível de satisfação dos usuários através dos dados obtidos na pesquisa eletrônica |
| Fórmula                 | Total de resultados com conceito "ótimo" e "bom" / Total de usuários pesquisados x 100        |
| Meta                    | Mínimo de 10% de pessoas/mês                                                                  |
| Fonte                   | Relatório de pesquisa de satisfação emitido pelo totem                                        |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                          |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                            |



|                  |  |
|------------------|--|
| Pontuação Obtida |  |
|------------------|--|

1.8.2.2. Envio de relatório gerencial no prazo determinado

| INDICADOR 79            |                                                                                     |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Envio de relatório gerencial no prazo determinado                                   |
| Fórmula                 | Envio de relatórios                                                                 |
| Meta                    | Enviar relatório dentro do prazo, sendo até dia 10 de cada mês                      |
| Fonte                   | SGPI                                                                                |
| Parâmetros de Pontuação | Enviar relatório dentro do prazo = 10 pontos<br>Não enviar o relatório = não pontua |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                  |
| Pontuação Obtida        |                                                                                     |

1.9. Serviço de Atendimento Especializado (SAE)

1.9.1. Indicadores Quantitativos

1.9.1.1. Proporção de manutenções corretivas solicitadas e realizadas no SAE

| INDICADOR 80            |                                                                                            |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar as manutenções corretivas solicitadas e realizadas no SAE                        |
| Fórmula                 | $N^{\circ}$ de ordem de serviço abertas / $n^{\circ}$ de ordem de serviço resolvidas x 100 |
| Meta                    | 100%                                                                                       |
| Fonte                   |                                                                                            |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                       |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                         |
| Pontuação Obtida        |                                                                                            |

1.9.1.2. Proporção de colaboradores do SAE inscritos nas capacitações e que efetivamente compareceram

| INDICADOR 81            |                                                                                              |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Proporção de colaboradores do SAE inscritos nas capacitações e que efetivamente compareceram |
| Fórmula                 | Total de participantes / $n^{\circ}$ de colaboradores aptos à capacitação x 100              |
| Meta                    | 100%                                                                                         |
| Fonte                   | SEC                                                                                          |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                         |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                           |
| Pontuação Obtida        |                                                                                              |

1.9.1.3. Taxa de absenteísmo das consultas agendadas com Médico Infectologista no SAE

| INDICADOR 82 |                                                                                            |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo     | Monitorar mensalmente a taxa de absenteísmo das consultas com Médico Infectologista no SAE |

|                         |                                                                                            |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fórmula                 | Nº de faltas nas consultas agendadas no mês / nº total de consultas agendadas no mês x 100 |
| Meta                    | 200%                                                                                       |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico                                                                      |
| Parâmetros de Pontuação | 0 a 10% = 10 pontos<br>10,1 a 20% = 5 pontos<br>> 20% = não pontua                         |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                         |
| Pontuação Obtida        |                                                                                            |

**1.9.1.4. Proporção de consultas de profissional de nível superior na Atenção Especializada (exceto médico) – Enfermeiro**

| INDICADOR 83            |                                                                                                                                                                    |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar consulta de profissional de nível superior na Atenção Especializada (exceto médico) – Enfermeiro                                                         |
| Fórmula                 | Total de consulta de profissional de nível superior na Atenção Especializada (exceto médico) - enfermeiro / Total do mesmo procedimento determinado pela FPO x 100 |
| Meta                    | 100%                                                                                                                                                               |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                                                      |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                                                                                               |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                                                                                 |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                                                                                    |

**1.9.1.5. Proporção de consultas de profissional de nível superior na Atenção Especializada (exceto médico) – Psicólogo**

| INDICADOR 84            |                                                                                                                                                                   |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar consulta de profissional de nível superior na Atenção Especializada (exceto médico) – Psicólogo                                                         |
| Fórmula                 | Total de consulta de profissional de nível superior na Atenção Especializada (exceto médico) - psicólogo / Total do mesmo procedimento determinado pela FPO x 100 |
| Meta                    | 100%                                                                                                                                                              |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                                                     |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                                                                                              |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                                                                                |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                                                                                   |

**1.9.2. Indicadores Qualitativos**

**1.9.2.1. Proporção de satisfação dos usuários em relação ao total pesquisado**

| INDICADOR 85 |                                                                                               |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo     | Monitorar o nível de satisfação dos usuários através dos dados obtidos na pesquisa eletrônica |



|                                |                                                                                        |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Fórmula</b>                 | Total de resultados com conceito "ótimo" e "bom" / Total de usuários pesquisados x 100 |
| <b>Meta</b>                    | 100%                                                                                   |
| <b>Fonte</b>                   | Relatório de pesquisa de satisfação emitido pelo totem                                 |
| <b>Parâmetros de Pontuação</b> | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                   |
| <b>Pontuação Possível</b>      | 10                                                                                     |
| <b>Pontuação Obtida</b>        |                                                                                        |

#### 1.9.2.2. Envio de relatório gerencial no prazo determinado

| INDICADOR 86                   |                                                                                     |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objetivo</b>                | Envio de relatório gerencial no prazo determinado                                   |
| <b>Fórmula</b>                 | Envio de relatórios                                                                 |
| <b>Meta</b>                    | Enviar relatório dentro do prazo, sendo até dia 10 de cada mês                      |
| <b>Fonte</b>                   | SGPI                                                                                |
| <b>Parâmetros de Pontuação</b> | Enviar relatório dentro do prazo = 10 pontos<br>Não enviar o relatório = não pontua |
| <b>Pontuação Possível</b>      | 10                                                                                  |
| <b>Pontuação Obtida</b>        |                                                                                     |

#### 1.10. Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)

##### 1.10.1. Indicadores Quantitativos

##### 1.10.1.1. Proporção de consultas odontológicas realizadas no CEO

| INDICADOR 87                   |                                                                                                 |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objetivo</b>                | Proporção de consultas odontológicas realizadas no CEO                                          |
| <b>Fórmula</b>                 | Nº de consultas odontológicas realizadas no mês / nº total de consultas definidas na meta x 100 |
| <b>Meta</b>                    | 100%                                                                                            |
| <b>Fonte</b>                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                   |
| <b>Parâmetros de Pontuação</b> | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                            |
| <b>Pontuação Possível</b>      | 10                                                                                              |
| <b>Pontuação Obtida</b>        |                                                                                                 |

OBS: O total de consultas a serem realizadas no mês engloba a somatória dos procedimentos discriminados abaixo:

- 03.01.01.004-8 - Consulta de profissionais de nível superior na Atenção Especializada (exceto médico)
- Consultas de retorno.
- 03.01.01.015-3 - Primeira consulta odontológica programática - Primeira consulta agendada.
- 03.01.06.006-1 - Atendimento de urgência em Atenção Especializada - consultas demanda espontânea.

##### 1.10.1.2. Proporção de ação coletiva de escovação dental supervisionada

| INDICADOR 88    |                                                                                                                                                          |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objetivo</b> | Monitorar ação coletiva de escovação dental supervisionada                                                                                               |
| <b>Fórmula</b>  | Total de ações coletivas de escovação dental supervisionada / Total do mesmo procedimento determinado pela ficha de programação orçamentária (FPO) x 100 |
| <b>Meta</b>     | 100%                                                                                                                                                     |

|                         |                                                                      |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                        |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua |
| Pontuação Possível      | 10                                                                   |
| Pontuação Obtida        |                                                                      |

1.10.1.3. Proporção de raspagem corono-radicular (por sextante)

| INDICADOR 89            |                                                                                                                                                          |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar raspagem corono-radicular (por sextante)                                                                                                       |
| Fórmula                 | Total de ações coletivas de escovação dental supervisionada / Total do mesmo procedimento determinado pela ficha de programação orçamentária (FPO) x 100 |
| Meta                    | 100%                                                                                                                                                     |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                                            |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                                                                                     |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                                                                       |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                                                                          |

1.10.1.4. Proporção do total de procedimentos previstos na FPO

| INDICADOR 90            |                                                                                                                                    |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar total de procedimentos previstos na FPO                                                                                  |
| Fórmula                 | Total de procedimentos realizados no período / Total de procedimentos previstos pela ficha de programação orçamentária (FPO) x 100 |
| Meta                    | 100%                                                                                                                               |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                      |
| Parâmetros de Pontuação | 90% a 100% = 10 pontos<br>80% a 89,9% = 05 pontos<br>< 80% = não pontua                                                            |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                                                 |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                                                    |

1.10.1.5. Proporção de procedimentos básicos realizados no CEO

| INDICADOR 91            |                                                                                                                                       |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar a quantidade de procedimentos básicos realizados no CEO                                                                     |
| Fórmula                 | Nº de procedimentos odontológicos básicos realizados no mês / nº total de procedimentos odontológicos básicos definidos na meta x 100 |
| Meta                    | 100%                                                                                                                                  |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                         |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                                                                  |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                                                    |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                                                       |

1.10.1.6. Proporção de procedimentos endodônticos realizados no CEO

| INDICADOR 92            |                                                                                                                                                              |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Proporção de procedimentos endodônticos realizados no CEO                                                                                                    |
| Fórmula                 | $\frac{\text{Nº de procedimentos endodônticos realizados no mês}}{\text{nº total de procedimentos odontológicos endodônticos definidos na meta}} \times 100$ |
| Meta                    | 100%                                                                                                                                                         |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                                                |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                                                                                         |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                                                                           |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                                                                              |

1.10.1.7. Proporção de procedimentos cirúrgicos realizados no CEO

| INDICADOR 93            |                                                                                                                                                             |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar o número de procedimentos cirúrgicos realizados no CEO                                                                                            |
| Fórmula                 | $\frac{\text{Nº de procedimentos de Cirurgia Oral realizados no mês}}{\text{nº total de procedimentos odontológicos básicos definidos na meta}} \times 100$ |
| Meta                    | 100%                                                                                                                                                        |
| Fonte                   | Prontuário Eletrônico e e-SUS                                                                                                                               |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                                                                                        |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                                                                          |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                                                                             |

1.10.1.8. Proporção de manutenções corretivas solicitadas e realizadas no CEO

| INDICADOR 94            |                                                                                                     |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar o número de manutenções corretivas solicitadas e realizadas no CEO                        |
| Fórmula                 | $\frac{\text{Nº de ordem de serviço abertas}}{\text{nº de ordem de serviço resolvidas}} \times 100$ |
| Meta                    | 100%                                                                                                |
| Fonte                   |                                                                                                     |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                                |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                                  |
| Pontuação Obtida        |                                                                                                     |

1.10.1.9. Proporção de colaboradores inscritos nas capacitações e que efetivamente compareceram

| INDICADOR 95 |                                                                                                   |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo     | Proporção de colaboradores inscritos nas capacitações e que efetivamente compareceram             |
| Fórmula      | $\frac{\text{Total de participantes}}{\text{nº de colaboradores aptos à capacitação}} \times 100$ |
| Meta         | 100%                                                                                              |
| Fonte        | SEC                                                                                               |

|                         |                                                                   |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Parâmetros de Pontuação | < 80% = não pontua 80 a 89,9% = 5 pontos<br>90 a 100% = 10 pontos |
| Pontuação Possível      | 10                                                                |
| Pontuação Obtida        |                                                                   |

#### 1.10.2. Indicadores Qualitativos

##### 1.10.2.1. Proporção de satisfação dos usuários em relação ao total pesquisado

| INDICADOR 96            |                                                                                               |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Monitorar o nível de satisfação dos usuários através dos dados obtidos na pesquisa eletrônica |
| Fórmula                 | Total de resultados com conceito "ótimo" e "bom" / Total de usuários pesquisados x 100        |
| Meta                    | Mínimo de 10% de pessoas/mês                                                                  |
| Fonte                   | Relatório de pesquisa de satisfação emitido pelo tóten                                        |
| Parâmetros de Pontuação | 90 a 100% = 10 pontos<br>80 a 89,9% = 5 pontos<br>< 80% = não pontua                          |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                            |
| Pontuação Obtida        |                                                                                               |

##### 1.10.3. Envio de relatório gerencial no prazo determinado

| INDICADOR 97            |                                                                                     |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                | Envio de relatório gerencial no prazo determinado                                   |
| Fórmula                 | Envio de relatórios                                                                 |
| Meta                    | Enviar relatório dentro do prazo, sendo até dia 10 de cada mês                      |
| Fonte                   | SGPI                                                                                |
| Parâmetros de Pontuação | Enviar relatório dentro do prazo = 10 pontos<br>Não enviar o relatório = não pontua |
| Pontuação Possível      | 10                                                                                  |
| Pontuação Obtida        |                                                                                     |

## 2. PONTUAÇÃO

Segue descrição das pontuações relacionadas a cada serviço de acordo com a nova proposta dos indicadores:

| SERVIÇOS                                         |         | QUANTIDADE DE INDICADORES |              | PONTUAÇÃO MÁXIMA  |
|--------------------------------------------------|---------|---------------------------|--------------|-------------------|
|                                                  |         | QUANTITATIVOS             | QUALITATIVOS |                   |
| ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (*14 Unidades de Saúde) |         | 18                        | 2            | 200 x 14* = 2.800 |
| UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA                 |         | 5                         | 3            | 80                |
| SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL                         | CAPS AD | 9                         | 2            | 110               |
|                                                  | CAPS II | 8                         | 2            | 100               |
|                                                  | CAPS I  | 8                         | 2            | 100               |
|                                                  | e-MAESM | 9                         | 2            | 110               |

|                       |     |    |    |       |
|-----------------------|-----|----|----|-------|
| ATENÇÃO ESPECIALIZADA | CEM | 17 | 2  | 190   |
|                       | SAE | 5  | 2  | 70    |
|                       | CEO | 9  | 2  | 110   |
| TOTAL                 |     | 88 | 19 | 3.670 |

**OBSERVAÇÃO:** Cada indicador possui pontuação máxima de 10 pontos, o que possibilita atingir 3.670 pontos possíveis considerando todas as Unidades de Saúde e Serviços.



No que diz respeito às Informações sobre as áreas de atuação, a proponente deve apresentar o quadro de pessoal com a quantificação exigida pela CONTRATANTE.

| Nível de Atenção         | Unidade de Saúde                    | Descrição da Função                  | Quantidade de profissionais | Carga Horária Semanal |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Atenção Primária à Saúde | Academia da Saúde                   | Educador Físico                      | 1                           | 40 horas              |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. João Batista Nogueira Bueno | Médico Clínico                       | 1                           | 40 horas              |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. João Batista Nogueira Bueno | Enfermeiro Responsável               | 1                           | 40 horas              |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. João Batista Nogueira Bueno | Técnico de Enfermagem                | 4                           | 40 horas              |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. João Batista Nogueira Bueno | Auxiliar Administrativo              | 2                           | 40 horas              |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. João Batista Nogueira Bueno | Auxiliar de Serviços Gerais          | 1                           | 40 horas              |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. João Batista Nogueira Bueno | Auxiliar de Consultório Odontológico | 1                           | 40 horas              |
| Atenção Primária à Saúde | USF Maria Gabriela Junqueira Vallim | Médico Clínico                       | 1                           | 40 horas              |
| Atenção Primária à Saúde | USF Maria Gabriela Junqueira Vallim | Enfermeiro Responsável               | 1                           | 40 horas              |
| Atenção Primária à Saúde | USF Maria Gabriela Junqueira Vallim | Técnico de Enfermagem                | 4                           | 40 horas              |
| Atenção Primária à Saúde | USF Maria Gabriela Junqueira Vallim | Auxiliar Administrativo              | 2                           | 40 horas              |
| Atenção Primária à Saúde | USF Maria Gabriela Junqueira Vallim | Auxiliar de Serviços Gerais          | 1                           | 40 horas              |
| Atenção Primária à Saúde | USF Maria Gabriela Junqueira Vallim | Dentista                             | 1                           | 40 horas              |
| Atenção Primária à Saúde | USF Maria Gabriela Junqueira Vallim | Auxiliar de Consultório Odontológico | 1                           | 40 horas              |
| Atenção Primária à Saúde | UBS Dr. Paulo Roberto Sorci         | Médico Clínico                       | 1                           | 40 horas              |
| Atenção Primária à Saúde | UBS Dr. Paulo Roberto Sorci         | Enfermeiro Responsável               | 1                           | 40 horas              |
| Atenção Primária à Saúde | UBS Dr. Paulo Roberto Sorci         | Técnico de Enfermagem                | 1                           | 40 horas              |
| Atenção Primária à Saúde | UBS Dr. Paulo Roberto Sorci         | Auxiliar Administrativo              | 1                           | 40 horas              |
| Atenção Primária à Saúde | UBS Dr. Paulo Roberto Sorci         | Auxiliar de Serviços Gerais          | 1                           | 40 horas              |
| Atenção Primária à Saúde | UBS Dr. Paulo Roberto Sorci         | Auxiliar de Consultório Odontológico | 1                           | 40 horas              |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Ermelindo Adolpho Arrigucci | Médico Clínico                       | 2                           | 40 horas              |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Ermelindo Adolpho Arrigucci | Enfermeiro Responsável               | 2                           | 40 horas              |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Ermelindo Adolpho Arrigucci | Técnico de Enfermagem                | 6                           | 40 horas              |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Ermelindo Adolpho Arrigucci | Auxiliar Administrativo              | 3                           | 40 horas              |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Ermelindo Adolpho Arrigucci | Auxiliar de Serviços Gerais          | 1                           | 40 horas              |



|                          |                                      |                                      |   |          |
|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|----------|
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Ermelindo Adolpho Arrigucci  | Dentista                             | 1 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Ermelindo Adolpho Arrigucci  | Auxiliar de Consultório Odontológico | 1 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Raul de Oliveira Andrade     | Enfermeiro Responsável               | 2 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Raul de Oliveira Andrade     | Técnico de Enfermagem                | 6 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Raul de Oliveira Andrade     | Auxiliar Administrativo              | 3 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Raul de Oliveira Andrade     | Auxiliar de Serviços Gerais          | 1 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Raul de Oliveira Andrade     | Dentista                             | 1 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Raul de Oliveira Andrade     | Auxiliar de Consultório Odontológico | 1 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Antenor José Bernardes       | Médico Clínico                       | 2 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Antenor José Bernardes       | Enfermeiro Responsável               | 2 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Antenor José Bernardes       | Técnico de Enfermagem                | 6 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Antenor José Bernardes       | Auxiliar Administrativo              | 3 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Antenor José Bernardes       | Auxiliar de Serviços Gerais          | 1 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Antenor José Bernardes       | Dentista                             | 1 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Antenor José Bernardes       | Auxiliar de Consultório Odontológico | 1 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Geraldo Pradella             | Enfermeiro Responsável               | 2 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Geraldo Pradella             | Técnico de Enfermagem                | 6 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Geraldo Pradella             | Auxiliar Administrativo              | 3 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Geraldo Pradella             | Auxiliar de Serviços Gerais          | 1 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Geraldo Pradella             | Dentista                             | 1 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Geraldo Pradella             | Auxiliar de Consultório Odontológico | 1 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Sebastião José Rodrigues     | Enfermeiro Responsável               | 2 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Sebastião José Rodrigues     | Técnico de Enfermagem                | 6 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Sebastião José Rodrigues     | Auxiliar Administrativo              | 3 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Sebastião José Rodrigues     | Auxiliar de Serviços Gerais          | 1 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Sebastião José Rodrigues     | Dentista                             | 1 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Sebastião José Rodrigues     | Auxiliar de Consultório Odontológico | 1 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | UBS Dr. Acidino de Andrade           | Técnico Enfermagem                   | 2 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | UBS Dr. Acidino de Andrade           | Auxiliar Administrativo              | 3 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | UBS Dr. Amado Gonçalves dos Santos   | Médico Clínico                       | 1 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | UBS Dr. Amado Gonçalves dos Santos   | Técnico de Enfermagem                | 1 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | UBS Dr. Amado Gonçalves dos Santos   | Auxiliar Administrativo              | 1 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | UBS Dr. Amado Gonçalves dos Santos   | Auxiliar de Serviços Gerais          | 1 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Alexis Hakin                 | Médico Clínico                       | 2 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Alexis Hakin                 | Enfermeiro Responsável               | 3 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Alexis Hakin                 | Técnico de Enfermagem                | 8 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Alexis Hakin                 | Auxiliar Administrativo              | 4 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Alexis Hakin                 | Auxiliar de Serviços Gerais          | 1 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Alexis Hakin                 | Dentista                             | 1 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Alexis Hakin                 | Auxiliar de Consultório Odontológico | 1 | 40 horas |
| Atenção Primária à Saúde | USF Dr. Benedito Carlos Rocha Westin | Médico Clínico                       | 1 | 40 horas |

|                                   |                                          |                                                                          |   |           |
|-----------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---|-----------|
| Atenção Primária à Saúde          | USF Dr. Benedito Carlos Rocha Westin     | Enfermeiro Responsável                                                   | 3 | 40 horas  |
| Atenção Primária à Saúde          | USF Dr. Benedito Carlos Rocha Westin     | Técnico de Enfermagem                                                    | 8 | 40 horas  |
| Atenção Primária à Saúde          | USF Dr. Benedito Carlos Rocha Westin     | Auxiliar Administrativo                                                  | 4 | 40 horas  |
| Atenção Primária à Saúde          | USF Dr. Benedito Carlos Rocha Westin     | Auxiliar de Serviços Gerais                                              | 2 | 40 horas  |
| Atenção Primária à Saúde          | USF Dr. Benedito Carlos Rocha Westin     | Dentista                                                                 | 2 | 40 horas  |
| Atenção Primária à Saúde          | USF Dr. Benedito Carlos Rocha Westin     | Auxiliar de Consultório Odontológico                                     | 2 | 40 horas  |
| Atenção Primária à Saúde          | UBS Dr. Delvo de Oliveira Westin         | Médico Clínico                                                           | 2 | 40 horas  |
| Atenção Primária à Saúde          | UBS Dr. Delvo de Oliveira Westin         | Enfermeiro Responsável                                                   | 3 | 40 horas  |
| Atenção Primária à Saúde          | UBS Dr. Delvo de Oliveira Westin         | Técnico de Enfermagem                                                    | 8 | 40 horas  |
| Atenção Primária à Saúde          | UBS Dr. Delvo de Oliveira Westin         | Auxiliar Administrativo                                                  | 4 | 40 horas  |
| Atenção Primária à Saúde          | UBS Dr. Delvo de Oliveira Westin         | Auxiliar de Serviços Gerais                                              | 1 | 40 horas  |
| Atenção Primária à Saúde          | UBS Dr. Delvo de Oliveira Westin         | Dentista                                                                 | 1 | 40 horas  |
| Atenção Primária à Saúde          | UBS Dr. Delvo de Oliveira Westin         | Auxiliar de Consultório Odontológico                                     | 1 | 40 horas  |
| Atenção Primária à Saúde          | UBS Dr. Paulo Emílio de Oliveira Azevedo | Médico Clínico                                                           | 2 | 40 horas  |
| Atenção Primária à Saúde          | UBS Dr. Paulo Emílio de Oliveira Azevedo | Médico Clínico (Saúde na Hora)                                           | 1 | 40 horas  |
| Atenção Primária à Saúde          | UBS Dr. Paulo Emílio de Oliveira Azevedo | Enfermeiro Responsável                                                   | 2 | 40 horas  |
| Atenção Primária à Saúde          | UBS Dr. Paulo Emílio de Oliveira Azevedo | Enfermeiro Responsável (Saúde na Hora)                                   | 1 | 40 horas  |
| Atenção Primária à Saúde          | UBS Dr. Paulo Emílio de Oliveira Azevedo | Técnico de Enfermagem                                                    | 7 | 40 horas  |
| Atenção Primária à Saúde          | UBS Dr. Paulo Emílio de Oliveira Azevedo | Técnico de Enfermagem (Saúde na Hora)                                    | 1 | 40 horas  |
| Atenção Primária à Saúde          | UBS Dr. Paulo Emílio de Oliveira Azevedo | Auxiliar Administrativo                                                  | 3 | 40 horas  |
| Atenção Primária à Saúde          | UBS Dr. Paulo Emílio de Oliveira Azevedo | Auxiliar Administrativo (Saúde na Hora)                                  | 1 | 40 horas  |
| Atenção Primária à Saúde          | UBS Dr. Paulo Emílio de Oliveira Azevedo | Auxiliar de Serviços Gerais                                              | 1 | 40 horas  |
| Atenção Primária à Saúde          | UBS Dr. Paulo Emílio de Oliveira Azevedo | Dentista                                                                 | 2 | 40 horas  |
| Atenção Primária à Saúde          | UBS Dr. Paulo Emílio de Oliveira Azevedo | Auxiliar de Consultório Odontológico                                     | 2 | 40 horas  |
| Serviços de Atenção Especializada | Pediatria e Ginecologia                  | Pediatria (distribuição da carga horária conforme demanda por Unidade)   | 1 | 250 horas |
| Serviços de Atenção Especializada | Pediatria e Ginecologia                  | Ginecologia (distribuição da carga horária conforme demanda por Unidade) | 1 | 280 horas |
| Serviços de Atenção Especializada | Centro de Especialidades Médicas – CEM   | Técnico de Enfermagem                                                    | 6 | 40 horas  |
| Serviços de Atenção Especializada | Centro de Especialidades Médicas – CEM   | Auxiliar de Serviços Gerais                                              | 1 | 40 horas  |
| Serviços de Atenção               | Centro de Especialidades Médicas         | Auxiliar Administrativo                                                  | 3 | 40 horas  |

|                                   |                                            |                                  |   |          |
|-----------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------|---|----------|
| Especializada                     | – CEM                                      |                                  |   |          |
| Serviços de Atenção Especializada | Centro de Especialidades Médicas – CEM     | Médico Cirurgião Vascular        | 1 | 20 horas |
| Serviços de Atenção Especializada | Centro de Especialidades Médicas – CEM     | Médico Cardiologista             | 1 | 20 horas |
| Serviços de Atenção Especializada | Centro de Especialidades Médicas – CEM     | Médico Dermatologista            | 1 | 20 horas |
| Serviços de Atenção Especializada | Centro de Especialidades Médicas – CEM     | Médico Endocrinologista          | 1 | 20 horas |
| Serviços de Atenção Especializada | Centro de Especialidades Médicas – CEM     | Médico Gastroenterologista       | 1 | 20 horas |
| Serviços de Atenção Especializada | Centro de Especialidades Médicas – CEM     | Médico Reumatologista            | 1 | 20 horas |
| Serviços de Atenção Especializada | Centro de Especialidades Médicas – CEM     | Médico Neurologista              | 1 | 20 horas |
| Serviços de Atenção Especializada | Centro de Especialidades Médicas – CEM     | Médico Oftalmologista            | 2 | 20 horas |
| Serviços de Atenção Especializada | Centro de Especialidades Médicas – CEM     | Médico Ortopedista               | 1 | 20 horas |
| Serviços de Atenção Especializada | Centro de Especialidades Médicas – CEM     | Médico Otorrinolaringologista    | 1 | 20 horas |
| Serviços de Atenção Especializada | Centro de Especialidades Médicas – CEM     | Médico Urologista                | 1 | 20 horas |
| Serviços de Atenção Especializada | Centro de Especialidades Odontológicas     | Dentista – Responsável Técnico   | 1 | 40 horas |
| Serviços de Atenção Especializada | Centro de Especialidades Odontológicas     | Dentista – Cirurgião Buco Maxilo | 1 | 20 horas |
| Serviços de Atenção Especializada | Centro de Especialidades Odontológicas     | Cirurgião Dentista               | 1 | 40 horas |
| Serviços de Atenção Especializada | Centro de Especialidades Odontológicas     | Auxiliar Administrativo          | 2 | 40 horas |
| Serviços de Atenção Especializada | Centro de Especialidades Odontológicas     | Auxiliar de Consultório Dentário | 1 | 40 horas |
| Serviços de Atenção Especializada | SAE – Serviço de Atendimento Especializado | Auxiliar Administrativo          | 1 | 40 horas |
| Serviços de Atenção Especializada | SAE – Serviço de Atendimento Especializado | Técnico de Enfermagem            | 2 | 40 horas |
| Serviços de Atenção Especializada | SAE – Serviço de Atendimento Especializado | Médico Infectologista            | 1 | 20 horas |
| Serviços de Atenção Especializada | SAE – Serviço de Atendimento Especializado | Nutricionista                    | 1 | 40 horas |
| Serviços de Atenção Especializada | SAE – Serviço de Atendimento Especializado | Fonoaudiólogo                    | 1 | 40 horas |
| Serviços de Atenção Especializada | FarmaSUS                                   | Farmacêutica                     | 1 | 36 horas |
| Serviços de Atenção Especializada | FarmaSUS                                   | Atendente de Farmácia            | 2 | 40 horas |
| Serviços de Atenção Especializada | SAD – Serviço de Atendimento Domiciliar    | Médico Clínico                   | 1 | 40 horas |
| Serviços de Atenção Especializada | SAD – Serviço de Atendimento Domiciliar    | Enfermeiro                       | 1 | 40 horas |
| Serviços de Atenção Especializada | SAD – Serviço de Atendimento Domiciliar    | Fisioterapeuta                   | 2 | 20 horas |

|                                   |                                          |                                  |   |          |
|-----------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------|---|----------|
| Serviços de Atenção Especializada | SAD – Serviço de Atendimento Domiciliar  | Técnico de Enfermagem            | 2 | 40 horas |
| Serviços de Saúde Mental          | Ambulatório de Saúde Mental - eMAESM     | Enfermeiro Responsável           | 1 | 40 horas |
| Serviços de Saúde Mental          | Ambulatório de Saúde Mental - eMAESM     | Médico Psiquiatra                | 2 | 20 horas |
| Serviços de Saúde Mental          | Ambulatório de Saúde Mental - eMAESM     | Médico Clínico (Programa Tabaco) | 1 | 04 horas |
| Serviços de Saúde Mental          | Ambulatório de Saúde Mental - eMAESM     | Psicólogo                        | 5 | 30 horas |
| Serviços de Saúde Mental          | Ambulatório de Saúde Mental - eMAESM     | Assistente Social                | 1 | 30 horas |
| Serviços de Saúde Mental          | Ambulatório de Saúde Mental - eMAESM     | Farmacêutico                     | 1 | 04 horas |
| Serviços de Saúde Mental          | Ambulatório de Saúde Mental - eMAESM     | Técnico de Enfermagem            | 2 | 40 horas |
| Serviços de Saúde Mental          | Ambulatório de Saúde Mental - eMAESM     | Auxiliar Administrativo          | 2 | 40 horas |
| Serviços de Saúde Mental          | Ambulatório de Saúde Mental - eMAESM     | Auxiliar de Serviços Gerais      | 1 | 40 horas |
| Serviços de Saúde Mental          | Ambulatório de Saúde Mental - eMAESM     | Controlador de Acesso            | 1 | 40 horas |
| Serviços de Saúde Mental          | CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial | Enfermeiro Responsável           | 1 | 40 horas |
| Serviços de Saúde Mental          | CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial | Médico Psiquiatra                | 1 | 20 horas |
| Serviços de Saúde Mental          | CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial | Psicólogo                        | 2 | 30 horas |
| Serviços de Saúde Mental          | CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial | Educador Físico                  | 1 | 40 horas |
| Serviços de Saúde Mental          | CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial | Terapeuta Ocupacional            | 1 | 30 horas |
| Serviços de Saúde Mental          | CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial | Assistente Social                | 1 | 30 horas |
| Serviços de Saúde Mental          | CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial | Farmacêutico                     | 1 | 16 horas |
| Serviços de Saúde Mental          | CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial | Técnico de Enfermagem            | 1 | 40 horas |
| Serviços de Saúde Mental          | CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial | Auxiliar Administrativo          | 1 | 40 horas |
| Serviços de Saúde Mental          | CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial | Auxiliar de Serviços Gerais      | 1 | 40 horas |
| Serviços de Saúde Mental          | CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial | Cuidador de Saúde                | 4 | 40 horas |
| Serviços de Saúde Mental          | CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial | Controlador de Acesso            | 1 | 40 horas |
| Serviços de Saúde Mental          | CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial | Enfermeiro Responsável           | 1 | 40 horas |
| Serviços de Saúde Mental          | CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial | Médico Clínico                   | 1 | 08 horas |
| Serviços de Saúde Mental          | CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial | Médico Psiquiatra                | 1 | 20 horas |
| Serviços de Saúde Mental          | CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial | Psicólogo                        | 1 | 30 horas |

|                               |                                                    |                                       |   |          |
|-------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------|---|----------|
|                               | Psicossocial                                       |                                       |   |          |
| Serviços de Saúde Mental      | CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial           | Terapeuta Ocupacional                 | 1 | 30 horas |
| Serviços de Saúde Mental      | CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial           | Assistente Social                     | 1 | 30 horas |
| Serviços de Saúde Mental      | CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial           | Educador Físico                       | 1 | 40 horas |
| Serviços de Saúde Mental      | CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial           | Farmacêutico                          | 1 | 16 horas |
| Serviços de Saúde Mental      | CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial           | Técnico de Enfermagem                 | 2 | 40 horas |
| Serviços de Saúde Mental      | CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial           | Auxiliar Administrativo               | 1 | 40 horas |
| Serviços de Saúde Mental      | CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial           | Auxiliar de Serviços Gerais           | 1 | 40 horas |
| Serviços de Saúde Mental      | CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial           | Cuidador de Saúde                     | 4 | 40 horas |
| Serviços de Saúde Mental      | CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial           | Controlador de Acesso                 | 1 | 40 horas |
| Serviços de Saúde Mental      | CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial - infantil | Enfermeiro Responsável                | 1 | 40 horas |
| Serviços de Saúde Mental      | CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial - infantil | Médico Neuropediatra                  | 1 | 12 horas |
| Serviços de Saúde Mental      | CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial - infantil | Médico Psiquiatra                     | 1 | 20 horas |
| Serviços de Saúde Mental      | CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial - infantil | Psicólogo                             | 3 | 30 horas |
| Serviços de Saúde Mental      | CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial - infantil | Fonoaudiólogo                         | 1 | 40 horas |
| Serviços de Saúde Mental      | CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial - infantil | Psicopedagogo                         | 1 | 40 horas |
| Serviços de Saúde Mental      | CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial - infantil | Farmacêutico                          | 1 | 08 horas |
| Serviços de Saúde Mental      | CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial - infantil | Terapeuta Ocupacional                 | 1 | 30 horas |
| Serviços de Saúde Mental      | CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial - infantil | Assistente Social                     | 1 | 30 horas |
| Serviços de Saúde Mental      | CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial - infantil | Educador Físico                       | 1 | 40 horas |
| Serviços de Saúde Mental      | CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial - infantil | Técnico de Enfermagem                 | 2 | 40 horas |
| Serviços de Saúde Mental      | CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial - infantil | Auxiliar Administrativo               | 1 | 40 horas |
| Serviços de Saúde Mental      | CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial - infantil | Auxiliar de Serviços Gerais           | 1 | 40 horas |
| Serviços de Saúde Mental      | CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial - infantil | Cuidador de Saúde                     | 5 | 40 horas |
| Serviços de Saúde Mental      | CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial - infantil | Controlador de Acesso                 | 1 | 40 horas |
| Unidade de Pronto Atendimento | UPA 24h                                            | Enfermeiro Coordenador Administrativo | 1 | 40 horas |
| Unidade de Pronto Atendimento | UPA 24h                                            | Enfermeiro Responsável Técnico        | 1 | 40 horas |



|                               |         |                                      |    |                           |
|-------------------------------|---------|--------------------------------------|----|---------------------------|
| Unidade de Pronto Atendimento | UPA 24h | Enfermeiro Assistencial              | 4  | 12x36 horas diurno        |
| Unidade de Pronto Atendimento | UPA 24h | Enfermeiro Assistencial              | 4  | 12x36 horas noturno       |
| Unidade de Pronto Atendimento | UPA 24h | Enfermeiro Assistencial Folguista    | 1  | 12x36 horas diurno        |
| Unidade de Pronto Atendimento | UPA 24h | Enfermeiro Assistencial Folguista    | 1  | 12x36 horas noturno       |
| Unidade de Pronto Atendimento | UPA 24h | Assistente Social                    | 1  | 30 horas (08 às 14 horas) |
| Unidade de Pronto Atendimento | UPA 24h | Assistente Social                    | 1  | 30 horas (14 às 20 horas) |
| Unidade de Pronto Atendimento | UPA 24h | Farmacêutico Responsável Técnico     | 1  | 40 horas                  |
| Unidade de Pronto Atendimento | UPA 24h | Médico Diretor Técnico               | 1  | 40 horas                  |
| Unidade de Pronto Atendimento | UPA 24h | Médico Clínico                       | 3  | 12x36 horas diurno        |
| Unidade de Pronto Atendimento | UPA 24h | Médico Clínico                       | 2  | 12x36 horas noturno       |
| Unidade de Pronto Atendimento | UPA 24h | Médico Clínico entre períodos        | 1  | 6h/noturno – 19h à 01h    |
| Unidade de Pronto Atendimento | UPA 24h | Médico Pediatra                      | 1  | 12x36 horas diurno        |
| Unidade de Pronto Atendimento | UPA 24h | Médico Pediatra                      | 1  | 12x36 horas noturno       |
| Unidade de Pronto Atendimento | UPA 24h | Técnico de Enfermagem                | 18 | 12x36 horas diurno        |
| Unidade de Pronto Atendimento | UPA 24h | Técnico de Enfermagem                | 18 | 12x36 horas noturno       |
| Unidade de Pronto Atendimento | UPA 24h | Atendente de Farmácia                | 2  | 12x36 horas diurno        |
| Unidade de Pronto Atendimento | UPA 24h | Atendente de Farmácia                | 2  | 12x36 horas noturno       |
| Unidade de Pronto Atendimento | UPA 24h | Atendente de Farmácia Folguista      | 1  | 12x36 horas               |
| Unidade de Pronto Atendimento | UPA 24h | Auxiliar Administrativo              | 2  | 40 horas                  |
| Unidade de Pronto Atendimento | UPA 24h | Auxiliar de Serviços Gerais          | 4  | 12x36 horas diurno        |
| Unidade de Pronto Atendimento | UPA 24h | Auxiliar de Serviços Gerais          | 4  | 12x36 horas noturno       |
| Unidade de Pronto Atendimento | UPA 24h | Auxiliar de Consultório Odont. – CME | 1  | 40 horas                  |
| Unidade de Pronto Atendimento | UPA 24h | Motorista                            | 2  | 12x36 horas diurno        |
| Unidade de Pronto Atendimento | UPA 24h | Motorista                            | 2  | 12x36 horas noturno       |
| Unidade de Pronto Atendimento | UPA 24h | Motorista Folguista                  | 1  | 12x36 horas               |
| Unidade de Pronto Atendimento | UPA 24h | Controlador de Acesso                | 2  | 12x36 horas diurno        |
| Unidade de Pronto Atendimento | UPA 24h | Controlador de Acesso                | 2  | 12x36 horas               |



|                               |            |                                                        |   |                     |
|-------------------------------|------------|--------------------------------------------------------|---|---------------------|
| Atendimento                   |            |                                                        |   | noturno             |
| Unidade de Pronto Atendimento | UPA 24h    | Controlador de acesso Folguista                        | 1 | 12x36 horas         |
| Unidade de Pronto Atendimento | UPA 24h    | Recepcionista                                          | 4 | 12x36 horas diurno  |
| Unidade de Pronto Atendimento | UPA 24h    | Recepcionista                                          | 4 | 12x36 horas noturno |
| Unidade de Pronto Atendimento | UPA 24h    | Recepcionista Folguista                                | 1 | 12x36 horas         |
| Escritório e Rede Municipal   | Escritório | Gerente Geral do Convênio                              | 1 | 40 horas            |
| Escritório e Rede Municipal   | Escritório | Coordenador Administrativo da Atenção Primária à Saúde | 1 | 40 horas            |
| Escritório e Rede Municipal   | Escritório | Coordenador Administrativo da Saúde Mental             | 1 | 40 horas            |
| Escritório e Rede Municipal   | Escritório | Coordenador Administrativo da Média Complexidade       | 1 | 40 horas            |
| Escritório e Rede Municipal   | Escritório | Responsável Técnico da Atenção Primária à Saúde        | 1 | 40 horas            |
| Escritório e Rede Municipal   | Escritório | Controlador de Finanças                                | 1 | 40 horas            |
| Escritório e Rede Municipal   | Escritório | Auxiliar Administrativo                                | 2 | 40 horas            |
| Escritório e Rede Municipal   | Escritório | Psicólogo Organizacional                               | 1 | 40 horas            |
| Escritório e Rede Municipal   | Escritório | Motorista                                              | 2 | 40 horas            |
| Escritório e Rede Municipal   | Escritório | Responsável de Manutenção*                             | 1 | 40 horas            |
| Escritório e Rede Municipal   | Escritório | Auxiliar de Manutenção*                                | 3 | 40 horas            |

## Ações a serem desenvolvidas visando concretizar os objetivos estabelecidos pela proponente

### Ações para Gestão da UPA – Unidade de Pronto Atendimento

Com a Unidade de Pronto Atendimento UPA 24 Horas, a população tem uma melhoria no acesso, um aumento da capacidade de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). A UPA oferece estrutura simplificada, com serviços de apoio diagnóstico (SADT): Raio-X, Eletrocardiografia, Exames de Laboratório Clínico, Leitos para Observação, Sala de Emergência, Salas para: medicação, inalação, sutura, curativos, imobilização gessada, conforme o caso, e consultórios para o Pronto Atendimento. Se necessário o paciente poderá ser encaminhado para rede de saúde, para realização de procedimento de alta complexidade.

Unidade de Pronto Atendimento funcionará 24 horas por dia, sete dias por semana, e poderá atender grande parte das urgências e emergências, prestando atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e presta o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o referenciamento dos pacientes que necessitarem de atendimento.

A Unidade de Pronto Atendimento manterá pacientes em observação por no máximo 24 horas, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e encaminhará aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas com garantia da continuidade do cuidado para internação em serviços de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial.

#### - DO ATENDIMENTO NA UPA 24 Horas.

A Unidade de Pronto Atendimento irá:



- Realizar atendimento por livre demanda de todos os indivíduos ou por meio de Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência (SAU, Corpo de Bombeiros), independentemente da linha de cuidado (faixa etária) ou situação de vida (portadores de doenças crônicas, infectocontagiosas, necessidades especiais, pessoas em situação de rua etc.).
- Responsabilizar-se pela realização de todos os procedimentos de urgência, emergência e eletivos, incluindo avaliação, atendimento, orientação e demais competências do médico clínico geral, pediatra, enfermeiros, técnicos de enfermagem e demais membros da equipe.
- Efetuar atendimentos e procedimentos multidisciplinares na área de clínica médica, de enfermagem e multiprofissional adequados aos casos demandados à unidade, a partir do acolhimento com classificação de risco.

A UPA 24h conforme descrição na Portaria nº 10 de 3 de janeiro de 2017:

*Art. 2º, inciso I - "estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, articulado com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, a Atenção Domiciliar, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da RAU";*

*Art. 3º "São diretrizes da UPA 24h: I - funcionamento ininterrupto 24 (vinte e quatro) horas e em todos os dias da semana, incluindo feriados e pontos facultativos; II - Equipe Assistencial Multiprofissional com quantitativo de profissionais compatível com a necessidade de atendimento com qualidade, considerando a operacionalização do serviço, o tempo - resposta, a garantia do acesso ao paciente e o custo-efetividade, em conformidade com a necessidade da Rede de Atenção à Saúde - RAS e as normativas vigentes, inclusive as resoluções dos conselhos de classe profissional; III - acolhimento; e IV - classificação de risco".*

Por excelência é o garantidor primário, pelo atendimento de urgências e emergências, guiado por profissionais especializados ou experientes em medicina de urgência, dedicados ao salvamento dos usuários em estado, condição ou situação de risco, de prontidão 24 (vinte e quatro) horas por dia, 07 (sete) dias por semana, sem absolutamente nenhuma interrupção de atuação, sob nenhuma hipótese, garantindo ainda a assistência e a observação de seus usuários por até 24 (vinte e quatro) horas,



orientada para o atendimento resolutivo, pronto e diligente, aos usuários acometidos por doenças agudas ou crônicas em estados agudos.

São considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam disponibilizados pelo Serviço de Urgência/Emergência da unidade a usuários que procurem tal atendimento, sejam de forma espontânea ou encaminhada de forma referenciada, através das unidades municipais de saúde e municípios que referenciam para São João da Boa Vista, obedecendo à lógica da classificação de risco. Sendo a unidade do tipo "porta aberta", ela deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda espontânea da população e aos casos que lhe forem encaminhados, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

Irá conter processo de acolhimento com Classificação de Risco funcionando 24 horas - considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, estabelecendo o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento em sala específica para tal atividade e garantindo atendimento ordenado de acordo com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso.

A UPA 24h, também é o garantidor primário, por excelência, da retaguarda, a qualquer tempo do dia ou da noite, às UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA e ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE MÉDIA COMPLEXIDADE, especialmente ao longo da noite e nos finais de semana quando estas outras UNIDADES DE SAÚDE não estão ativas (Portaria nº 10/2017 - Art. 5º).

Caracteriza-se pela articulação ágil com todas as UNIDADES DE SAÚDE e apoio diagnóstico e terapêutico, estabelecendo fluxo diligente de referência e contrarreferência, proporcionando continuidade aos tratamentos em geral, e, especialmente, aos quadros crônicos degenerativos. Caracteriza-se também a UPA 24h pela disposição permanente, em contínuo estado de atenção, de AMBULÂNCIA DE SUPORTE BÁSICO "tipo B".

As ações das UPA 24h deverão fazer parte do planejamento da Rede de Atenção às Urgências - RAU, a qual se encontra vinculada, bem como incluídas no Plano de Ação Regional da RAU, conforme Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011.

- Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à Unidade, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, todos os dias do ano.

- Acolhimento com Classificação de Risco - A Portaria GM/MS Nº 1.600/2011 Artigo 3 “O acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências - RAU e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção”. O acolhimento com classificação de risco deverá funcionar 24 horas por dia, durante todo o ano, seguindo o Protocolo de Manchester, validado internacionalmente, com tempo de espera preconizado por ele.

- Observação Clínica - A observação compreende a prestação de assistência à saúde no período máximo de 24 horas, oferecendo atendimento assistencial integral necessário para obter o diagnóstico e resolver as queixas do paciente com o emprego de terapêuticas necessárias. Após as 24 horas de observação com realização de exames e terapêutica, caso o diagnóstico não tenha sido elucidado ou a queixa resolvida, o paciente deverá ser encaminhado, através da retaguarda municipal que é a Santa Casa de São João da Boa Vista ou sistema de regulação que permita a transferência de pacientes.

No período de observação, estão incluídos:

- a. Tratamento de possíveis complicações que venham a ocorrer;
- b. Tratamento farmacoterapêutico necessário, de acordo com a padronização da UPA 24h – aprovada pela Comissão de Farmácia, Diagnóstico e Terapêutico - CFDT, RENAME Federal e Relação de Medicamentos Padronizada pelo SUS – São João da Boa Vista - REMUME;
- c. Cuidados e procedimentos assistenciais necessários ao paciente;
- d. Assistência nutricional necessária durante o período de observação;
- e. Direito a acompanhante durante o período de observação, conforme legislação vigente (as normas que estabelecem o direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o Sistema Único de Saúde – SUS).

- Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia – SADT - O serviço de apoio diagnóstico e terapêutico consiste na realização de exames complementares necessários para o diagnóstico ou à coleta de materiais, e realização de procedimentos terapêuticos imediatos necessários no atendimento da emergência. Esse serviço deverá funcionar 24 horas por dia, durante todos os dias.

Estão previstos:

- Eletrocardiograma;
- Coleta e processamento de materiais para exames laboratoriais;
- Exames de radiologia geral;
- Suturas e curativos;
- Imobilização de fraturas/gesso;
- Inalação;
- Aplicação de medicamentos/reidratação;

### **Organização da Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24 Hs**

Com atendimento tipo “porta aberta”, o acesso aos serviços de emergência será disponibilizado nas 24 horas, 07 dias por semana, e deve obedecer às normas e fluxos estabelecidos pela Rede de Urgência e Emergência, além de regras e normas estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de São João da Boa Vista.

A equipe de saúde será integralmente responsável pelo usuário a partir do momento de sua chegada, devendo proporcionar um atendimento acolhedor e que respeite as especificidades socioculturais. Os plantões de atendimento irão conter, visando manter a qualidade dos serviços, o quantitativo mínimo de recursos humanos necessários, bem como toda equipe de apoio necessárias ao pleno atendimento, cumprindo rigorosamente as legislações vigentes.

Diante da estrutura apresentada, a Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24 hs atuará seguindo a organização da Rede de Atenção à Saúde em ações de referência e contrarreferência de usuários portadores de agravos crônicos agudizados ou de patologias agudas graves às unidades de saúde (atenção básica, especializada e de



atendimento e internação domiciliar), e abertura de prontuário para os pacientes que permaneçam em observação, com relatórios completos de alta.

Os pacientes receberão o primeiro atendimento e a realização de exames disponíveis na unidade necessários para o seu tratamento, podendo permanecer em observação da equipe multidisciplinar por um período de 24 (vinte e quatro) horas. Havendo a indicação de permanência do paciente em período superior a equipe deverá providenciar sua transferência para unidade compatível com a necessidade do paciente, respeitando-se os critérios de regulação e micro regulação regional. Até que se efetive a transferência, os pacientes deverão permanecer na unidade, recebendo todos os cuidados pertinentes, até que sejam transferidos ou recebam alta.

Em caso de indicação de transferência de usuários para serviços de saúde de maior complexidade, ela será realizada sempre que as condições locais de atendimento combinadas à avaliação clínica de cada paciente assim exigirem, seja para elucidação diagnóstica, internação clínica, cirúrgica ou em unidade de terapia intensiva, a Unidade realizará solicitação de vaga em unidade de referência, segundo a Grade de Urgência e Emergência pactuada no Colegiado Gestor Regional.

O gerenciamento dos leitos será realizado na perspectiva da integração da prática clínica no processo de observação e de alta com o objetivo de otimizar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário.

A alta ou encaminhamento/regulação para serviço de referência responsável, entendida como transferência do cuidado, será realizada por meio de:

- I - Orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado;
- II - Articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção, em particular a Atenção Básica; e

O fluxo de atendimento na Unidade será baseado no Acolhimento com Classificação de Risco, a ser realizado em 100% da demanda, com metas de tempo de atendimento estipuladas de acordo com a classificação.

A clínica ampliada e a gestão da clínica serão a base do cuidado, com a implementação de equipes multiprofissionais de referência, de forma a assegurar o vínculo entre a

equipe, o usuário e os familiares, com a presença do acompanhante para crianças, idosos, portadores de necessidades especiais e com a valorização de fatores subjetivos e sociais. As equipes multiprofissionais de referência serão a estrutura nuclear dos serviços de saúde e serão formadas por profissionais de diferentes áreas e saberes, que irão compartilhar informações e decisões de forma horizontal, estabelecendo-se como referência para os usuários e familiares.

A horizontalização do cuidado será uma das estratégias para efetivação da equipe de referência, com fortalecimento de vínculo entre profissionais, usuários e familiares.

O Plano Terapêutico de cada paciente será elaborado de forma conjunta pelas equipes, especialmente quando se tratar de um usuário com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, com o objetivo de reavaliar diagnósticos e redefinir as linhas de intervenção terapêutica, devendo ser registrado em prontuário unificado compartilhado pela equipe multiprofissional.

Diretrizes Terapêuticas e Protocolos Clínicos serão adotados para garantir intervenções seguras e resolutivas, além de evitar ações desnecessárias, qualificando a assistência prestada ao usuário, e deverão estar em consonância com aqueles estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde e demais instâncias gestoras do SUS. Cabe ao ente contratado estabelecer Procedimentos Operacionais Padrão (POP), Sistematização dos Serviços de Enfermagem e Comissões e Núcleos, submetidos à aprovação da Secretaria Municipal de Saúde.

Além disso, rotinas, políticas e protocolos administrativos e de atendimento deverão ser adotados e submetidos à aprovação da Secretaria Municipal de Saúde previamente à sua implantação.

Ações que assegurem a qualidade da atenção e boas práticas em saúde serão implementadas para garantir a segurança do paciente com redução de incidentes desnecessários e evitáveis, além de atos inseguros relacionados ao cuidado.

As prescrições de medicamentos deverão observar a os protocolos assistenciais apresentados pela Organização Social e validados pela Secretaria Municipal de Saúde.

Serão realizados comunicados imediatos à Vigilância Epidemiológica do Município os casos suspeitos ou confirmados de doenças de notificação compulsória, óbitos infantis

de 0 a 11 meses e 29 dias, óbitos maternos e de mulheres em idade fértil até 49 anos, violências contra a criança, adolescentes, incapazes e idosos, entre outros estabelecidos, com o devido preenchimento da ficha de notificação correspondente, conforme portaria ministerial.

Será efetuada a expedição regular de declarações dos óbitos constatados pelas equipes médicas da Unidade, com a descrição da causa mortis, com a adoção das medidas pertinentes aos órgãos de registro civil e notificação imediata aos órgãos de segurança pública dos casos suspeitos ou confirmados de óbitos derivados de violência.

### **Proposta de Regimento Interno para a Unidade de Pronto Atendimento**

A UPA de São João da Boa Vista é uma das unidades de saúde de natureza pública do Município de SÃO JOÃO DA BOA VISTA. Suas ações são vinculadas e subordinadas à Gestão do IGPP que é uma Organização Social (OS), entidade do Terceiro Setor de nível nacional, sem fins lucrativos, de direito privado, com princípio vestibular voltado à inclusão social, visando normatizar suas atividades de assistência à saúde exercida em seu âmbito, foi elaborado o presente Regimento Interno.

#### **CAPÍTULO I: FINALIDADES**

Artigo 1º: O Corpo Clínico constitui-se da equipe médica, da equipe de enfermagem, farmácia, odontologia, Assistente Social e demais especialidades da saúde, que juntos prestam assistência aos munícipes de SÃO JOÃO DA BOA VISTA e região que procuram espontaneamente ou são referenciados a UPA para atendimento.

Artigo 2º: Os servidores da UPA de São João da Boa Vista gozam de autonomia profissional, técnica, científica, política, religiosa e cultural, dentro da estrutura e diretrizes do departamento da Unidade.

Artigo 3º: A UPA de São João da Boa Vista desenvolve atividades cumprindo com as normas administrativas e legais do IGPP objetivando prestar assistência à saúde da população de SÃO JOÃO DA BOA VISTA, agindo com o máximo zelo e capacidade profissional, em concordância com os Códigos de Ética de cada Conselho Profissional.

Artigo 4º: A prestação de saúde realizada na instituição é exclusiva aos usuários de SUS de acordo com a lei Nº 8080.

Parágrafo Único – Os atendimentos na UPA de São João da Boa Vista respeitam as normas deste Regimento e as Regras do IGPP com subordinação direta à mesma.

## CAPÍTULO II: REGIMENTO DA UPA

Artigo 5º: São competências da Diretoria Administrativa

Sistematizar o regimento interno da unidade, ouvindo o IGPP o corpo administrativo e técnico por área;

Nomear, ouvindo a direção do IGPP, cargos e funções necessárias para o bom andamento da unidade;

Cumprir e fazer cumprir o presente regimento, bem como atos oficiais do IGPP;

Reunir-se uma vez por mês com a equipe de organização administrativa e extraordinariamente sempre que necessário;

Aplicar sanções administrativos e disciplinares após apuração dos fatos, procurando ouvir a chefia de departamento correspondente;

Opinar sobre alterações em escalas de trabalho dos colaboradores, visando a garantia de um bom atendimento na Unidade;

Dimensionar, escalonar e avaliar o quadro de pessoal dos setores sob sua responsabilidade;

Cumprir e fazer cumprir o bom desenvolvimento do trabalho, zelando pelo patrimônio municipal, de acordo com as leis municipais vigentes;

Superintender com o auxílio dos demais chefes de departamentos, na aplicação, supervisão e avaliação da peça orçamentária disponível;

Elaborar e encaminhar ofícios, memorandos e comunicados ao IGPP, alertando sobre as prioridades e dificuldades da instituição;

Constituir de acordo com a necessidade institucional, comissões com finalidades específica e prazos determinados, para elaborar pareceres e/ ou realizar sindicâncias;

Participar da admissão e demissão de integrantes do corpo clínico.

Sistematizar os serviços dos setores ligados ao departamento, procurando colaborar com os demais departamentos;

Parágrafo único: toda comissão nomeada pela diretoria, deverá possuir regulamento próprio, baixado por regulamento próprio.

Artigo 6º: A Divisão Administrativa da UPA está constituída pelos seguintes setores:

Recepção;

Serviço de Atenção ao Usuário

SAME (Serviço Arquivo Médico e Estatístico)

Sala de espera

Prontuário eletrônico do paciente

Sistema de Gestão Informatizado

Sala de Acolhimento/Classificação de Risco;

Sala de medicação;

Sala de medicação IM/ inalação;

Sala de Curativo e sutura;

Sala de Coleta de Exames Laboratoriais;

Sala de Emergência;

Sala de Observação;

Sala de raio X;

Consultórios médicos/multiprofissional;

Almoxarifado;

Farmácia;

Farmácia Satélite;

Expurgo, Central de Material e Esterilização;

SAME (Serviço Arquivo Médico e Estatístico);

Serviço de Nutrição e Dietética;

Manutenção;

Limpeza.

Rouparia e Lavanderia.

Artigo 7º: São competências da Diretoria Técnica da UPA:

Sistematizar os serviços dos setores ligados ao departamento, procurando colaborar com os demais setores;

Dimensionar, escalonar e avaliar o quadro de pessoal dos setores sob sua responsabilidade;

Reunir-se uma vez por mês com a equipe de organização administrativa e, extraordinariamente sempre que necessário;

Elaborar e encaminhar ofícios, memorandos e comunicados à diretoria técnica, alertando sobre as prioridades e dificuldades dos setores sob sua responsabilidade;

Sugerir a Diretoria Administrativa demissões e admissões de colaboradores dos setores sob sua responsabilidade;

Indicar para decisão final da Diretoria Administrativa coordenadores de seção sob sua responsabilidade;

Cumprir e fazer cumprir o presente regimento;





Providenciar junto ao conselho regional de medicina, e outros conselhos das especialidades, o registro do responsável técnico da equipe médica e outras questões legais referente ao órgão em questão;

Elaborar o regimento específico com prazo de 45 dias corridos, dos setores sob sua responsabilidade, considerando o regimento geral da UPA

Artigo 8º: A Diretoria Técnica da UPA está constituída dos seguintes setores:

Emergência e Urgência;

Clínica Médica;

Clínica Pediátrica;

SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (RX, EXAMES LABORATORIAIS E ECG);

Artigo 9º: São competências da Supervisão de setores:

Sistematizar os serviços dos setores ligados ao departamento, procurando colaborar com os demais departamentos;

Dimensionar, escalonar e avaliar o quadro de pessoal dos setores sob sua responsabilidade;

Reunir-se uma vez por mês com a equipe de organização administrativa e, extraordinariamente sempre que necessário;

Elaborar e encaminhar ofícios, memorandos e comunicados à diretoria técnica alertando sobre as prioridades e dificuldades dos setores sob sua responsabilidade;

Sugerir a diretoria técnica demissões e admissões de funcionários dos setores sob sua responsabilidade;

Indicar para decisão final da diretoria técnica, chefes de seção sob sua responsabilidade;

Cumprir e fazer cumprir o presente regimento;



Elaborar o regimento específico com prazo de 45 dias corridos, dos setores sob sua responsabilidade, considerando o regimento geral da unidade;

Providenciar junto ao conselho regional de cada categoria, o registro profissional técnico e outras questões legais ao órgão em questão.

Artigo 10º: A Supervisão da UPA está constituída dos seguintes setores:

Enfermagem;

Recepção;

Controladores de acesso e

Higiene.

Artigo 11º: Compete ao Coordenador Clínico:

Dirigir e coordenar o Corpo Clínico da Instituição;

Supervisionar a execução das atividades de assistência médica da instituição;

Zela pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico;

Zelar pelo Corpo Clínico, incentivando o sentimento de responsabilidade profissional entre os seus membros;

Desenvolver o espírito crítico, estimulando o estudo e pesquisa científica;

Estimular o relacionamento cordial entre os médicos e demais profissionais da UPA;

Exercer a função de mediador visando à harmonia dos membros do

Corpo Clínico e outros profissionais da instituição;

Assumir a responsabilidade ética, médica, técnica-científica e representar a Instituição perante os Conselhos Regional e Federal de Medicina ou em Juízo segundo as leis vigentes;

Apresentar ao Corpo Clínico opções definidas para assuntos polêmico e de interesse da Instituição;



Autorizar estudos clínicos com pacientes da Instituição;

Comunicar ao CREMESP sua indicação, afastamento ou substituição;

Participar e opinar da demissão e exclusão de membros do Corpo Clínico.

Artigo 12º: É do Coordenador Clínico representante eleito dos médicos do Corpo Clínico frente a Direção da unidade e a CRM/ SP.

Artigo 13º: A eleição para Coordenador Clínico deverá seguir as normas vigentes do Conselho Federal de Medicina e terá mandato de 2 anos.

Artigo 14º: As funções do Coordenador Clínico estão especificadas pela resolução N. 1481 de agosto de 1997 do CFM ao qual está subordinado.

CAPÍTULO III: ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA da UPA obedece à seguinte estrutura hierárquica:

Prefeitura do Município de São João da Boa Vista

Secretaria Municipal de Saúde

IGPP – Instituto de Gestão de Políticas Públicas



|                     |              |                    |                     |
|---------------------|--------------|--------------------|---------------------|
| Dir. Administrativa | Dir. Técnica | Supervisão /Coord. | Coordenador Clínico |
|---------------------|--------------|--------------------|---------------------|

#### CAPÍTULO IV: DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 16º: As comissões ditas permanente são de óbito, de prontuário e de ética, seguindo a seguinte composição:

A Comissão de Óbito será composta pelos chefes Técnico, Administrativo e Assistência e apoio; e deverá apresentar relatório pormenorizado e analítico de todos os óbitos ocorridos dentro da unidade e enviá-los a Diretoria para eventuais providencias;



A Comissão de Ética Médica será eleita, formada e de atuação em conformidade com o parecer do Conselho Federal de Medicina Nº 1418 de agosto de 1997 manual próprio das Comissões de Ética do CFM; IV - A Comissão de Ética de Enfermagem será eleita, formada e de atuação em conformidade com o COREN, delegados pela Gerência; V - A comissão de Ética Institucional será eleita, formada e de atuação pelas demais áreas de profissionais da saúde, delegados pela Diretoria de Administrativa, sendo que cada especialidade elegerá um representante para compor a comissão;

Artigo 17º: A Comissão de Controle de Infecção tem as seguintes finalidades:

Cumprir e fazer cumprir a legislação em vigor, Portaria 930 de 27/08/92;

Orientar os setores da instituição na elaboração de um manual de controle de infecção para a utilização deles;

Promover a redução de taxas de infecção aos níveis exigidos pela legislação em vigor;

Coletar e analisar dados estatísticos do índice de infecção;

Colaborar nos programas de ensino e treinamento dos setores envolvidos e propor novas diretrizes de atuação para a comissão e SCL.

Artigo 18º – O presidente da Comissão de Controle e Infecção este vinculado a Direção da unidade.

Art. 19º - A C.C.I. será composta pelos seguintes membros e serviços:

Presidente, dando preferência por um médico.

Pelo Serviço de Controle de Infecção (S.C.I.), composto por:

Médico;

Enfermeiro;

Farmacêutico;

Administrador.

Artigo. 20º - À C.C.I.H. compete:



Definir diretrizes para ação de controle de infecções da instituição;

Avaliar o programa de controle de infecções da instituição;

Ratificar o programa anual do trabalho da S.C.I.;

Avaliar sistêmica e periodicamente, as informações providas pelo sistema de vigilância epidemiológica e aprovar as medidas propostas pelo S.C.I.;

Comunicar, regular periodicamente a direção e as chefias de todos os setores da unidade, a situação do Controle das Infecções, promovendo seu amplo debate na comunidade assistencial.

Art. 21º - Ao S.C.I. compete:

Elaborar, implantar, manter e avaliar um programa de controle de Infecção adequado às características e necessidades da Instituição;

Implementar e manter sistema de vigilância epidemiológica das infecções;

Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, implementar medidas imediatas de controle;

Propor e cooperar na elaboração, implementação e supervisão de aplicação de normas e rotinas técnico administrativas, visando à prevenção e ao tratamento das infecções;

Propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-administrativas visando limitar a disseminação de agentes presentes, através de medidas de isolamento e precauções;

Cooperar com setor de treinamento com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais no que diz respeito ao controle das infecções;

Elaborar e divulgar regularmente relatórios.

Artigo 22º: Fica a cargo da Diretoria Administrativa e Diretoria Técnica a criação e nomeação de membros de outras comissões permanentes e/ ou temporárias que julgue necessária.

Artigo 23º: Poderão ser atendidos na unidade todos os pacientes do sistema único de saúde nas especialidades oferecidas pela Unidade.

Artigo 24º: Todo paciente tem direito a apenas um acompanhante.

#### CAPÍTULO V: DAS INFRAÇÕES E PENALIDADES

Artigo 25º: São consideradas infrações:

Infringir o regimento interno da unidade;

Infringir o código de ética médica, enfermagem e institucional vigente;

Desrespeitar a hierarquia.

Artigo 26º: Toda infração ética, técnica, e administrativa, deverá ser apurada por Comissão específica e nomeada pela Diretoria Administrativa com prazo determinado para apresentar relatório.

Ao S.A.M.E. COMPETE:

Recebimento, arquivamento, guarda e responsabilidade de todos os documentos relativos aos prontuários dos pacientes da UPA - Registrar a rotina de óbitos e transferências dos pacientes;

Fiscalizar rigorosamente a entrega à diretoria administrativa dos prontuários arquivados, o que só poderá ser feito em caráter excepcional e mediante a assinatura de recibo, com prazo certo de devolução;

Manter a mais estreita colaboração com os diversos serviços da unidade;

Zelar pela manutenção e conservação dos bens patrimoniais;

Zelar pelo sigilo de informações do setor.

AO SETOR ADMINISTRATIVO COMPETE:





Receber as FA, diariamente é contagem;

Realizar notificação de doença compulsória;

Separar FA por Especialidade e Nomes de Médicos;

Conferir o horário da primeira e última FA atendido por cada profissional médico.

Montar planilha de atendimentos realizados por médicos.

VI- Contabilizar números

AO SETOR DE ALMOXARIFADO COMPETE:

Dispensar todo o material (não medicamentoso) mediante apresentação de requisição do setor assinada que será dado baixa de estoque posteriormente;

Organizar e controlar os produtos armazenando-os em prateleiras, cestos e estrados observando principalmente as condições de higiene, limpeza e biossegurança (produtos tóxicos);

Receber e conferir todo o material que der entrada no setor;

Manter sob sua responsabilidade o material estocado zelando pela sua conservação;

Informar ao Departamento de Compras e/ ou diretoria; estoque dos produtos quando solicitados, e informar quando estes produtos deverão ser comprados, atingindo o estoque mínimo;

Realizar diariamente a “baixa” dos produtos solicitados mediante requisição;

Fazer fechamentos mensais, anuais e balanço quando necessário, não inferior a duas vezes ao ano;

Encaminhar os relatórios de gastos com materiais, limpeza, medicamento, e alimentação a diretoria e ao financeiro;

Está subordinado ao setor de Farmácia.

AO SETOR DE FARMÁCIA COMPETE:



Obedecer às normas de funcionamento e manter quadro de funcionários capazes de trabalhar ininterruptamente, de acordo com a demanda;

Manter Livro de Controle de Psicotrópicos e medicamentos controlados devidamente autorizado pela Vigilância Sanitária, e registrar todas as entradas e saídas destes medicamentos arquivando as notas fiscais e receitas de saída;

Manter as instalações em condições ideais de higiene e limpeza;

Dispensar os medicamentos, observando e conferindo a data de validade do produto, mediante solicitação de requisição e prescrição médica;

A dispensação deverá ser diária e todo medicamento não utilizado deverá ser devolvido ao setor da farmácia;

Observar as condições físicas dos medicamentos injetáveis (ampolas, frascos);

Manter e controlar os estoques sob sua responsabilidade;

Efetuar baixa das requisições solicitadas;

Controlar os estoques e planejar a reposição de acordo com a necessidade e particularidade de cada item;

Informar e atualizar a equipe médica, a listagem de padronização de medicamentos;

Controlar a ocorrência de queixas técnicas sobre medicamentos e materiais;

Desenvolver programas de qualificação e adaptação de funcionários ingressantes;

Garantir o uso seguro e racional de medicamentos e correlatos, adequando sua utilização nos planos assistencial, preventivo, docente e de investigação;

Operar as ações que contribuam a prestar a máxima eficácia de ação terapêutica, integradas com as diversas atividades e de seus profissionais, proporcionando meios de pronto restabelecimento ou prevenção da saúde dos pacientes internos e externos da unidade;

Organizar, supervisionar e orientar tecnicamente todos os setores que compõem a farmácia para o funcionamento harmônico do conjunto;

Possui rotinas descritivas em manuais de normas e devidamente implementadas.

O SERVIÇO DE ENFERMAGEM TEM A SEGUINTE ORGANIZAÇÃO:

Supervisão de Enfermagem;

Enfermeiro;

Técnicos de enfermagem e Auxiliares de Enfermagem.

§ 1º - São as atribuições da Coordenação de Enfermagem

Fixar o objetivo da enfermagem de acordo com os objetivos da unidade;

Estabelecer normas e diretrizes para o serviço, de modo a permitir elevado nível de assistência de enfermagem;

Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da unidade e Manuais de Normas e Rotinas do Setor

Convocar as reuniões dos elementos de enfermagem e presidir a elas;

Estabelecer relações com a escola de Enfermagem visando a realização de estágio de alunos e enfermagem;

Comunicar as ocorrências, que exijam providências, aos chefes das clínicas;

Propor aos coordenadores de clínicas, medidas que visam melhorar o padrão de serviço; controlar e melhorar o equipamento técnico em uso, verificando o emprego adequado dele, solicitando reposição quando necessário;

Manter boas relações com os chefes dos demais serviços da Unidade;

Avaliar e selecionar materiais e equipamentos com embasamento técnico e científico para uma assistência de enfermagem de qualidade.

Liberar o empréstimo de materiais SOMENTE com autorização da diretoria da unidade e com o referido impresso preenchido;

Avaliar e monitorar dimensionamento da escala diária de trabalho elaborada pelo enfermeiro do setor e realizar alterações necessárias para um aumento da eficácia, da segurança ao paciente e da assistência prestada. Elaboração e monitoramento da escala mensal, férias e de limpeza terminal a ser enviada para gerência de enfermagem para aprovação;

Acolher, acompanhar e avaliar o desempenho de novos profissionais admitidos na unidade continuamente e realizar processos de integração e feedback a estes profissionais; isto também se aplica a profissionais que já ultrapassaram o período de experiência;

Estabelecer normas e diretrizes para o serviço, de modo a permitir elevado nível de assistência de enfermagem;

Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da unidade e Manuais de Normas e Rotinas do Setor

Convocar as reuniões dos elementos de enfermagem e presidir a elas;

Estabelecer relações com a escola de Enfermagem visando a realização de estágio de alunos e enfermagem;

Comunicar as ocorrências, que exijam providências, aos chefes das clínicas;

Propor aos coordenadores de clínicas, medidas que visam melhorar o padrão de serviço;

Controlar e melhorar o equipamento técnico em uso, verificando o emprego adequado dele, solicitando reposição quando necessário;

Manter boas relações com os chefes dos demais serviços da Unidade;

Estabelecer normas e diretrizes para o serviço, de modo a permitir elevado nível de assistência de enfermagem;

Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da unidade e Manuais de Normas e Rotinas do Setor

Convocar as reuniões dos elementos de enfermagem e presidir a elas;

Estabelecer relações com a escola de Enfermagem visando a realização de estágio de alunos e enfermagem;

Comunicar as ocorrências, que exijam providências, aos chefes das clínicas;

Propor aos coordenadores de clínicas, medidas que visam melhorar o padrão de serviço;

Controlar e melhorar o equipamento técnico em uso, verificando o emprego adequado dele, solicitando reposição quando necessário;

2º - São as atribuições da Supervisão de Enfermagem

Cumprir e fazer cumprir os direitos e deveres baseados nos Princípios do SUS.

Cumprir e fazer cumprir os direitos e deveres baseados no Código de Ética de Enfermagem; Cumprir e fazer cumprir as normas e rotinas de enfermagem conforme este regimento;

Respeitar a hierarquia;

Supervisionar a assistência de enfermagem prestada e prescrever ações de enfermagem se necessário;

Planejar, Organizar, Coordenar e avaliar os serviços de assistência de enfermagem.

Avaliar enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem para um bom andamento do plantão; comunicando a gerência qualquer fato que mereça atenção. Avaliar e solicitar a realização da SAE ao respectivo enfermeiro do setor após seis horas de abertura da FA do cliente na unidade, evoluir a cada 12hs e nova prescrição de enfermagem a cada 24 horas nos casos excepcionais; bem como a checagem e anotações que devem ser realizadas pela equipe técnica de enfermagem; monitorar os processos de trabalho;

Desenvolver programas de Educação Continuada (em casos de extrema necessidade) e na ausência de profissional específico para este fim, tais como: - Elaboração de treinamentos e material educativo, orientações e participações em campanhas



educativas, agravos a saúde da população e políticas de saúde conforme a complexidade do serviço que atua; bem como campanhas e ações voltadas para a saúde do trabalhador. Preencher os impressos relacionados a lista de presença, conteúdo programático e carga horária de cada curso/treinamento ministrado;

Avaliar FA e prontuários dos clientes sob cuidados de sua equipe atentando para o correto e completo preenchimento deles (cabeçalho completo, SSVV conforme protocolo, anotações, carimbo etc.); inclusive dos impressos referentes a transferências, dietas, manutenção, entre outros.

Identificar problemas e propor ações corretivas a gerência de enfermagem.

Desenvolver protocolos, relatórios e análise de indicadores assistenciais pertinentes a cada unidade;

Comunicar a gerência da unidade casos ou fatos em que esta necessidade se mostre evidente (exemplo: atraso no atendimento médico) ou de difícil solução; realizar anotação em livro de plantão;

Acompanhar rigorosamente atrasos no atendimento prestado nesta unidade seja por qualquer membro da equipe multidisciplinar ou especialidade, comunicando a gerência da unidade sobre tal fato;

Realizar a chamada em todo início de plantão para identificar faltas ou atrasos para que se possa dimensionar a equipe de enfermagem para um bom andamento da unidade, tanto diurno quanto noturno;

No período noturno, finais de semana e feriados, o supervisor de enfermagem é a autoridade máxima ao plantão portanto, qualquer fato, autorização, falta, mudança de escala, problema, correção etc., deverá ser comunicada ao mesmo. Também deverá ser realizada pelo supervisor de cada plantão a chamada em todos os serviços da unidade inclusive no período noturno, finais de semana e feriados (recepção, RX, higiene, segurança, motoristas dos veículos, enfermagem e médicos) anotando no livro as possíveis intercorrências (faltas, atrasos etc.) e se necessário comunicar a gerência de enfermagem e o coordenador clínico;



Controlar e anotar todas as autorizações realizadas referentes a saídas antecipadas, ATM, abonadas, troca de plantões, licenças etc., dentro de seu horário de plantão. Na presença da gerente, a mesma deverá ser comunicada antecipadamente. Aos finais de semana e feriados o Supervisor tem autonomia para decidir este quesito desde que o motivo seja plausível;

Em casos de extrema necessidade, cobrir os setores de seus pares e se não for possível designar para que o setor se mantenha sob o olhar do enfermeiro(a);

Acompanhar o tempo resposta do laboratório, que não deve exceder a duas horas e principalmente, no protocolo de dor torácica que não deve exceder a trinta minutos;

Atuar como membro da equipe multidisciplinar (clínica, pediatria, farmácia, assistente social, odontologia, administração, entre outras) para que todas as equipes e os usuários desta unidade tenham o melhor atendimento possível;

Cumprir e fazer cumprir o que se pede na NR-32 e sobre o uso de EPI's;

Somente o supervisor ou sob sua autorização poderá acionar o apoio das forças policiais, conselho tutelar, conselho do idoso, entre outros nos casos relacionados ao serviço e para um bom andamento do plantão, na presença da gerência de enfermagem, comunicar a necessidade antes de realizar a solicitação das forças policiais. Anotar em livro.

Conferir se a ambulância da unidade se encontra em uso de forma adequada, se os impressos estão sendo preenchidos e comunicar a gerência qualquer dano à mesma;

Qualquer fato ou situação que não esteja mencionado neste capítulo deverá ser discutido com a gerência de enfermagem e a diretoria da unidade;

§ 3º São as atribuições do Enfermeiro

Dever geral respeitar e executar e;

Planejar os cuidados de enfermagem dos clientes sob sua responsabilidade;

Distribuir tarefas e funções adequadas a cada elemento da equipe;



Responsabilizar-se pela escala de trabalho do pessoal da enfermagem sob sua supervisão, com aprovação do Enfermeiro RT (dentre outros).

Atualizar se quanto a técnicas, materiais, equipamentos que propiciem melhor atendimento ao paciente e utilizá-los sempre que necessário;

Acionar/comunicar familiar em caso de transferência do cliente para outra unidade.

Enfermeiro atentar ao tempo resposta dos exames coletados na unidade, caso ultrapasse tempo esperado de 02 duas horas, comunicar o supervisor.

Ao receber resultado de exames do laboratório, imediatamente anexar a FA do cliente e encaminhar ao retorno médico.

Coordenar, supervisionar e contratar as atividades técnico – administrativas de setor de emergência, conforme planejamento e organização estabelecidos;

Realizar acolhimento com classificação de risco através de cores a todos os pacientes que dão entrada no serviço;

Elaborar instruções de serviços referentes às atividades do setor de emergência;

Praticar na esfera administrativa todos os atos necessários a disciplina do pessoal, a eficiência e boa ordem dos serviços sob sua responsabilidade;

Apresentar à chefia do serviço de enfermagem, sempre que necessário, um relatório das atividades do setor de emergência;

Convocar e presidir mensalmente reuniões com todo o pessoal do setor;

Verificar periodicamente o levantamento de roupas, instrumentais equipamentos e demais materiais;

Prover o setor de emergência de todo equipamento necessário ao desenvolvimento eficiente do serviço;

Cumprir e fazer cumprir o regulamento da unidade, regimento, normas, rotinas e técnicas do setor de emergência;

Supervisionar o trabalho dos colaboradores sob sua responsabilidade;

Elaborar e assinar escala mensal de serviço e de limpeza terminal do setor, submetendo se a aprovação da chefia de enfermagem;

Executar e colaborar com a chefia de enfermagem reuniões para treinamento no programa de educação continuada específica para o setor de emergência;

§ 4º - São atribuições dos auxiliares e técnicos de enfermagem:

Prestar os serviços de enfermagem e de higiene aos pacientes;

Administrar medicamentos aos pacientes de acordo com as prescrições médicas;

Colaborar no preparo de pacientes para exames ou procedimentos terapêuticos;

Observar os sintomas físicos, emocionais e mentais dos pacientes, fornecendo aos médicos relatos escritos e assinados, tomando as medidas necessárias, caso surjam emergências;

Promover a ordem e a limpeza dos locais de trabalho;

Outras atribuições e deveres estabelecidos no COREN - NORMAS E ROTINAS DO SETOR.

A COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO TEM AS SEGUINTE FINALIDADES:

Cumprir e fazer cumprir a legislação em vigor, Portaria 930 de 27/08/92, sobre o controle de infecção;

Orientar os setores da instituição na elaboração de um manual de controle de infecção para a utilização deles;

Promover a redução de taxas de infecção aos níveis exigidos pela legislação em vigor;

Contribuir na organização e funcionamento dos serviços assistenciais no controle das infecções;

Prevenir infecções nos agentes prestadores de serviço e circunstantes;

Coletar e analisar dados estatísticos do índice de infecção;

Colaborar nos programas de ensino e treinamento dos setores envolvidos;

Promover reuniões periódicas para avaliar e propor novas diretrizes de atuação para a comissão e SCIH.

Art. 21º – A Comissão de Controle e Infecção é um órgão de assessoria da direção e seu presidente está vinculado a Direção da unidade.

Art. 22º - A C.C.I.H. será composta pelos seguintes membros e serviços:

Presidente, dando preferência por um médico infectologista;

Pelo Serviço de Controle de Infecção (S.C.I.H.), composto por:

Médico;

Enfermeiro;

Farmacêutico;

Administrador.

Equipe médica representada por:

01 pediatra;

01 clínico;

01 médico da Comissão de Ética Médica da Instituição.

Art. 23º - À C.C.I.H. compete:

Definir diretrizes para ação de controle de infecções da instituição;

Avaliar o programa de controle de infecções da instituição;

Ratificar o programa anual do trabalho da S.C.I.;

Avaliar, sistêmica e periodicamente, as informações providas pelo sistema de vigilância epidemiológica e aprovar as medidas propostas pelo S.C.I.;

Comunicar, regular e periodicamente a Direção e as chefias de todos os setores da unidade, a situação do controle das Infecções, promovendo seu amplo debate na comunidade assistencial.

Art. 24º - Ao S.C.I.H. compete:

Elaborar, implantar, manter e avaliar um programa de controle de Infecção adequado às características e necessidades da instituição;

Implantar e manter sistema de vigilância epidemiológica das infecções;

Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, implantar medidas imediatas de controle;

Propor e cooperar na elaboração, implementação e supervisão de aplicação de normas e rotinas técnico administrativas, visando à prevenção e ao tratamento das infecções;

Propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-administrativas visando limitar a disseminação de agentes presentes, através de medidas de isolamento e precauções;

Cooperar com setor de treinamento com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais no que diz respeito ao controle das infecções;

Elaborar e divulgar regularmente relatórios.

AO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (S.N.D.) COMPETE:

Programar e estabelecer normas e diretrizes técnico-administrativas para o serviço de acordo com as normas vigentes da unidade;

Planejar e determinar medidas para a padronização e atualização dos métodos de trabalho;

Elaborar relatórios periódicos e extraordinários sobre as atividades do serviço;

Comandar, coordenar, controlar e avaliar atividades propostas ao setor;

Prestar assistência em dietas aos pacientes e servidores;

Padronizar Manual de dietas de acordo com a realidade e rotinas da instituição;

Previsão e requisição de gêneros alimentícios e materiais;

Conferência e recebimento dos gêneros;

Coordenar e fiscalizar a equipe de cozinha;

Armazenamento de acordo com as normas de estocagem;

Seleção e aprovação de fornecedores (preço/ qualidade);

Levantamentos, mapas, relatórios e determinação do custo operacional;

Controle do material de consumo;

Racionalização do trabalho e aumento da produtividade;

Segurança dos comensais (pacientes, servidores, acompanhantes e visitantes);

Segurança do pessoal do S.N.D. através de manutenção de equipamentos e proteção individual adequada (uniformes de segurança);

Manutenção de higiene pessoal, de área física, de utensílios e equipamentos e de alimentos;

Pré-preparo, preparo e distribuição de alimentos.

O SERVIÇO DE MANUTENÇÃO TEM AS SEGUINTE ATRIBUIÇÕES:

Proceder aos reparos necessários nas dependências, instalações, móveis e utensílios da UPA.

Manter sob sua guarda e responsabilidade todo o material utilizado no serviço.

SÃO ATRIBUIÇÕES DO SERVIÇO DE LIMPEZA:

Proceder à limpeza de todas as acomodações internas e externas da unidade, seguindo as orientações e determinações da CCIRAS/ SCIH quanto aos procedimentos a serem adotados e materiais a serem empregados no serviço de limpeza, higienização e desinfecção;



Coletar diariamente o lixo dando-lhe o destino devido, de acordo com coleta seletiva (lixo comum, lixo reciclável, lixo contaminado);

Proceder à limpeza periódica do edifício, compreendendo lavagens de janelas, paredes, lustres, enceramento de piso, lavagem de elevadores etc.; IV - Assumir a responsabilidade pela guarda e manutenção do material usado nas suas atividades.

### Proposta de Regimento Interno de Corpo Clínico

O Corpo Médico da Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24 hs compõe-se de todos os médicos legalmente habilitados, os quais deverão praticar todos os atos médicos necessários aos pacientes seguindo as normas estabelecidas no Código de Ética Médica e as editadas pelos Conselhos Federal e Regional de Medicina.

#### 1. DOS ÓRGÃOS E DAS ASSESSORIAS TÉCNICAS DO PRONTO SOCORRO

##### 1.1. Os órgãos diretivos e de assessoria técnica do Pronto Socorro são:

- Superintendência;
- Diretoria Clínica;
- Diretoria Técnica;
- Conselho Gestor
- Comissão de Ética Médica;
- Comissão de Infecção Relacionadas à Assistência à Saúde;
- Comissão de Revisão de Prontuários Médicos;
- Comissão de Revisão de Óbitos
- Assembleia Geral do Corpo Clínico. O Coordenador Clínico e os membros da Comissão Ética Médica serão eleitos pela Assembleia Geral Ordinária do Corpo Clínico.



## 2. DAS DELIBERAÇÕES DO CORPO CLÍNICO

O Corpo Clínico deliberará através de Assembleias Gerais que serão Ordinárias e Extraordinárias. As Assembleias Gerais Ordinárias serão convocadas pelo Coordenador Clínico com antecedência mínima de 10 (dez) dias, e, compete ao Corpo Clínico:

- Eleger o Coordenador Clínico
- Eleger os membros da Comissão da Ética Médica.
- Ocorrendo a vacância do cargo de Coordenador Clínico será convocada Assembleia Extraordinária do Corpo Médico para eleger o substituto até o final do mandato.
- As Assembleias Extraordinárias serão convocadas pelo Coordenador Clínico quando julgar conveniente ou quando requeridos por 1/3 do Corpo Médico, ambas com indicação dos motivos que justifiquem a convocação, a qual deverá ser feita pelo Coordenador Clínico no prazo máximo de 05 (cinco) dias. As convocações serão realizadas com antecedência mínima de 10 (dez) dias e com a divulgação da ordem do dia.
- As Assembleias serão realizadas em primeira convocação com 2/3 do Corpo Médico e, em segunda convocação, 30 (trinta) minutos mais tarde, com qualquer número, sendo as deliberações tomadas pela maioria dos votos dos presentes.

## 3. DOS DIREITOS E DEVERES DO CORPO CLÍNICO

São direitos dos membros do Corpo Clínico:

- A autonomia profissional;
- A admissão no Corpo Clínico obedecidas as formalidades;
- O acesso à Instituição e seus serviços;
- Participar das reuniões ou assembleias do Corpo Clínico e atividades científicas da Unidade de Saúde;



- Votar, a partir de 2 anos de seu credenciamento;
- Comunicar aos órgãos competentes, como Conselho Médico, Comissão Ética Médica, Diretores Clínico ou Técnico da Unidade de Saúde falhas na organização, nos meios e na execução da assistência médica prestada pela Instituição.

3.1. São deveres dos membros do Corpo Clínico:

- Conhecer e cumprir o Código de Ética Médica ou da área em que atuam, bem como o Regulamento Interno do Pronto Socorro e o presente Regimento Interno;
- Manter comportamento cordial, respeitando os colegas e os funcionários da Unidade de Saúde;
- Assistir aos pacientes sob seu cuidado com respeito, consideração, e dentro da melhor técnica em seu benefício;
- Colaborar com os demais na assistência aos seus pacientes, quando solicitado;
- Cumprir as normas técnicas e administrativas da Instituição;
- Elaborar e manter atualizado o prontuário médico de seus pacientes, que deverá conter de modo legível, o histórico clínico, evolução e todas as ordens e prescrições assinadas, bem como os registros indispensáveis à elucidação do caso a qualquer momento;
- Assumir a responsabilidade criminal, civil e ética pelos seus atos médicos e pelas indicações de métodos de diagnóstico, tratamento e medicamentos;
- Colaborar com as Comissões específicas da Instituição;
- Informar e relatar aos órgãos Diretivos, quando solicitado, esclarecimentos de ordem médica e/ou administrativa relativos à sua atividade, ou aos seus pacientes, para fins de esclarecimento de intercorrências administrativas, médicas,

éticas ou jurídicas;

- Atualização profissional na área da sua especialidade;
- Colaborar no atendimento médico-social previsto nos Estatutos da Sociedade.

#### 4. DO INGRESSO NO CORPO CLÍNICO

Para ingressar no Corpo Clínico da Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24 hs o profissional deverá preencher formulário próprio, atendendo os seguintes requisitos:

- Estar devidamente registrado junto ao Conselho Regional de Medicina de São Paulo, ou outro órgão representativo de sua profissão, apresentando documentação competente;
- Indicar sua especialidade clínica com os respectivos registros, documentos da AMB e CFM, seu currículo de formação e atividades médicas.
- Tomar conhecimento e assinar declaração de ciência deste regimento e das normas administrativas da Unidade de Saúde;
- Manter sempre atualizado seu cadastro perante a Diretoria Clínica do Pronto Socorro.
- Apresentar cópia simples dos seguintes documentos:
  - Diploma
  - Conclusão de Residência
  - Título de especialista
  - RG/CPF
  - Carteira do CRM
  - Comprovante de quitação de anuidade do CRM
  - Currículo atualizado

Após o recebimento de toda a documentação acima a Diretoria Clínica terá dias para análise para aprovação (ou não) do cadastro.

## 5. INFRAÇÕES E PENALIDADES

Qualquer membro do Corpo Clínico será considerado infrator e sujeito à penalidade quando desrespeitar o Código de Ética Médica regulamentado pelo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Federal de Medicina, Regimento Interno da Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24 hs, o presente Regimento e as normas administrativas internas, não previstas naquele Estatuto e Regulamento Interno.

5.1. As penalidades cabíveis para as transgressões administrativas e regimentais internas são as seguintes:

- Admoestação verbal reservada
- Censura reservada
- Suspensão temporária do Corpo Clínico
- Exclusão do Corpo Clínico

Havendo indícios de infringência de natureza ética por parte de qualquer membro do Corpo Médico, será feita uma denúncia a Comissão de Ética Médica que abrirá sindicância sobre o fato e, conforme a conclusão da mesma poderá encaminhar ao CREMESP. A suspeita ou denúncia de infração cometida por qualquer membro das atividades afins ensejará a instalação de sindicância encaminhada posteriormente ao Conselho Regional da respectiva área para julgamento.

## 6. DISPOSIÇÕES GERAIS

A internação de qualquer paciente só pode ser realizada sob a responsabilidade de um médico integrante do Corpo Clínico que registrará sua solicitação com diagnóstico

provisório ou definitivo e recomendações especiais necessárias a internação e os cuidados.

As internações sempre estão sujeitas às normas administrativas da UPA e a disponibilidade de vagas, ressalvadas os casos de eminente risco de vida.

Os documentos do prontuário médico são de propriedade do paciente, permanecendo sob a guarda da Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24 hs de acordo com as determinações legais, preservando as condições de sigilo estabelecidas na lei e no Código de Ética Médica.

É vedado ao integrante do Corpo Clínico, apossar-se, total ou parcialmente, do prontuário, podendo consultá-lo após o arquivamento, por solicitação escrita e mediante assinatura de termo de responsabilidade, não podendo, porém, tirar cópias, fotos sem o consentimento do paciente ou seu responsável.

O acesso ao prontuário é restrito ao médico responsável e membros de sua equipe e aos profissionais envolvidos no trabalho, salvo determinadas situações especiais em que outros profissionais de saúde não ligados ao trabalho poderão acessar este documento.

A divulgação em qualquer veículo de comunicação ou através de outros meios diretos ou indiretos de fatos referentes às atividades da Unidade de Saúde poderá ser divulgada mediante a autorização do próprio paciente ou responsável e quaisquer informações sobre pacientes poderá ser efetuada mediante autorização expressa da Superintendência.

As informações sobre pacientes deverão ser dadas sob a forma de Boletim Médico, desde que haja concordância do paciente, respeitando os preceitos do C.F.M. e ainda o envio de cópia ao Coordenador Clínico para ciência. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo Conselho Médico e / ou pela Superintendência da Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24 hs de acordo com a natureza deles.

### **Implantação de Fluxos e Rotinas de Atendimento e Circulação**

Os fluxos visam melhorar o acesso ao serviço de saúde na rede, com a proposta de um direcionamento adequado a gestão da unidade, com o objetivo de alcançar metas e conquistar resultados positivos e rentáveis. Tem como finalidade conduzir pessoas e





processos de forma eficaz, promover melhorias, criar um ambiente colaborativo, motivado, propício ao autodesenvolvimento e, conseqüentemente, à conquista de resultados.

O IGPP visa com a implantação dos fluxos um planejamento e a organização de todas as ações que contribuem para o pleno funcionamento dos Programas / Unidades de Saúde, resultando assim no cumprimento de tarefas, metas e objetivos gerais.

## RECEPÇÃO

Não há nada mais gratificante para um paciente do que ser recebido com atenção, presteza e cortesia. É o primeiro passo para que ele se sinta seguro, orientado e principalmente respeitado como ser humano.

Atender bem é a arte que combina uma boa dose de talento pessoal, com uma série de informações e conhecimentos que muitas vezes resolvem imensos problemas e evitam outros tantos.

O talento é só seu, mas os conhecimentos e informações você encontrará neste Manual, que deve ser lido com atenção, e o que é mais importante, colocado em prática no dia a dia do seu trabalho.

Com este Manual estamos certos de estar contribuindo para o seu aperfeiçoamento como profissional e crescimento como ser humano.

## Rotina de trabalho

Ao assumir seu plantão, verificar se todo material necessário para a perfeita execução do seu trabalho está em ordem: canetas, lápis, planilhas e caderno para registro, bloco de rascunhos, blocos para anotar recados etc.

Verificar as pendências do plantão anterior e tomar providências no sentido de saná-las e durante o dia dar baixa (colocar OK e uma rubrica) quando da realização delas.



### Rotina para atendimento:

Ao dar entrada na UPA, o paciente passa primeiro pela Recepção. Pedir ao paciente que ele sente e fique confortável. A recepcionista deverá, obrigatoriamente, fazer o registro do paciente, abrindo um prontuário, através de uma ficha de registro onde constarão as seguintes informações:

- Nome completo, data de nascimento, sexo, local de nascimento.
- Documento de identificação e cartão nacional de saúde
- Filiação
- Endereço e telefone
- Hora de abertura da FAA

Após a finalização do registro, orientar o paciente para que aguarde ser chamado para a sala de classificação de risco. Os casos de urgência/emergência teriam atendimento priorizado por médicos destinados especificamente para este fim, seguindo a rotina de urgência/emergência.

### Observações

- As recepcionistas são responsáveis pela organização e limpeza do seu setor, devendo manter o local de trabalho em total higiene e organização.
- Ao atender uma ligação, anotar o recado com os dados de quem ligou, horário e assunto e passar imediatamente ao interessado.

### Padronização de condutas das recepcionistas

#### Regras Básicas para ser bem-sucedido em seu trabalho:

No trabalho, aceite todas as responsabilidades desde o princípio.

Seja pontual. Evite faltar ao trabalho, mas se precisar fazê-lo por motivo superior, telefone dando uma satisfação.

Cuide de sua apresentação pessoal.



Seja leal com aqueles com que você trabalha e honesto consigo.

Procure servir bem as pessoas em seu ambiente de trabalho. Esteja sempre pronto a fazer mais do que é exigido.

Tenha iniciativa. Comece um trabalho necessário, mesmo antes de lhe pedirem que o faça.

O seu sucesso no trabalho depende de sua habilidade em trabalhar com os outros. Dê a este ponto atenção especial.

Evite a acomodação, procure esforçar-se ao máximo, assim você progredirá.

Requisitos desejáveis ao Bom Atendimento:

Apresentação e higiene pessoal:

A apresentação pessoal é o marketing de cada um e é responsável pela imagem, boa ou má, no ambiente de trabalho. O assunto, porém, não é tão simples como parece, tem um sentido mais amplo, abrange boa educação, normas de conduta e até um certo toque de discreta elegância. Procure cuidar bem de sua higiene pessoal, de sua apresentação e aspecto. Verá que isto é de extrema importância, pois nada pior para uma empresa da área da saúde, apresentar funcionários malcuidados e com sinais de pouca higiene pessoal.

Alguns aspectos a serem observados:

Uniforme sempre impecável.

Uso obrigatório do crachá.

Cabelos cuidados e penteados. Se os tiver muito armados ou grandes, é conveniente prendê-los.

Discreta maquiagem.

Uso de perfume e desodorante discretos.

Unhas cuidadas e limpas.



Conservação dos dentes e manter um hálito saudável.

Lembrete: Nunca se esqueça de que as mãos são disseminadoras de doenças, por isto devem ser lavadas vigorosamente com água e sabão, principalmente na região embaixo das unhas. Tenha sempre à sua disposição todo o material necessário antes de iniciar o atendimento, de modo a permitir o início rápido desta atividade de maneira organizada. É de responsabilidade das recepcionistas manter os balcões das recepções limpos e abastecidos com todos os materiais necessários tais como: - Caneta azul, caneta vermelha, lápis preto, borracha, grampeador, fita crepe ou etiquetas, calendário etc.

#### **Organização:**

Tenha sempre à sua disposição todo o material necessário antes de iniciar o atendimento, de modo a permitir o início rápido desta atividade de maneira organizada. É de responsabilidade das recepcionistas manter os balcões das recepções limpos e abastecidos com todos os materiais necessários tais como: - Caneta azul, caneta vermelha, lápis preto, borracha, grampeador, fita crepe ou etiquetas, calendário etc.

#### **Limpeza:**

Mantenha sempre limpo o seu local de trabalho. Se precisar, chame pessoal especializado.

#### **Garantia da identidade do paciente:**

É de importância fundamental verificar o correto cadastramento do paciente, de modo a garantir sua perfeita identidade, tomando-se o máximo de cuidado no que se refere à correção do nome completo do paciente, não sendo permitido abreviar o prenome e último sobrenome.



**Educação:**

Utilize sempre o tom de voz e gestos adequados. Você nunca deverá expressar-se de maneira agressiva ou indiferente quando se sentir ofendido por algum paciente ou colega de trabalho. Lembre-se de que o sorriso é quase sempre contagiante e produz resultados impressionantes.

**Respeito:**

Mantenha um clima de respeito e receptividade em relação às pessoas. Tal comportamento aprimora cada vez mais as nossas relações para atingirmos uma melhor Qualidade de Vida.

**Saiba ouvir:**

Você só saberá quais as necessidades do paciente se ele as disser a você. Portanto, ouça-o com atenção e carinho, pois somente desta forma você saberá quais são suas expectativas e tentará superá-las. Contribua com sua parcela para tornar a vida das pessoas que o cercam e do seu convívio pessoal mais agradável.

Faça sua parte.

**Disponibilidade:**

Esteja disponível às necessidades do paciente, mesmo que estas requeiram de você além do previsto no seu dia a dia. Se precisar peça ajuda a quem possa ajudá-la a atender tal necessidade.

Procure sempre servir bem as pessoas de modo que saiam satisfeitas com o seu trabalho. Use as palavras que terão em efeito mágico em sua vida: OBRIGADA, DESCULPE, POR FAVOR.



### Discrição:

Existem casos em que o paciente se sente constrangido pelo exame que vai fazer, e nesses casos devemos agir com naturalidade, fazendo com que ele perceba que convivemos com estas situações rotineiramente.

Transmita confiança:

Nunca diga: - Não estou achando! - Vou procurar! - Acho que deixei aqui!

Evite conversas paralelas:

Isso faz com que o paciente pense que você não está prestando atenção no que está fazendo.

Caso seja necessário atender ao telefone por razões particulares, retire-se da recepção e procure local mais adequado para fazê-lo, evitando-se desta forma que converse ao telefone e atenda o paciente ao mesmo tempo. Este não é um comportamento bem-educado e poderá gerar insatisfação ao paciente, além de dúvidas a respeito da correção de seu trabalho.

Não responda o que não souber:

Peça licença e diga que chamará o responsável pelo departamento ou atendimento. Ele dará as explicações necessárias.

Lembre-se!

O estado psicológico do paciente que chega a UPA não é dos mais favoráveis. A ideia de não estar bem de saúde gera uma grande tensão, e ele passa a agir muito mais pela emotividade exagerada do que pela razão, portanto sua habilidade é fundamental para proporcionar-lhe bem-estar o mais que possível, tratando-os como razão principal da nossa existência, e, para isso, a Superintendência das unidades acredita ter nos funcionários os grandes colaboradores para atingir a qualidade máxima e a melhoria contínua nos serviços prestados.





Mandamentos para um Bom Relacionamento Humano no Trabalho

Respeitar clientes, colegas, e o chefe como seres humanos.

Evitar interromper quem fala.

Respeitar a personalidade das pessoas próximas.

Manter o bom humor, sorrindo sempre.

Evitar indelicadezas e ironias.

Conter palavras que possam desagradar às pessoas.

Respeitar a hierarquia no seu trabalho.

Evitar realizar tarefas de outros, a não ser em casos de necessidade.

As nossas antipatias devem ser identificadas e vencidas.

Preconceitos de qualquer tipo, não devem existir no trabalho.

Evitar comentários negativos sobre colegas de trabalho.

Quando sofrer críticas, procure avaliar inicialmente sua veracidade.

Evite polêmicas, mantenha uma postura sem insistir em discordâncias.

Acreditar no ser humano é valorizar as suas potencialidades.

Criticar colegas em público é uma falha imperdoável.

Procurar sempre dar o bom exemplo no trabalho.

Saber cooperar com colegas, quando necessário.

Perfil de Quem Lida com Atendimento ao Público no Pronto Atendimento

Vocação - para lidar com público é necessário vocação antes de qualquer coisa. É essencial se ter uma identificação com o trabalho que se executa, a fim de não o desenvolver como um sacrifício, mas, ao contrário, com alegria.

**Competência** - o conhecimento das técnicas e dos “porquês” das tarefas que se executa e dos objetivos da sua função são indispensáveis para o bom atendimento.

**Organização** - Sem a devida organização, ou seja, um lugar para cada coisa e cada coisa em seu lugar, não se pode manter boa qualidade do serviço e rápido atendimento.

**Educação** - Esse é um item básico em qualquer área, porém nas empresas de prestação de serviços, chega a ser prioritário.

**Comunicação** - Entender e se fazer entender é, antes de tudo, uma arte. Alguns clientes precisam ser encorajados a dizer exatamente o que desejam e, não há nada mais desagradável, do que perceber que não estão nos entendendo.

**Paciência** - muitas vezes terá que usar de paciência para explicar mais de uma vez, ouvir bem, entender perfeitamente e deixar o cliente satisfeito.

**Flexibilidade** - É claro que existem as normas, regras e maneiras de se executar as tarefas que nos são confiadas. Porém, muitas vezes precisamos ser flexíveis, tanto no ponto de vista da nossa relação com os clientes, quanto com os colegas de trabalho e com a administração. Isto, muitas vezes, nos facilitará o atendimento, a compreensão por parte dos superiores e o entendimento com os colegas.

**Responsabilidade** - Estar consciente de seus atos, não se esquecendo que a seriedade no atendimento médico é fundamental.

**Disciplina** - Observar o horário de entrada e saída, recomendações feitas pela administração e as regras básicas de comportamento para o atendimento dos pacientes.

**Discrição** - Profissionalmente é prudente evitar envolvimento pessoal nos assuntos íntimos do paciente. Não se deve falar publicamente dos problemas pessoais, frustrações etc.

**Boa Aparência** - Esse item conta muitos pontos na divulgação da imagem da UPA Jardim das Cerejeiras e traz um sentimento de bem-estar aos olhos do cliente, além de mostrar o senso de organização e responsabilidade do funcionário.

## Relações Humanas e sua Aplicação no Atendimento ao Público

O público é constituído de pessoas, e nenhuma pessoa é igual à outra. As pessoas gostam de ser reconhecidas individualmente. Existe o desejo de sentir que se tem valor e não se é apenas mais um na grande multidão, portanto chegar a dizer simplesmente que existe uma ou algumas regras de tratamento para as pessoas seria uma loucura. As pessoas são todas diferentes. Para cada pessoa precisamos dar um tratamento diferente com o intuito de se conseguir a mesma coisa de todas elas.

Sabemos que ninguém gosta de ser tratado como mais um na multidão, estar incluído nessa grande massa. Dessa forma, para conseguirmos conquistar os nossos clientes, teremos que usar de requisitos como: sinceridade, honestidade, amabilidade, solidariedade e consideração para com o público (o cliente). Essas, como podemos ver, são “regras” utilizadas em todos os níveis de relacionamento. Simples!

Segue abaixo algumas dicas:

- Nome Próprio - ser chamado pelo seu nome é algo que faz uma pessoa se sentir diferente e bem tratada. Na medida do possível, devemos procurar nos relacionar com os pacientes pelo seu nome.
- O Sorriso - receber os pacientes com um sorriso é a melhor maneira de deixá-los mais à vontade e de “quebrar o gelo” fazendo-os acolhidos e de desfazer possíveis situações desagradáveis que poderiam acontecer. A maioria das pessoas gosta de ser atendida por alguém que seja amigável, e um sorriso é demonstração de amistosidade.
- Audição - tem que aprimorar a capacidade de ouvir. Precisamos ouvir o cliente com toda atenção para que possamos atendê-los exatamente naquilo que ele deseja e não no que supomos que seja.

Qual a Expectativa do Cliente em Relação ao seu Atendimento?

- CONHECIMENTO - O cliente espera que você esteja apto a responder perguntas, tirar dúvidas e resolver os problemas. É preciso conhecer bem as rotinas de seu trabalho.

- COMPETÊNCIA - Agilidade, organização e exatidão com o que executa o seu trabalho.  
Fazer sempre o melhor possível.

- “ATMOSFERA “POSITIVA - Ambientes agradáveis, organizados e limpos. Seu local de trabalho deve ser um esplêndido cenário. O cliente é o expectador, e você... A primeira a entrar em cena!

- APARÊNCIA: reflete a imagem que você quer passar, ela traduz como você gostaria de ser tratada, por isto é preciso estar em harmonia com o ambiente. A aparência é a primeira coisa que o cliente percebe em você.

- POSTURA / COMUNICAÇÃO: o cliente avalia o seu atendimento considerando a forma como você se comunica com ele. É preciso estar atento a sua linguagem verbal e não verbal. O cliente percebe tudo: palavras, gestos, postura...

Ao receber um Cliente...

Dirija-lhe o olhar e sorria.

Dê imediatamente as boas-vindas.

Procure falar de frente para o cliente, olhando em seus olhos.

Chame-o pelo nome, precedido de Sr. ou Sra.

Seja gentil e simpática sem visar intimidade.

Não use expressões indesejáveis, gírias do tipo “xuxu”, “fofinha”, “queridinha”, etc. Estes termos sugerem ironia, falsidade, vulgaridade.

Seja discreta ao falar, andar e se sentar.

Não faça comentários de clientes, na frente de outros clientes.

Não comente falhas de seu setor na frente dos clientes.

Organização:

Orgulhe-se de sua aparência e de seu local de trabalho.

Faça questão de conviver em ambiente limpo, agradável e seguro.

Não deixe que a desorganização lhe preguê sustos e surpresas.

Tenha certeza de que diante de um problema a ser resolvido terá todas as informações rapidamente.

Certifique-se de que as pessoas se tranquilas e confortáveis.

- CORTESIA - Ela ocupa um lugar de destaque na percepção do cliente. Trate o cliente como se trata um convidado em sua casa.

#### ESFORÇO EXTRA

É preciso sair da rotina e fazer algo mais.

Coloque a satisfação do cliente acima de normas e regras.

Seja flexível, utilize o bom senso.

Forneça alternativas e soluções.

Surpreenda o cliente!

Interesse-se sinceramente por ele, e envolva-se.

O importante é o cliente saber que ele não está sozinho.

O que o cliente quer saber?

O que você pode fazer por ele?

E se a expectativa e necessidade não forem preenchidas eles não voltam.

E por que deveriam voltar?

Coloque-se no lugar dele!

- Recomendações Úteis para um Bom Atendimento

Sempre tenha consideração com as pessoas.

A polidez e o reconhecimento se resumem em dispensar aos outros a consideração que reservamos para nós mesmos.



Trate as pessoas da forma que você gosta de ser tratado por elas.

Pequenas gentilezas causam aos outros prazeres maiores do que se pode esperar.

A paciência e a tolerância são próprias daqueles que tem espírito aberto e proporcionam ampla retribuição em prazer e conhecimento.

Se você quiser persuadir alguém, precisa antes de tudo falar francamente.

Sorria frequentemente, mas evite gargalhada. O riso é contagioso, quando não exagerado. O riso forçado é irritante e inspira falsidade. Seja natural.

Quanto mais você souber, tanto mais modesto deve ser. Mesmo quando você sabe que está certo, pareça disposto a ser convencido.

Use sabedoria como faz com o dinheiro no bolso. Não a alardeie só para mostrar que a tem.

Não confunda cortesia ou amistosidade com amizade e nem dê aos outros falsas impressões.

Não dê informações ou conselhos que não tenham sido solicitados. Mesmo quando o são, eles raramente são seguidos.

Quando alguém fizer algo desagradável que você julgue ter sido dirigido à sua pessoa, lembre-se de que muita gente só pensa em si mesma, ignorando o possível efeito de sua conduta com os outros.

#### - Conversas com Pacientes

Fale com os pacientes delicadamente apenas o estritamente necessário para a execução de seu trabalho.

Jamais dê qualquer informação sobre o estado de saúde do paciente a seus familiares, se por acaso lhe perguntarem ou se quiserem saber detalhes sobre eles, chame o médico ou enfermeira para conversar com o paciente.

Ao tratar com os pacientes deve-se procurar dar-lhes confiança, procurar mostrar que você tem capacidade de realizar o seu serviço e que tem experiência para executá-lo.





Mostrar-se seguro e confiante é essencial para que seu trabalho seja realizado de maneira segura.

Caso você esteja aborrecido por um motivo qualquer, evite demonstrar isso ao paciente, que nada tem a ver com sua vida particular ou com seus problemas.

Se você não tiver certeza a respeito de determinada conduta, procedimento ou informação, jamais consulte um colega na presença de um paciente ou de seus familiares, faça-o de maneira discreta.

Mandamentos que a recepcionista deve observar frente à reclamação de um paciente ou de um acompanhante:

a) Ouvir cuidadosamente suas reclamações agindo de tal maneira que o cliente se sinta bem e a vontade na reclamação. Não fale ao mesmo tempo em que o cliente, no momento da reclamação.

b) Anotar os itens específicos enquanto o cliente desabafa sua ira. Esse procedimento causa boa impressão ao cliente, porque mostra que está levando a sério as suas queixas.

c) Dê toda a atenção. Não o interrompa. Mantenha o contato “Olho no olho”. Utilize expressões tipo: “sim”, “pois não”, “correto”, etc.

d) Manter uma expressão corporal compatível como que está apreciando a reclamação.

e) Como reação imediata, as primeiras palavras são: “Obrigado! Quero lhe agradecer porque é assim que conseguimos melhorar os nossos serviços”. Também podemos falar imediatamente quando houver a primeira chance: “Queremos ver a senhora satisfeita!” ou “Queremos ver o senhor feliz!”. (O que observamos, na maioria das vezes, é que não é necessário muito para satisfazê-los.)

f) Deixar claro para o cliente, que uma reclamação é um presente para o prestador de serviços.

g) Lembrar que manifestar compreensão com o problema do paciente, às vezes, é mais importante do que resolver a reclamação.



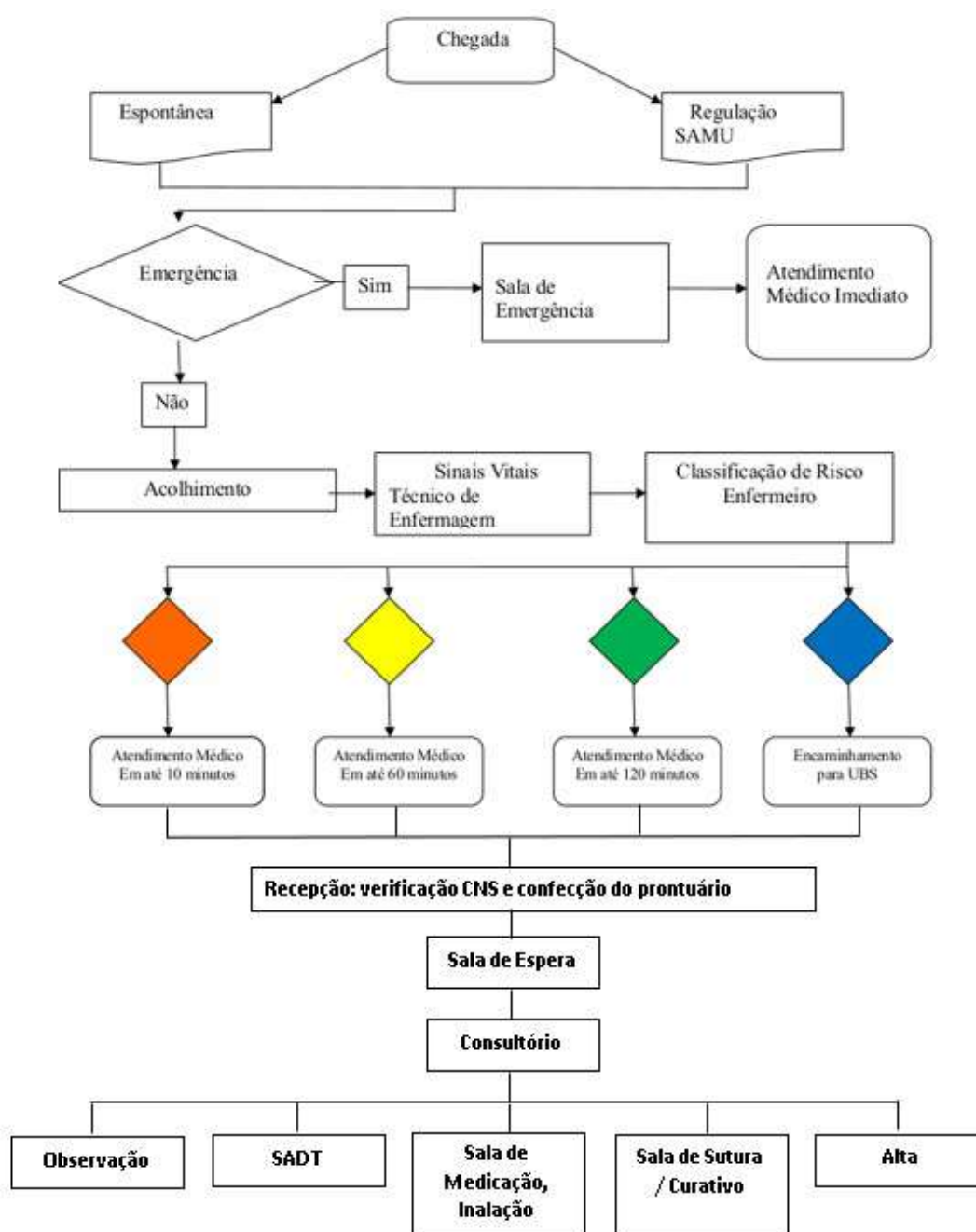
h) Lembrar também que a grande vitória da funcionária da linha de frente é transformar clientes descontentes em pessoas satisfeitas, que, certamente contarão para muitas outras pessoas como foram bem tratadas.

i) Desculpar-se pelo erro.

j) Corrigir o erro prontamente.

k) Prevenir erros futuros.

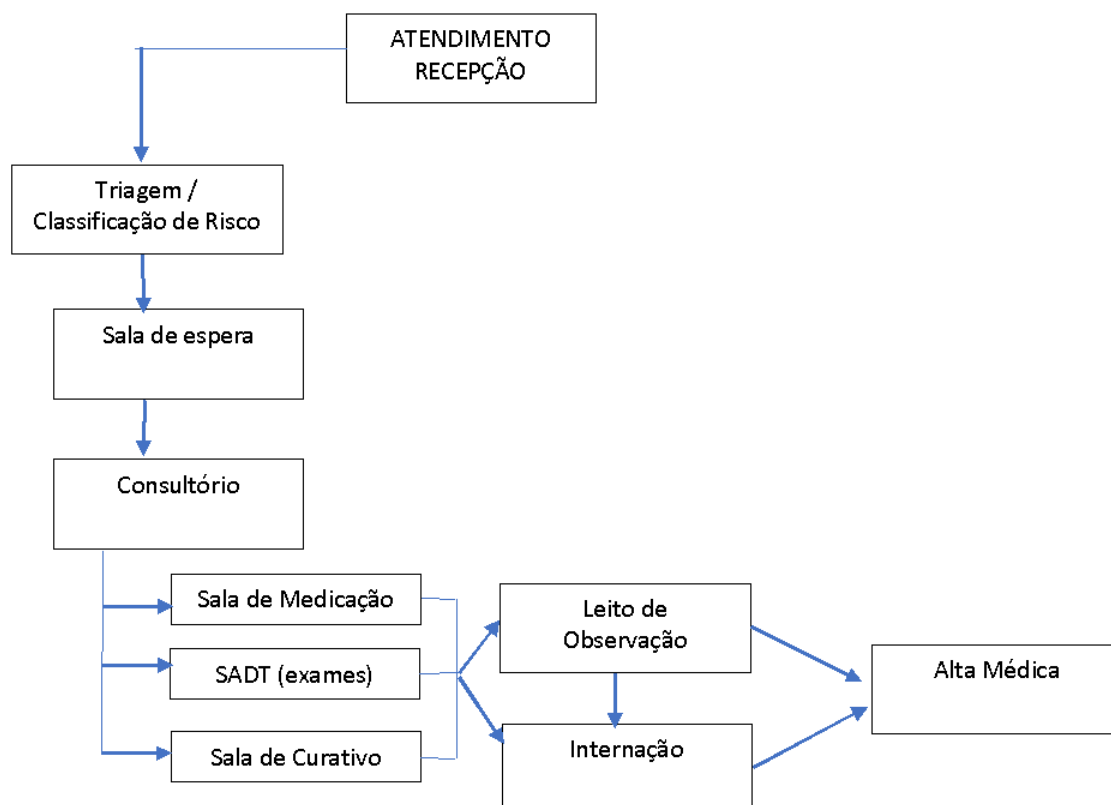
## FLUXO DE ATENDIMENTO / CIRCULAÇÃO DE USUÁRIOS



O fluxo do atendimento será contínuo para facilitar e propiciar a rapidez no atendimento. Quando o paciente chega à unidade deverá passar pela portaria, ir para a recepção, em seguida para triagem / classificação de riscos, consulta médica, realiza exames, recebe medicação da enfermagem, retorna para reavaliação médica e recebe uma finalização, retorna para casa, ou fica em observação na unidade, caso haja a

necessidade segue para internação ou é encaminhado para internação. Esse processo deve ocorrer o mais rápido possível.

## FLUXO DE CIRCULAÇÃO DO USUÁRIO NO PRONTO ATENDIMENTO



## FLUXO PACIENTE EXTERNO

O fluxo dos pacientes externos diz respeito aos deslocamentos dos pacientes que pretendem um atendimento imediato (urgências e emergências).

Quando procura assistência à saúde, o paciente externo, geralmente, não necessita de internação, ou seja, não pernoita na Instituição.

Entre a admissão e alta, a estadia do paciente externo na Instituição de Saúde não excederá as 24 (vinte e quatro) horas, no entanto, caso suceda alguma complicação do seu estado clínico que exija o seu internamento, o paciente externo passa a ser um

paciente interno, uma vez que pernoita na unidade. Como o paciente externo não necessita de internamento, o seu deslocamento e o dos seus acompanhantes pelo Serviço será restringido apenas às unidades funcionais que prestem os serviços de atendimento correspondentes a este tipo de paciente.

O fluxo do paciente é limitado aos serviços de urgência e emergência e, seguirá por meios de diagnóstico, de e terapêutica e do setor de urgência e emergência, sendo monitorado por fluxos e critérios pré-estabelecidos.

### FLUXO PACIENTE INTERNO

O fluxo dos pacientes internos diz respeito aos deslocamentos dos pacientes que são internados.

O paciente interno, no nosso entender, é o mesmo que o paciente internado. Consideramos o paciente internado o indivíduo admitido num estabelecimento de saúde com internamento para diagnóstico ou tratamento, que ocupa uma cama (ou berço de neonatologia ou pediatria) com permanência igual ou superior a 24 (vinte e quatro) horas.

Serão também considerados como pacientes internados aqueles que venham a falecer, os que sejam transferidos para outro estabelecimento de saúde ou os que saiam do estabelecimento contra o parecer médico, independentemente de permanecer menos de 24 (vinte e quatro) horas nesse estabelecimento.

O fluxo dos pacientes internos não se restringe apenas às unidades de internação, estes podem ainda aceder a outras unidades funcionais para diagnóstico, terapia ou cirurgia, sempre que necessário.

### FLUXO ACOMPANHANTES

O fluxo de acompanhantes é relativo aos deslocamentos das pessoas que encaminham e apoiam o paciente, as quais tanto podem ser familiares como amigos.



Os acompanhantes encaminham os pacientes aos serviços e poderão estar presentes até à sua admissão formalizada na Instituição, de forma a oferecê-les apoio moral naquele momento difícil. Por vezes, os familiares poderão permanecer na Instituição de Saúde durante o período de internamento dos pacientes, desde que haja um alojamento conjunto e autorização prévia da Supervisão local, esta situação geralmente acontecerá quando os pacientes são crianças ou idosos. Os pacientes internados menores de idade têm o direito de serem acompanhados pelos pais ou por outra pessoa que os substitua, esse direito poderá ser cessado ou limitado caso o paciente seja portadores de doenças contagiosas (LEI N.º 106/2009 DE 14 DE SETEMBRO).

Da mesma forma, o paciente com deficiência ou em situação de dependência também terão o direito de ser acompanhado por um familiar ou por uma pessoa que designe (LEI N.º 106/2009 DE 14 DE SETEMBRO).

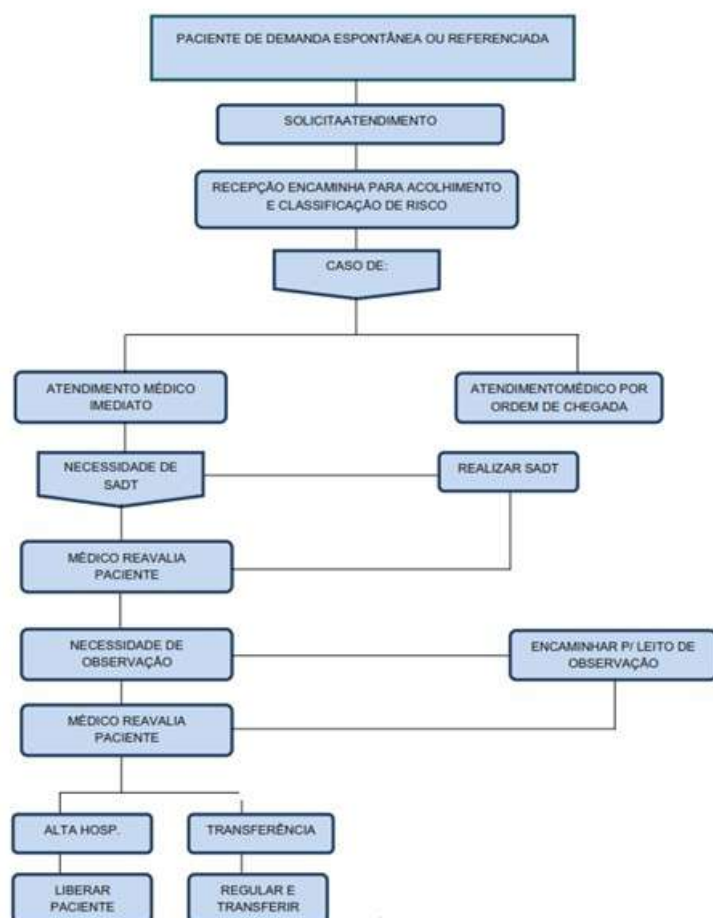
Os pacientes admitidos no serviço de urgência e emergência poderão ter a presença de um acompanhante, mesmo que não possa comunicar a sua vontade (LEI N.º 33/2009 DE 14 DE JULHO). Este acompanhante pode acompanhá-lo sempre desde que não assista aos procedimentos assistenciais, intervenções cirúrgicas, exames ou tratamentos, assim só poderão presenciar estes momentos clínicos se tiver a autorização do médico clínico responsável (LEI N.º 33/2009 DE 14 DE JULHO).

Assim, o seu fluxo é restrito, apenas será permitido nas circulações e zonas de espera públicas, ou seja, a sua presença está limitada à zona de entrada dos serviços, salvo certas exceções. Por norma, no caso de pacientes adultos, a presença do acompanhante na Instituição de Saúde será curta uma vez que acompanha o paciente até o mesmo ser atendido pelo pessoal dos serviços, mas, poderá sempre aguardar pela alta do paciente nas zonas de espera.

## **FLUXO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**





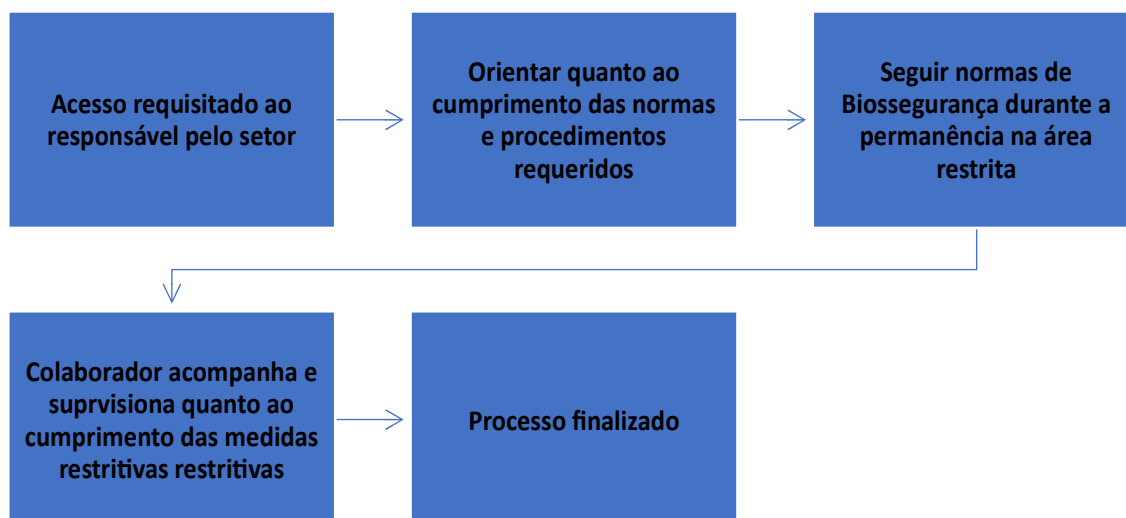


## FLUXO DO PACIENTE DE ATENDIMENTO IMEDIATO

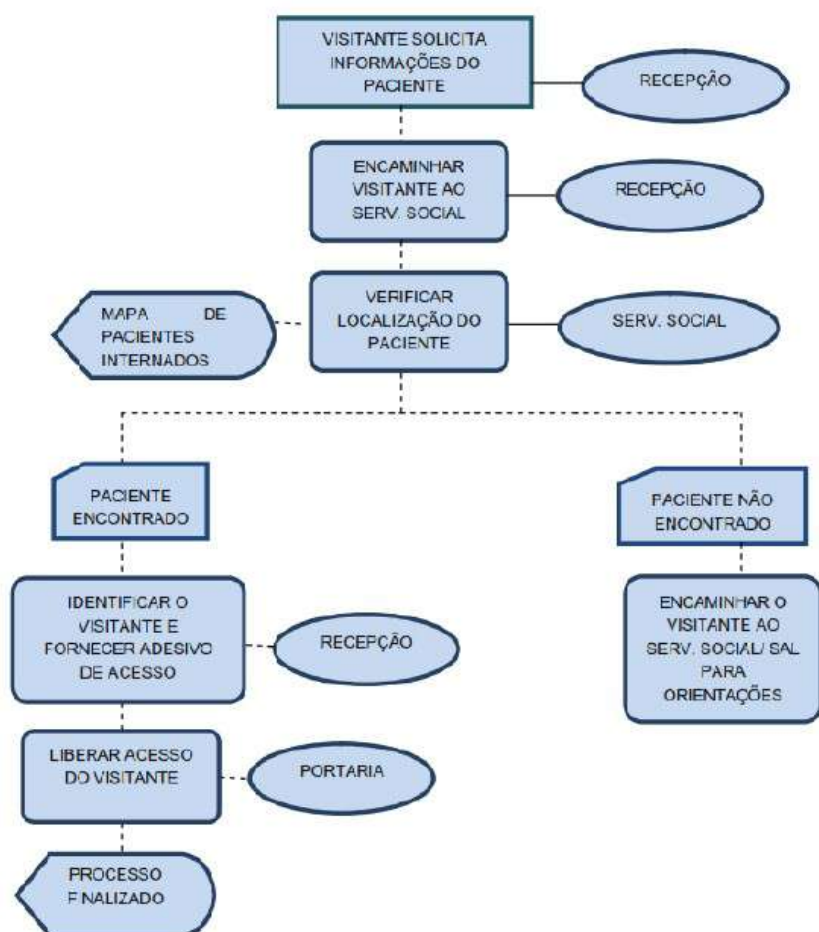


## FLUXO NAS ÁREAS RESTRITAS

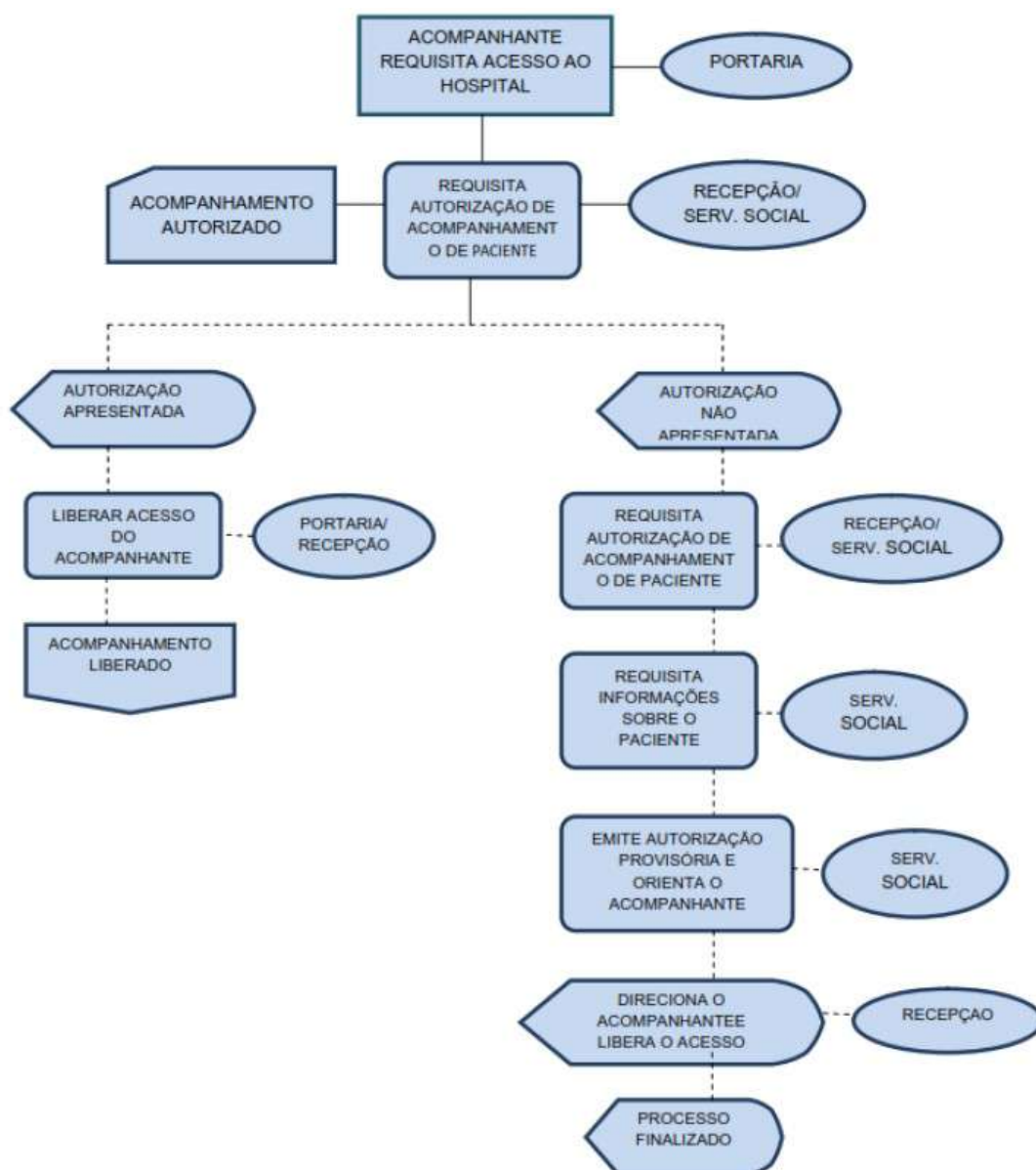
Áreas Restritas são os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes, ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos.



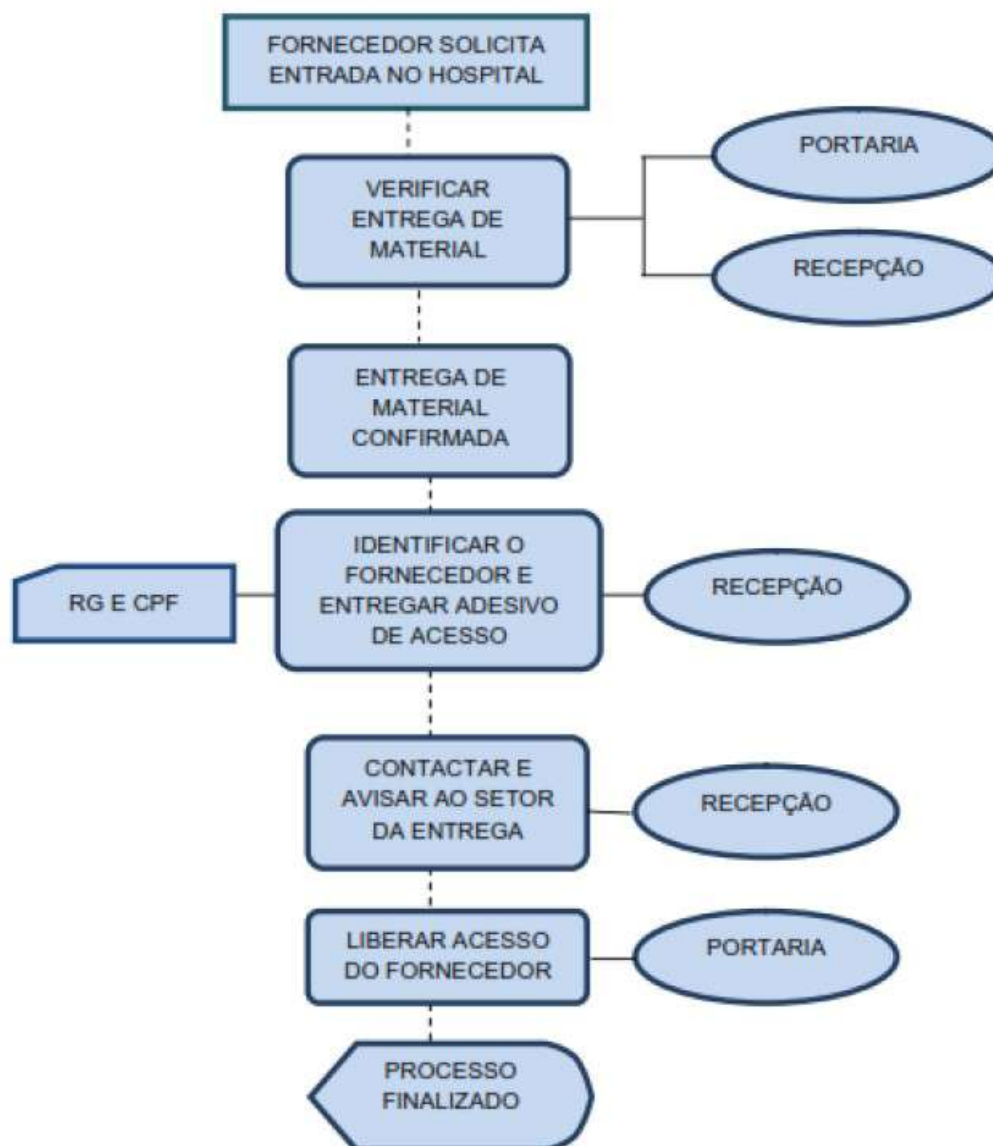
#### FLUXO DE ACESSO PARA VISITANTES



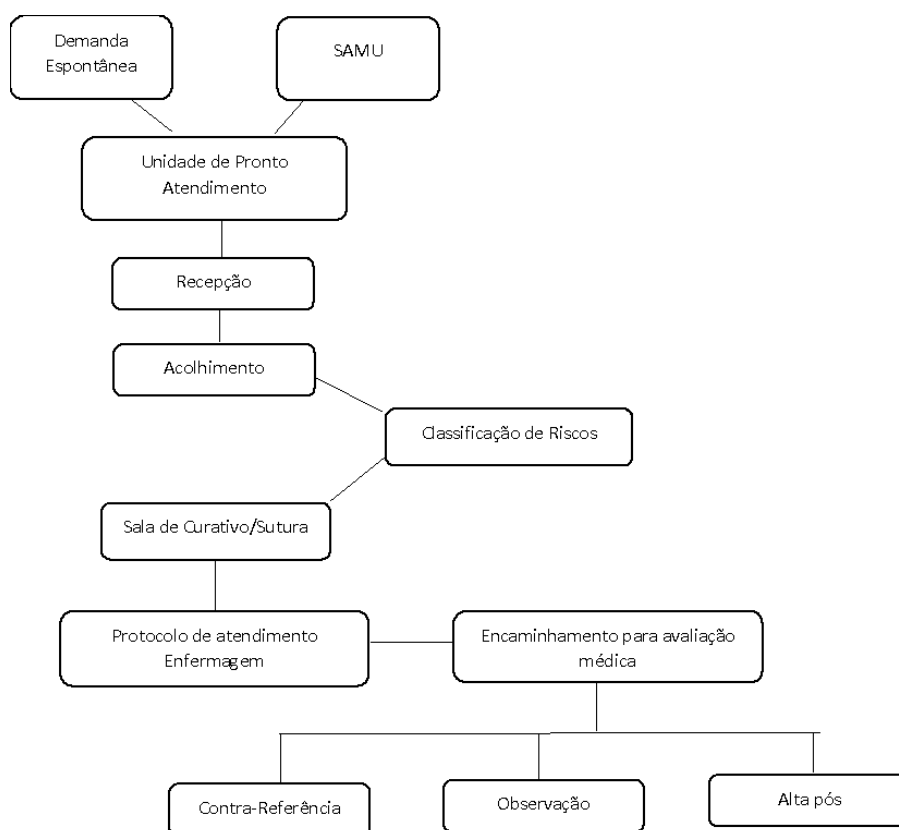
## FLUXO DE ACESSO PARA ACOMPANHANTES



## FLUXO DE ACESSO PARA FORNECEDORES



## FLUXOS DOS USUÁRIOS PARA CURATIVOS E SUTURAS



- Paciente externo: O paciente externo dará entrada pela recepção, encaminhado para a triagem/acolhimento, da triagem/acolhimento será encaminhado para a avaliação médica ou de enfermagem, e havendo necessidade de sutura/curativo ela será encaminhada para as respectivas salas. Após o procedimento médico ou de enfermagem a paciente será encaminhada para dar continuidade no tratamento para unidade básica de saúde/ unidade saúde da família de sua referência para dar continuidade no tratamento.
- Paciente interno: O curativo realizado no paciente em observação é feito no próprio leito, e quando houver necessidade de realização de sutura o paciente é encaminhado juntamente com um profissional de enfermagem para a sala de sutura.

### Serviço de Arquivamento de Prontuário e Documentos

Arquivo de Prontuários dos Pacientes



+55 11 3034-0511



faleconosco@igpp.org.br



www.igpp.org.br



@igpp.instituto





Os arquivistas farão conferência na documentação e providenciará a guarda deles. Tendo mais de um prontuário do mesmo usuário estes deverão ser anexado um ao outro.

Todos os prontuários dos pacientes enviados pelo Faturamento deverão estar com a documentação em ordem conforme o preconizado pela lei de arquivamento. Só serão recebidos no SPP, os prontuários já faturados e listado com nomes e número de prontuário para conferência no ato do recebimento.

Só sairá prontuário do SPP, mediante solicitação escrita e previamente autorizada pela Direção técnica, administrativa ou geral.

Normas para Arquivo de Documento de Usuários (Prontuário físico em papel)

Arquivo dos Prontuários:

Classificar os prontuários por ano, em seguida classificar por ordem alfabética;

Guardar os prontuários em envelope, identificando com nome do usuário, número de prontuário e ano.

Arquivar todos em ordem alfabética;

Os prontuários de uma mesma pessoa deverão ser arquivados juntos, independentemente do número de internações;

Arquivo dos prontuários de óbitos:

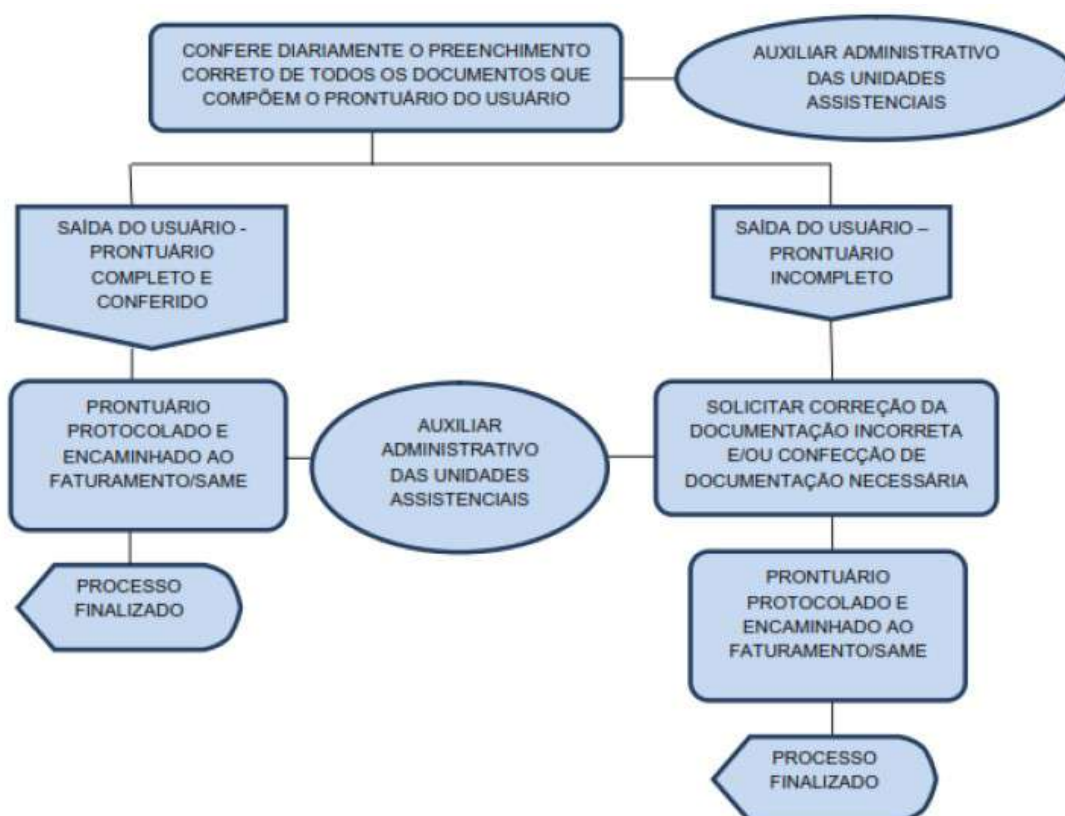
Verificar se existe prontuário arquivado em anos anteriores, se houver deve-se anexar ao prontuário de óbito;

Separar os prontuários por ano e mês e classificá-los em ordem alfabética

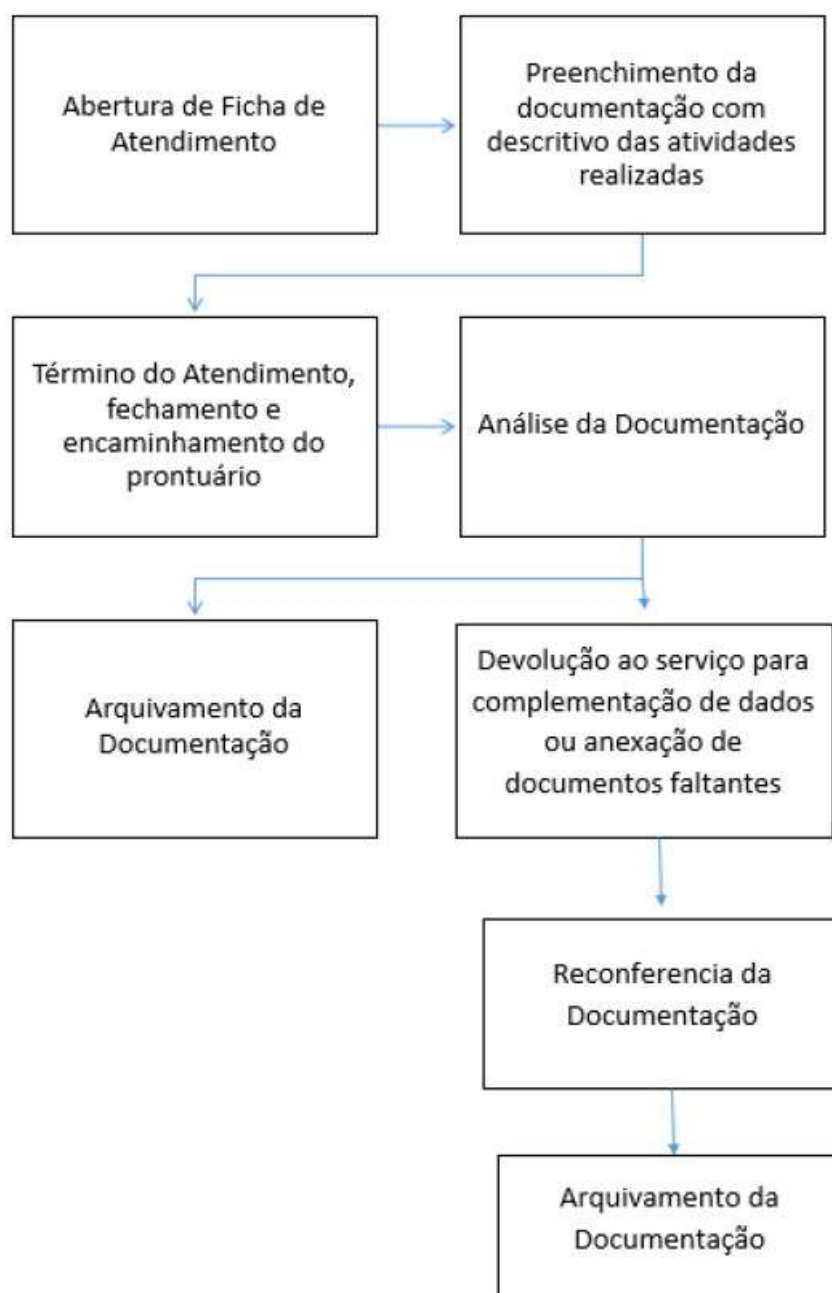
Guardar os prontuários em envelope, identificando com nome do usuário, número de prontuário e ano;

Quando o prontuário for grande usa-se mais de um envelope e posteriormente uma liga para mantê-los unidos;

## FLUXO DE ORGANIZAÇÃO DOS PRONTUÁRIOS



## FLUXO PARA ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS



## FLUXO PARA ARQUIVO DE DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS

Todos os documentos administrativos deverão ser arquivados em caixa de arquivo morto por ordem cronológica a cada ano encerrado e encaminhado para o setor de arquivo.



Protocolo: recebimento, registro, distribuição, tramitação e expedição de documentos: Protocolo é o setor responsável pelo recebimento, registro, distribuição, controle da tramitação e expedição de documentos, com vistas ao favorecimento de informações aos usuários internos e externos.

O controle da documentação é feito pelo setor de protocolo/recepção.

Competências:

Receber, registrar, classificar, distribuir e expedir documentos em geral.

Controla os documentos administrativos.

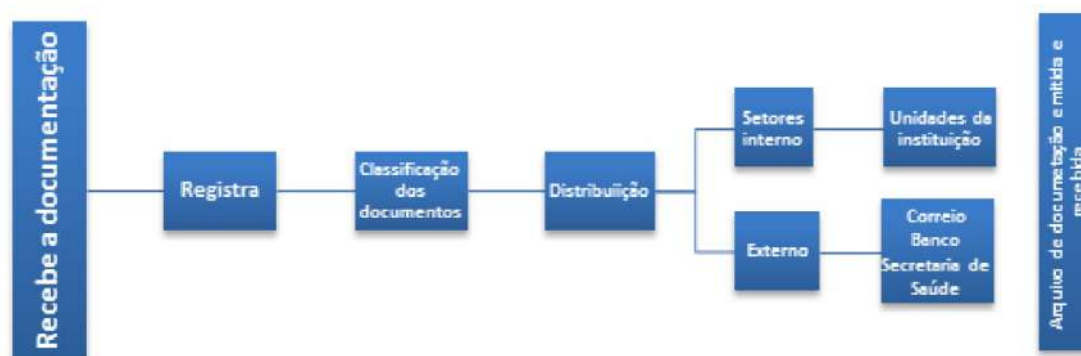
Manter arquivo da documentação administrativa emitida e recebida pelas unidades do Ambulatório.

Executar as atividades relacionadas à recepção, expedição e protocolos de documentos, a manutenção do arquivo administrativa e dados estatísticos, observando normas, rotinas e diretrizes técnicas-administrativas.

Enviar as correspondências para seus destinatários via correio.

Receber as correspondências destinadas a Unidade e enviá-las aos seus respectivos setores.

Orientação das normas necessárias para abertura de processos.



## FLUXOS PARA REGISTROS E DOCUMENTOS DE USUÁRIOS E ADMINISTRATIVOS

### Emissão de Declaração de Comparecimento:

O recepcionista no ato da abordagem solicita um documento (RG ou Certidão de Nascimento) do paciente ou do acompanhante para a verificação do atendimento em sistema informatizado, havendo a confirmação, preenche a Declaração de Comparecimento no sistema informatizado.

O Recepcionista carimba a Declaração de Comparecimento colocando o número de registro de entrada e seu nome de forma legível e entrega a Declaração de Comparecimento para o paciente ou acompanhante.

### Emissão e entrega de atestado médico para o paciente:

Os atestados são emitidos em sistema informatizado pelo médico que prestou o atendimento ao paciente. Em caso de falta de sistema informatizado, o médico determina a necessidade de afastamento do paciente de suas atividades normais, em seguida, anota no verso da senha a necessidade de atestado carimbando e assinando e orienta o paciente a ir à Recepção.

O recepcionista recebe a senha carimbada pelo médico e em seguida anota no livro de controle os seguintes dados: data da solicitação, número do atestado, nome do

paciente; tempo de afastamento, nome, CRM e especialidade do médico. Em seguida, assina o livro colocando o número do RE e solicita que ao paciente/acompanhante a aguardar na sala de espera e dirige-se até o consultório médico que solicitou o atestado.

O médico preenche os campos do atestado entregando-o ao recepcionista.

O recepcionista retorna para a Recepção e entrega o atestado ao paciente ou responsável.

Registro de Usuário e Emissão da Ficha de Atendimento:

O registro dos usuários deve ser feito de forma completa, visando garantir sua identificação rapidamente.

Nenhum usuário poderá ser atendido sem que tenha seus dados registrados no sistema informatizado utilizado na instituição.

O usuário será registrado em seu primeiro atendimento e receberá um número de prontuário gerado pelo sistema, que será único para todo e qualquer atendimento subsequente.

O segurança da entrada recepciona o paciente, verifica o motivo de sua vinda à Unidade e entrega uma senha. Em seguida solicita que ele aguarde o chamado do recepcionista acompanhando atentamente pelo painel;

O recepcionista aciona a chamada de senhas através de sistema informatizado (sendo que deverá ser sempre chamado uma senha normal e uma senha preferencial), recepciona o paciente, solicita os documentos (RG, Certidão de Nascimento e Cartão SUS) e inicia a emissão da FA no sistema.

Nota: No caso da não apresentação de um documento, os dados serão baseados nas informações verbais do paciente ou do acompanhante, informando no campo "Observação" no sistema informatizado, que o paciente não apresentou documento.



O recepcionista elabora a FA cadastrando ou atualizando os seus dados no sistema, realiza a impressão da FA e solicita que o paciente/acompanhante a assine e imprime a etiqueta com os dados do paciente e entrega ao mesmo. Caso haja o paciente esteja acompanhando deverá ser entregue apenas uma etiqueta de acompanhante. Devolve a senha para o paciente/acompanhante orientando que ele aguarde o chamado na espera do Acolhimento com Classificação de Risco onde a equipe de enfermagem irá chamá-lo através da mesma senha.

O recepcionista recolhe as FA's assinadas dos consultórios médicos e as organiza em ordem de Registro de Atendimento (RA). No dia seguinte as FA's deverão ser encaminhadas ao setor de faturamento.

### Fluxo para Central de Materiais Esterilizados

A CME é uma unidade destinada a receber material considerado sujo e contaminado, descontaminá-los, prepará-los e esterilizá-los e armazenar esses artigos para futura distribuição. Esse processamento envolve: a limpeza, o preparo do artigo, o preparo da carga de esterilização, a esterilização, a guarda e a distribuição dos artigos a todas as unidades consumidoras da instituição.

Para o estabelecimento de um fluxo unidirecional é necessário que haja barreiras físicas entre as áreas: suja (expurgo), limpa (preparo da carga de esterilização) e estéril (retirada de material estéril da autoclave, guarda e distribuição de material estéril).

#### Finalidades

Preparar, esterilizar e distribuir todo o material da UPA que requeira esse procedimento;

Aplicar os testes de esterilização em cada lote, seguindo o recomendado na RDC 15/2012: Art. 99 O monitoramento do processo de esterilização com indicador biológico deve ser feito diariamente, em pacote desafio disponível comercialmente ou construído pelo CME ou pela empresa processadora, que deve ser posicionado no

ponto de maior desafio ao processo de esterilização, definido durante os estudos térmicos na qualificação de desempenho do equipamento de esterilização.

Controlar diariamente o arsenal para que não se perca nenhum instrumental;

Padronizar a recepção, no expurgo do CME, de materiais contaminados e execução dos processos de limpeza, descontaminação, lavagem e secagem dos materiais conforme a natureza da constituição de cada material, devidamente padronizado.

A dinâmica de trabalho na CME deve possuir um fluxo contínuo e unidirecional de artigos, evitando o cruzamento de artigos sujos, com os limpos e esterilizados, como também impedir que o funcionário escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa.

### **Fluxo para Material Médico, Insumos e Medicamentos**

Possuir um fluxo de materiais eficiente é muito importante para que qualquer empresa entregue seus produtos no tempo, na qualidade, na quantidade e no lugar certo, ou seja, a essência do conceito de logística. Se em uma empresa comum a esses preceitos são vitais, em um Pronto Socorro, multiplica-se a importância de se manter uma boa gestão de materiais.

A gestão de fluxo de material é definida como “a parte da cadeia de abastecimento que planeja, implementa e controla o fluxo eficiente e armazenamento de bens, serviços e informações relacionadas desde o ponto de origem para ponto de consumo, a fim de atender às exigências dos clientes.

O gerenciamento dos estoques de uma Unidade de Atendimento em Saúde deve garantir o abastecimento eficiente de medicamentos e materiais necessários ao pleno funcionamento da unidade de saúde, atendendo a duas grandes exigências básicas: não haver faltas ou excessos. Esclarece que a Logística deve se preocupar também com o uso equilibrado dos itens, devendo questionar aumentos de consumo, uso indiscriminado de produtos e itens sem movimentação, tendo como apoio as unidades de enfermagem, o corpo clínico e a farmácia.

Serviço de Almoxarifado

Composição do Serviço:

- Coordenador de Suprimentos
- Auxiliar Administrativo

Horário de Funcionamento do Serviço:

Almoxarifado – segunda a sexta-feira, das 8:00 às 17:00

Conceituação

O almoxarifado é o local destinado à guarda e conservação de materiais, tendo a função de destinar espaços onde permanecerá cada item aguardando a necessidade do seu uso, ficando sua localização, equipamentos e disposição interna acondicionados à política geral de estoques da instituição.

O almoxarifado deverá:

assegurar que o material adequado esteja, na quantidade devida, no local certo, quando necessário;

impedir que haja divergências de inventário e perdas de qualquer natureza;

preservar a qualidade e as quantidades exatas;

possuir instalações adequadas e recursos de movimentação e distribuição suficientes a um atendimento rápido e eficiente;

Eficiência do Almoxarifado

A eficiência de um almoxarifado depende fundamentalmente:



da redução das distâncias internas percorridas pela carga e do consequente aumento do número das viagens de ida e volta;

do aumento do tamanho médio das unidades armazenadas;

dá melhor utilização de sua capacidade volumétrica;

#### Organização do Almoxarifado

Analisando a organização de um almoxarifado podemos resumir as suas principais atribuições:

Receber para guarda e proteção os materiais adquiridos pela instituição;

Entregar os materiais mediante requisições autorizadas aos usuários da instituição;

Manter atualizados os registros necessários;

#### CONTROLE:

O controle deve fazer parte do conjunto de atribuições de cada setor envolvido, qual seja, recebimento, armazenagem e distribuição.

O controle deve fornecer a qualquer momento as quantidades que se encontram à disposição em processo de recebimento, as devoluções ao fornecedor e as compras recebidas e aceitas.

#### RECEBIMENTO

As atividades de recebimento abrangem desde a recepção do material na entrega pelo fornecedor até a entrada nos estoques. A função de recebimento de materiais é módulo de um sistema global integrado com as áreas de contabilidade, compras e transportes e é caracterizada como uma interface entre o atendimento do pedido pelo fornecedor e os estoques físico e contábil.

O recebimento compreende quatro fases:

1a fase: Entrada de materiais;

2a fase: Conferência quantitativa;

3a fase: Conferência qualitativa;

4a fase: Regularização

## ARMAZENAMENTO

A guarda dos materiais no Almoxarifado obedece a cuidados especiais, que devem ser definidos no sistema de instalação e no layout adotado, proporcionando condições físicas que preservem a qualidade dos materiais, objetivando a ocupação plena do edifício e a ordenação da arrumação.

## FASES - DESCRIÇÃO

1ª FASE - Verificação das condições de recebimento do material;

2ª FASE - Identificação do material;

3ª FASE - Guarda na localização adotada;

4ª FASE - Informação da localização física de guarda ao controle;

5ª FASE - Verificação periódica das condições de proteção e armazenamento;

6ª FASE - Separação para distribuição;

## DISTRIBUIÇÃO

Os materiais devem ser distribuídos aos interessados mediante programação de pleno conhecimento entre as partes envolvidas.

## ROTINAS DE ATIVIDADES

Receber os produtos



Unidade recebe a Nota-Fiscal / Carta (Doação) e confere com a Ordem de Compra, verificando descrição do produto, quantidade, valor, CNPJ, razão social e data de emissão da NF.

Na área de recebimento do almoxarifado, existem Pallets pretos (área específica), que são específicos para recebimentos dos produtos.

Nota: Após a conferência dos produtos, carimba-se no verso da 1.ª via da nota fiscal a data do recebimento junta a Ordem de Compra, que são lançados em sistema próprio a entrada e encaminha para contas a pagar

Inspecionar os produtos

Existem áreas específicas para o recebimento e inspeção dos produtos.

Para medicamentos, materiais médica unidade ares, insumos e dietas enterais, após a conferência da N.F. são analisados: quantidade; validade; lote e embalagem. No corpo da 2.ª via da N.F e feito a evidência desta conferência através do carimbo de inspeção de recebimento.

Para equipamento médico, após a conferência da N.F. o almoxarifado encaminha o equipamento e a N.F. para a análise técnica do setor de Engenharia Clínica. Depois de analisado e testado o equipamento será patrimoniado e encaminhado para o setor solicitante. A N.F. deverá ser devolvida para o Almoxarifado.

Para equipamento de Informática, após a conferência da N.F. o almoxarifado solicita a presença da Tecnologia da Informação para fazer a análise do equipamento. Estando correto assina a NF, tira uma cópia e encaminha para o setor de patrimônio para patrimoniar o equipamento. Feito todo este processo encaminha o equipamento ao setor de TI.

Nota: Para medicamentos Termolabes à inspeção é feita através de um termômetro digital, onde este nos mostra a temperatura do medicamento, que pode variar de 2º a 8º, segundo instruções do fornecedor que vem na própria embalagem.





Nota: Quando houver divergência no recebimento, entrar em contato com fornecedor para solução do problema e avaliar o desempenho dele no sistema.

Quando ocorrer reincidência de não conformidade, abre-se a não conformidade conforme procedimento. Notifica o setor de compras, e este passa para o fornecedor a não conformidade, solicitando que se tome a ação necessária, a fim de evitar problemas futuros.

Os medicamentos e materiais não conforme, as tratativas são as seguintes:

No almoxarifado os produtos com problemas são acondicionados no pallet pequeno preto com uma fita adesiva amarela, até que seja resolvido o problema.

Inserir os produtos no sistema e avaliar o desempenho do fornecedor

Após o recebimento dos produtos, inicia-se processo de digitação dos dados contidos na N.F. no sistema informatizado disponível.

Na conclusão da entrada da N.F. é realizada uma avaliação de desempenho do fornecedor, preenchendo a ficha no sistema informatizado disponível.

Finaliza-se o recebimento com relatório de entrada da N.F. que será conferido pelo gestor da área.

Após a conferência da entrada, envia-se uma via da N.F., Ordem de Compras a segunda via da N.F. e Ordem de Compras ficam em arquivo do setor.

Manusear

O manuseio é realizado por equipamentos adequados ao uso, respeitando sempre limite de empilhamento, cuidados quanto agentes externos (ex: água, temperatura etc.), bem como os EPI's necessários para essas realizações.

## Armazenar os Produtos

Os materiais e medicamentos são armazenados nos paletts brancos e nas prateleiras.

Na Farmácia Central o controle de temperatura e umidade é feito através de um check list diário, respeitando as normas estabelecidas para cada tipo de produto/medicamentos (quando aplicável).

Após o armazenamento os produtos são etiquetados.

No almoxarifado os insumos são controlados pelas “Fichas Técnicas” de cada produto e são atualizadas anualmente.

Para as dietas enterais, parenterais e fórmula infantil é realizada uma verificação do “Laudo Microbiológico” onde será arquivado na UND ou Farmácia.

O método utilizado para o armazenamento dos materiais e medicamentos é o PEPS (primeiro que entra, primeiro que sai) ou UEPS (último que entra primeiro que sai).

No estoque, o controle de validade dos medicamentos e materiais, é feito pelos auxiliares de suprimentos, onde estes devem verificar mensalmente através do Relatório - administrativo/ produtos com prazo de validade, no dia 25 de cada mês. Caso tenha algum dos materiais ou medicamentos com prazo próximo do vencimento, segue fluxo abaixo:

Os auxiliares de farmácia devem verificar mensalmente a validade dos materiais/medicamentos nas farmácias de acordo com a planilha de responsabilidade elaborada pelo Farmacêutico.

O auxiliar de farmácia, em conjunto com o Farmacêutico, deve analisar as quantidades e verificar se esses materiais/medicamentos serão consumidos antes do vencimento. O auxiliar de farmácia deve realizar a transferência para a unidade em que será consumido. Caso o consumo não seja possível o Farmacêutico entra em contato com o Supervisor ou Assistente de Suprimentos passa a lista do medicamento ou material para que estes entrem em contato com os outros hospitais para verificar a possibilidade da troca ou doação (desde que não seja medicamento sob controle especial).

As baixas de medicamentos e materiais do estoque, devido ao prazo de validade, devem ser realizadas pela equipe de assistência farmacêutica e almoxarifado que irá verificar o local adequado para realização do descarte (Conforme orientação da Comissão de Gerenciamento de Resíduos da unidade) assinado a baixa e arquivando-a na pasta de medicamentos e/ou materiais vencidos.

Nota: Os medicamentos termolabes devem ser armazenados na geladeira sem caixa de papelão e isopor.

Nota: medicamentos que são armazenados na farmácia a temperatura deve ser ambiente, variando de 15º a 30º.

Separar /Transferir / Dispensar / Emprestar

Verificar a necessidade no ponto de pedido do sistema ou necessidades específicos pelos setores / unidades.

Separar, Transferir e/ou Baixar o material e medicamento no sistema informatizado disponível, conferir depois encaminhar e disponibilizar ao sub-estoque, setor ou solicitante.

Emitir Relatório gerenciais

Após fechamento do mês feito pela Controladoria, emitir Relatório de Histórico de Entrada X Saída Consolidada para acompanhamento do prazo médio de estoque e encaminha à Gerência.

O Relatório de Saída / Devolução de Produtos por Setor/Pacientes é encaminhado à controladoria.

Outros relatórios gerenciais utilizados como ferramenta para gestão de estoque são:

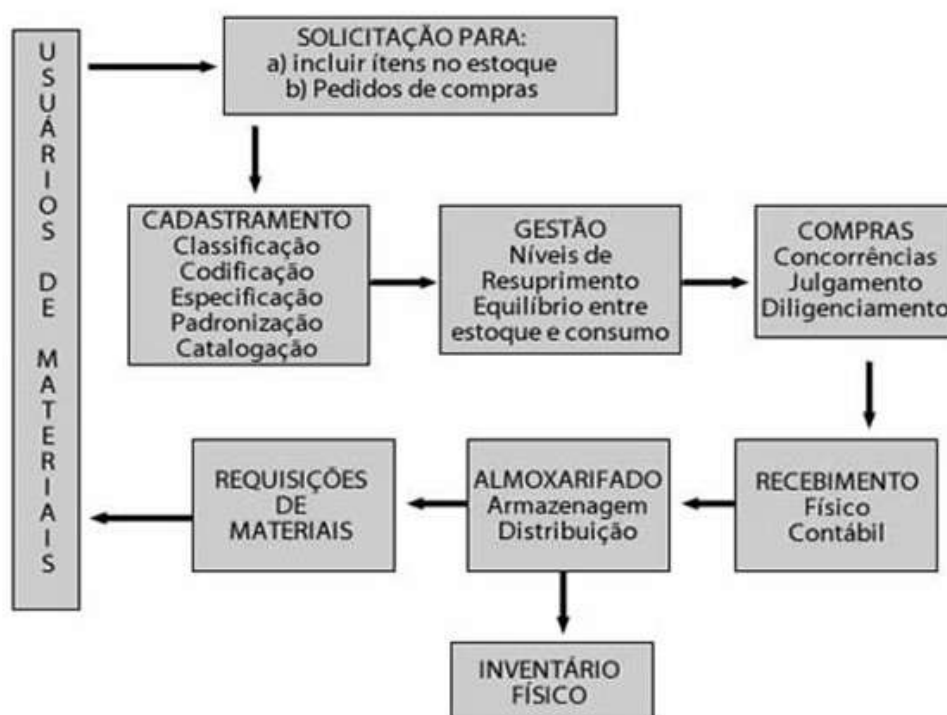
Consumo de Estoque; Balanço Contábil e Curva ABC de Consumo.

Relatório de Consumo de Estoque: serve para buscar e analisar o histórico de consumo dos produtos durante um determinado período. Exemplo: tirar o histórico de saída dos últimos três meses, dois meses etc.

Relatório Balanço Contábil: demonstra todas as movimentações financeiras (entrada de nota fiscal, vale, empréstimo, saída etc.) que tivemos dentro do mês. Para termos estas informações o mês necessariamente deve estar consolidado.

Curva ABC de Consumo: este relatório aponta quais itens do estoque apresenta maior custo para a unidade. Em mãos com estes números, são tomadas ações para maior controle destes itens, a fim de evitar custos desnecessários para a unidade.

#### Fluxo do Setor de Materiais



#### FLUXO DE RECEBIMENTO DE MATERIAIS



### Distribuição de Medicamentos e Materiais

Verificar se é necessária reposição de medicamento e material nas prateleiras;

Dispensar o medicamento e/ou material mediante apresentação da requisição de medicamentos e materiais, verificando data, setor solicitante, assinatura do funcionário autorizado, descrição do medicamento e/ou material e quantidade solicitada;

Retirar do estoque, dar baixa na ficha de prateleira, subtraindo a quantidade dispensada;

Anotar a quantidade do estoque após a baixa na ficha de prateleira;

Conferir o medicamento/ material separado de acordo com a requisição de materiais e medicamentos (esta deverá estar completamente preenchida para a conferência);

Solicitar a orientação do farmacêutico sempre que ocorrer qualquer problema ou dúvida com relação ao medicamento e/ou material solicitado;

### 3) Distribuição de Medicamentos Controlados pela Portaria 344.98

Distribuir os medicamentos sujeitos a controle especial somente mediante requisição de medicamento e material (verificando data, setor solicitante, assinatura do

funcionário autorizado, descrição do medicamento e quantidade solicitada) acompanhada de receita de controle especial;

Retirar do estoque, dar baixa na ficha de prateleira subtraindo a quantidade distribuída;

Carimbar as receitas atendidas (carimbo padronizado) inserido as seguintes informações: data, quantidade, lote, validade, separado por: conferido por:

Conferir o medicamento separado de acordo com a receita e a requisição de materiais e medicamentos (esta deverá estar completamente preenchida para a conferência);

Solicitar a orientação dos farmacêuticos sempre que ocorrer qualquer problema ou dúvida com relação aos medicamentos solicitados;

## SALA DE PROCEDIMENTOS

Descrição do Processo:

É de responsabilidade do profissional de enfermagem da sala de procedimento:

1. Organizar a sala;
2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início de cada plantão;
3. Solicitar ao zelador que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal;
4. Checar o volume, vazamento e funcionamento do cilindro de oxigênio, e verificar chamando a manutenção se necessário e comunicando o enfermeiro;
5. Repor e checar materiais e medicamentos;
6. Executar os procedimentos conforme prescrição médica e/ou do enfermeiro, checando na própria receita e/ ou prontuário com data, horário, COREN e nome legível e preenchendo boletim de produção;





7. Manter a sala limpa, organizada e abastecida.

### Serviço de Prontuário Eletrônico

Na década de 60 surgiram os primeiros Sistemas de Informação, inicialmente para integrar as atividades como faturamento e controle de estoque. Logo após, por volta da década de 70, surgiu o Prontuário Eletrônico, visando melhorar a eficiência e a organização do armazenamento das informações de saúde. No Brasil, a preocupação com a investigação de um modelo de PEP surgiu no meio universitário na década de 90. O PEP é a proposta de união de todos os diferentes tipos de dados produzidos em variados formatos, em épocas diferentes, por profissionais de saúde em diversos locais. Deve ser compreendido como sendo uma estrutura eletrônica para manutenção da informação sob o estado de saúde e cuidado recebido por um paciente ao longo de sua vida. Ele é a principal base de dados a partir da qual são construídos todos os Sistemas de Informação – SI, sejam estes Sistemas de Informações Gerenciais – SIG, Sistemas de Apoio à Decisão – SAD, Construção de Sistemas Especialistas – SE, Sistemas de Apoio ao Ensino – SAE, Sistemas Estatísticos para Pesquisa – SEP, Sistema de Informações Laboratoriais – SIL ou outros. O PEP além de todas as facetas já descritas, apoia a gestão e o fluxo de informação e a comunicação nas organizações de saúde. Como vantagens, destacamos:

acesso remoto e simultâneo (vários profissionais podem acessar um mesmo prontuário e revê-lo de qualquer parte do mundo se existir a transmissão via internet);

legibilidade (dados impressos ou na tela são absolutamente legíveis);

segurança dos dados;

confidencialidade dos dados do paciente;

flexibilidade do layout dos dados;

integração com outros Sistemas de Informação (interface);



captura automática de dados (dados capturados no momento da sua execução, sem passar por digitações, por exemplo);

processamento contínuo dos dados;

assistência à pesquisa;

várias modalidades de saída de dados (voz, e-mail, texto etc.);

construção de diversos tipos de relatórios; e,

dados sempre atualizados.

A otimização do PEP é capaz de fazer com que os pacientes recebam alta um dia antes do que teriam sem seu uso. Nos estágios mais avançados do PEP, o paciente passa a assumir uma posição forte, mais responsável, frente a sua saúde. Isto porque ele passa a ser atuante no processo de decisão sobre as condutas a serem tomadas e na pesquisa de informações sobre a sua doença. Assim como todo e qualquer sistema informatizado, o PEP também tem as suas desvantagens. Cabe à organização que deseja implementá-lo analisar os contrapontos, examinando com cautela a relação custo x benefício. Destacamos:

necessidade de grandes investimentos iniciais em hardware e software;

resistência dos usuários aos procedimentos informatizados;

demora em perceber os reais resultados da implantação do PEP;

falhas no sistema que podem ficar horas ou dias inoperantes; e,

dificuldade na coleta de dados.

Uma unidade de saúde, possui alguns setores cuja forma de produção é semelhante à produção de manufaturados, como lavanderia e farmácia. Eles possuem procedimentos

bem estruturados e grande parte do trabalho pode ser automatizado. Em setores, sobretudo, que tratam da assistência direta ao paciente, como é o caso do PEP, as principais características são a complexidade, a especialização e a personalização, o que torna a implantação mais difícil. Provavelmente a situação mais complexa de ser resolvida: a dificuldade para a completa e abrangente coleta de dados, visto que a maioria das organizações de saúde não se encontram integradas.

Conclui-se então, “um prontuário informatizado mal estruturado pode ser pior do que um prontuário em papel bem

organizado”. Assim sendo, realizaremos ao longo do ano, um trabalho de

conscientização junto a todos os colaboradores da UPA, com o intuito de formar uma “opinião coletiva”, objetivando a divulgação e a demonstração das vantagens e benefícios da implantação do PEP, para num segundo momento, executá-la após exaustivo planejamento.

### Prontuário Eletrônico

Médico acompanha a fila de espera pelo Sistema e seleciona o próximo paciente que será atendido. Durante a consulta, médico pode consultar prontuário, preencher a ficha médica, conduta e hipótese diagnóstica. Pode ainda, fazer receitas, atestados e encaminhamentos; encaminhar paciente para medicação e/ou exames, sendo que, todas ações do médico são realizadas no computador. A Enfermagem visualiza a fila de espera para medicação, faz anotações, solicita materiais, checa a medicação, controla pacientes em observação e sinaliza no Sistema quando o paciente estiver liberado para retorno à consulta médica.

Os Setores de Exames, como Radiologia e Laboratório Clínico, sinalizam no Sistema quando o resultado estiver liberado. Quando tudo que o médico prescreveu for realizado o paciente entra automaticamente na fila de espera para continuação da consulta médica.

Todas as ações ficam armazenadas permanentemente no Sistema. Possibilita a rastreabilidade de todas as etapas e conteúdo do atendimento:

Recepção inclui atendimento, podendo sinalizar se há “Atendimento Preferencial”, e visualiza a fila de espera. Pessoas acima de 60 anos recebem atendimento preferencial automaticamente;

Enfermagem visualiza fila de espera e realiza acolhimento/triagem, informando dados do paciente, queixa e Classificação de Risco;

Médico acompanha a fila de espera pelo Sistema e seleciona o próximo paciente que será atendido. Durante a consulta, o médico pode consultar prontuário, preencher a ficha médica, a conduta e a hipótese diagnóstica. Pode ainda fazer receitas, atestados e encaminhamentos, encaminhar para medicação ou exames, sendo que todas as ações do médico ficam armazenadas permanentemente no Sistema;

Imprime guias e pedidos automaticamente;

Controla o atendimento ao paciente nas diversas situações: aguardando acolhimento/triagem, aguardando consulta, em consulta, em procedimento, em observação, encaminhado para outra especialidade, encaminhado para internação e alta;

Enfermagem visualiza fila de espera para medicação, faz anotações, solicita materiais, checka a medicação, controla pacientes em observação e sinaliza no Sistema quando paciente estiver liberado para retorno à consulta médica;

Setores de exames como Radiologia e Laboratório sinalizam no Sistema quando o resultado estiver liberado;

Quando tudo que o médico prescreveu for realizado, paciente entra automaticamente na fila de espera para continuação da consulta médica;

O sistema armazena todos os fatos que ocorreram com o paciente de forma cronológica, permitindo assim a rastreabilidade do atendimento;

Disponibiliza recurso para o Sistema faturar automaticamente todos os procedimentos realizados; e,

Controla troca de plantão de médicos, transferindo responsabilidade de um profissional para outro.

### Sistema de Gestão Informatizado

O IGPP irá implantação e realizará o treinamento do SIG – Sistema de Informações Gerenciais, que envolve o atendimento, o cadastro, a farmácia, o pronto atendimento, as enfermarias, a nutrição, o SAME e os demais serviços de apoio, buscando sempre a integração da Unidade de Saúde, proporcionando a obtenção de dados e informações, para a o constante subsídio ao planejamento estratégico.

### Serviço de Higiene e Limpeza

A limpeza é um processo que exige uma série de medidas, pois pequenos resíduos podem causar ou permitir a entrada de agentes que possam contaminar os pacientes. É o processo de remoção de sujidades de superfícies do ambiente, materiais e equipamentos, mediante a aplicação e ação de produtos químicos, ação física, aplicação de temperatura ou combinação de processos. (TORRES, 2014).

Segundo a ANVISA (2012) as áreas dos serviços de saúde são classificadas em relação ao risco de transmissão de infecções, com base nas atividades realizadas em cada local, dentre elas:

Áreas críticas: ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, como Centro Cirúrgico (CC), Centro Obstétrico (CO), Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Unidade de Diálise, Laboratório de Análises Clínicas, Banco de Sangue, Setor de Hemodinâmica etc.

Áreas semicríticas: são todos os compartimentos ocupados por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas. São exemplos as enfermarias e apartamentos, ambulatórios, banheiros, posto de enfermagem, elevador e corredores.

Áreas não críticas: são todos os demais compartimentos dos estabelecimentos assistenciais de saúde não ocupados por pacientes. Como exemplos, temos o vestiário, copa, áreas administrativas, almoxarifados, secretaria, sala de costura, entre outras

Os tipos de limpeza, de acordo com a sua abrangência, frequência e os objetivos a serem atingidos são: A limpeza concorrente é realizada de forma geral, diariamente, inclui pisos, instalações sanitárias, superfícies horizontais de equipamentos e mobiliários, alguns utensílios utilizados, esvaziamento e troca de recipientes de resíduos. Há também a limpeza imediata baseada na descontaminação, que é quando ocorre sujidade em qualquer período do dia, como por exemplo, quando o paciente vomita no chão do quarto. Por fim, a limpeza terminal trata da higienização e ou desinfecção mais completa abrangendo horizontalmente e verticalmente pisos, paredes, equipamentos, mobiliários, inclusive camas, macas e colchões, janelas, vidros, portas, peitoris, varandas, grades do ar-condicionado, luminárias, teto etc. Ocorre quando o paciente saiu de alta, transferência, óbito, ou quando o paciente fica mais de 15 dias internado. Vale ressaltar que a equipe de higienização também é muito importante na entrega da experiência do paciente. Muitas vezes são eles que escutam informações que não são ditas aos outros profissionais e que podem transformar a experiência e o cuidado oferecido ao paciente. Existe uma história que o ex-presidente Kennedy quando foi visitar a NASA perguntou ao profissional da limpeza: O que o senhor faz aqui? Ele disse: eu ajudo o homem a ir à lua. É este o espírito que precisamos trazer para o time, TODOS entregam a experiência, e a equipe de limpeza é extremamente importante.

Interfaces com o serviço de controle de infecção





Na avaliação de manuais e protocolos, a padronização de produtos e processos de limpeza, assim como o acompanhamento do cumprimento das legislações vigentes é essencial. Na avaliação dos treinamentos de capacitação sobre boas práticas de controle de infecção, riscos e prevenção, também entram os setores de vigilância de acidentes, técnicas de utilização de Equipamentos de Proteção Individual, precauções de isolamento e Plano de Gerenciamento de Resíduos. Os treinamentos devem ser voltados à execução de processos de limpeza e conscientização dos riscos que os profissionais de higiene estão expostos diariamente, além de medidas preventivas, conforme a NR32. O colaborador é considerado capacitado quando está ciente e devidamente conscientizado sobre medidas de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais relativas ao trabalho por ele exercido.

#### Serviços a Serem Prestados

Os objetivos serão alcançados mediante a prestação de serviços que contemplam descontaminação, desinfecção e limpeza.

- Descontaminação: Tem a finalidade de eliminar total ou parcialmente a carga microbiana de superfícies, tornando-as aptas para o manuseio seguro.
- Desinfecção: Tem a finalidade de destruir os micro-organismos na forma vegetativa, existentes em superfícies inertes, mediante aplicação de agentes.
- Limpeza: Tem a finalidade de remover a sujidade por meio de um processo mecânico, diminuindo, assim, a população microbiana no ambiente.

#### Qualificação

Exige-se da Gerência responsável pelo desenvolvimento do trabalho, comprovada experiência em serviços na área de características e complexidade semelhantes aos que serão realizados.

Em função de disposição contida nas Diretrizes vigentes para Seleção e Contratação de funcionários e, ainda, de eventuais recomendações da municipalidade, serão



consideradas as propostas que venham a ser apresentadas para a realização dos serviços.

Será reservado o direito de solicitar a substituição de quaisquer integrantes da equipe do Serviço de Higienização, caso entenda-se não estarem correspondendo ao desempenho e comportamento esperados para o adequado desenvolvimento do trabalho. A substituição deverá ser efetuada no menor prazo possível, uma vez que não deverá acarretar descumprimento do Programa de Trabalho.

Objetivos, finalidades e princípios gerais

O que é o Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde?

É a limpeza, desinfecção e conservação das superfícies fixas e equipamentos permanentes das diferentes áreas. Tem a finalidade de preparar o ambiente para suas atividades, mantendo a ordem e conservando equipamentos e instalações, evitando principalmente a disseminação de microrganismos responsáveis pelas infecções relacionadas à assistência à saúde.

O que são superfícies em Serviços de Saúde?

São os mobiliários, pisos, paredes, divisórias, portas e maçanetas, tetos, janelas, equipamentos para a saúde, bancadas, pias, macas, suporte para soro, balança, computadores, instalações sanitárias, grades de aparelho de condicionador de ar, ventilador, exaustor, luminárias, bebedouro, aparelho telefônico e outros.

Princípios Gerais para a Limpeza e Desinfecção

- Proceder à frequente higienização das mãos.
- Não utilizar adornos (anéis, pulseiras, relógios, colares, piercing, brincos) durante o período de trabalho. Manter os cabelos presos e arrumados e unhas limpas, aparadas e sem esmalte.

- Os profissionais do sexo masculino devem manter os cabelos curtos e barba feita.
- O uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) deve ser apropriado para a atividade a ser exercida.
- Nunca varrer superfícies a seco, pois esse ato favorece a dispersão de microrganismos que são veiculados pelas partículas de pó. Utilizar a varredura úmida.
- Para a limpeza de pisos, devem ser seguidas as técnicas de varredura úmida, ensaboar, enxaguar e secar.
- O uso de desinfetantes fica reservado apenas para as superfícies que contenham matéria orgânica ou indicação do Serviço de Controle de Infecção.
- O profissional de limpeza sempre deverá certificar se os produtos de higiene, como sabonete e papel toalha e outros são suficientes para atender às necessidades do setor.
- Cada setor deverá ter a quantidade necessária de equipamentos e materiais para limpeza e desinfecção de superfícies.
- Para pacientes em isolamento de contato, recomenda-se exclusividade no kit de limpeza e desinfecção de superfícies. Utilizar, preferencialmente, pano de limpeza descartável.
- O sucesso das atividades de limpeza e desinfecção de superfícies depende da garantia e disponibilização de panos ou MOPs alvejados e limpeza das soluções dos baldes, bem como de todos os equipamentos de trabalho.
- Os panos de limpeza de piso e panos de mobília devem ser lavados na lavanderia.
- Os discos das enceradeiras devem ser descartados após o uso.
- Todos os equipamentos deverão ser limpos a cada término da jornada de trabalho.
- Sempre sinalizar os corredores, deixando um lado livre para o trânsito de pessoal, enquanto se procede à limpeza do outro lado. Utilizar placas sinalizadoras e manter os materiais organizados, a fim de evitar acidentes e poluição visual.

#### Atribuições do profissional de Limpeza e Desinfecção

- Zelar por equipamentos e materiais do serviço durante e após sua utilização, obedecendo às

regras de utilização, limpeza ou desinfecção, de acordo com a necessidade e guardar em local designado após a utilização.

- Notificar defeitos ou extravios de equipamentos e materiais.

- Notificar danos em mobiliário, acessórios, instalações e revestimentos que necessitem de reparo ou substituição.

- Realizar a limpeza de materiais e equipamentos após sua utilização, em salas próprias designadas na instituição para esse fim.

- Utilizar racionalmente recursos como água e energia, evitando desperdícios e colaborando com programas internos de preservação ambiental e responsabilidade social.

- Segregar produtos poluidores como pilhas, baterias, lâmpadas fluorescentes e outros, em recipientes próprios pré-designados no PGRSS da instituição, quando esses não estiverem sido acondicionados pelo gerador em local apropriado. Posteriormente, encaminhar ao setor de manutenção ou conforme PGRSS da instituição.

- Utilizar somente produtos saneantes padronizados, na concentração e tempo recomendados pelo fabricante e SCIH.

- Utilizar somente produtos que estejam em embalagens rotuladas e dentro do prazo de validade.

- Utilizar rotineiramente sabão ou detergente para os processos de limpeza de superfícies, sendo os desinfetantes restritos às situações específicas como, por exemplo, presença de matéria orgânica e microrganismos multirresistentes.

- Não misturar produtos saneantes, exceto quando indicado pelo fabricante, pois essas misturas podem ser perigosas quando inaladas, causam danos ao meio ambiente e seus princípios ativos podem ser neutralizados e inativados. Preparar soluções somente para uso imediato, evitando armazenamento por longos períodos.
- Recolher sacos de resíduos dos recipientes próprios quando 80% de sua capacidade estiver preenchida ou sempre que necessário, evitando coroamento ou transborde. Nesse caso, uma frequência de recolhimento deve ser estabelecida, de acordo com o volume gerado em cada unidade.
- Transportar os resíduos recolhidos em carros próprios, mantendo a tampa fechada sem que haja coroamento, não sendo permitido que os sacos se encostem ao corpo do profissional ou que sejam arrastados.
- Comunicar ao líder do serviço as interferências ou questionamentos de outros profissionais nas rotinas realizadas.
- Realizar a limpeza e a desinfecção da superfície do ambiente que contenham matéria orgânica.
- Realizar as limpezas concorrentes, terminal e imediata de áreas internas e externas pertencentes ao serviço de saúde em questão, que estejam sob responsabilidade do Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde.

#### Equipamentos de Segurança

As medidas de prevenção para a exposição a sangue e fluidos corpóreos e/ou a patógenos respiratórios é essencialmente prevenida por meio da prática de medidas de precaução, incluindo cuidados com material perfurocortante, EPI e EPC.

Os EPI devem ser utilizados pelos profissionais, durante a execução de procedimentos que possam provocar contaminação da roupa com sangue e fluídos corpóreos ou por patógenos que se transmite por contato. A instituição é responsável pelo fornecimento

de EPIs apropriados e em quantidade suficiente aos profissionais do Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde.

## Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e uniforme

EPI é todo dispositivo de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado a prevenir riscos que podem ameaçar a segurança e a saúde.

### 1. Luvas de borracha

Devem ser utilizadas por todo profissional durante execução de procedimentos de limpeza e desinfecção de superfícies em serviços de saúde. Devem ser confeccionadas com material resistente e possuir cano longo para proteção das mãos e proteção parcial de antebraços.

Recomendam-se a utilização de cores diferentes de luvas de borracha.

- Luvas de cor escura: usadas na limpeza e desinfecção de superfícies onde a sujidade é maior.
- Luvas de cor clara: usadas na limpeza e desinfecção de mobiliários.
- As mãos dos profissionais de limpeza e desinfecção de superfícies devem ser lavadas antes e após o uso de luvas.
- Após a utilização, as luvas devem ser lavadas e desinfetadas.
- Quando estiver com luvas não se deve tocar em maçanetas, portas, telefones, botões de elevadores e outros locais.
- Ao usar luvas deve-se segurá-las pelo lado interno, calçando-se sem tocar na face externa. Ao se retirá-las, deve-se segurá-las pela face externa sem tocar a pele.

### 2. Máscaras





A máscara cirúrgica deverá ser usada nas seguintes situações:

- Sempre que houver possibilidade de respingos de material biológico ou produtos químicos em mucosas do nariz e boca.
- Sempre que o profissional entrar em quarto de paciente com patologias de transmissão respiratória por gotículas.
- Em áreas nas quais a utilização seja recomendada pelo SCIH.
- Ambientes com odor fétido.

### 3. Óculos de proteção

Os óculos de proteção devem ser utilizados durante o preparo de diluição não-automática, quando da limpeza de áreas que estejam localizadas acima do nível da cabeça, e que haja risco de respingos, poeira ou impacto de partículas. Devem ser lavados e desinfetados após o uso.

### 4. Botas

As botas (material impermeável, com cano alto e de solado antiderrapante) estão recomendadas para a proteção dos pés e parte das pernas durante atividades com água e produtos químicos e, ainda, para evitar quedas.

### 5. Sapatos

O uso de sapatos é recomendado durante todo o período de trabalho, com exceção nos momentos de lavação de piso, nos quais deverão ser utilizadas as botas.

### 6. Avental

Deve ser utilizado durante a execução de procedimentos que possam provocar contaminação



da roupa com sangue e fluidos corpóreos e produtos químicos ou contaminados. O avental deve ser impermeável, podendo ser usado por cima do uniforme, é recomendado para a realização de atividades com risco de respingos. Pode ser processado pela lavanderia após realização do procedimento de limpeza e desinfecção. Após o uso, deve ser retirado com técnica correta, sem ter contato com a parte externa, e em seguida deve-se fazer a desinfecção.

## 7. Gorro

O gorro deve ser usado em áreas especiais nas quais são exigidas a paramentação completa por parte dos profissionais da instituição. Para as demais áreas do serviço de saúde, recomenda-se que as profissionais de limpeza e desinfecção de superfícies mantenham os cabelos presos e arrumados. Para os profissionais do sexo masculino são imprescindíveis

cabelos curtos e barba feita.

## Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC)

Os EPC's visam à proteção de acidentes com pacientes, funcionários e visitantes. Consistem

de placas ilustrativas (que permitem aos transeuntes identificarem a situação da área delimitada),

cones de sinalização e fitas demarcatórias (sinalização e delimitação de área), fita antiderrapante (para evitar quedas e escorregamento, especialmente em rampas e escadas),

barreira plumbica (ao redor do leito do paciente), coletores de materiais perfurocortantes, sinais de perigo, sinalização com instruções de segurança ou que indicam direção.



## PROIBIÇÕES

- Mistura de produtos saneantes/químicos não previamente autorizados.
- Reaproveitamento de embalagens vazias com produtos saneantes diferentes do rótulo original.
- Alteração na proporção da diluição preconizada.
- Utilização de produtos saneantes fora do período de validade.
- Manuseio do produto saneante sem o uso de EPI apropriados.
- Armazenamento conjunto de produtos saneantes incompatíveis.

## Limpeza e Desinfecção de superfícies

Limpeza: Consiste na remoção das sujidades depositadas nas superfícies inanimadas utilizando-se meios mecânicos (fricção), físicos (temperatura) ou químicos (saneantes). Independentemente da área a ser higienizada, o importante é a remoção mecânica da sujidade e não simplesmente a passagem de panos úmidos para espalhar a sujidade.

## Limpeza Concorrente:

É o procedimento de limpeza realizado, diariamente, em todas as unidades dos estabelecimentos de saúde com a finalidade de limpar e organizar o ambiente, repor os materiais de consumo diário (por exemplo, sabonete líquido, papel higiênico, papel toalha e outros), recolher os resíduos e detectar materiais e equipamentos não funcionantes.

Nesse procedimento estão incluídas a limpeza de todas as superfícies horizontais, de mobiliários e equipamentos, portas e maçanetas, parapeitos de janelas, e a limpeza do piso e instalações sanitárias.



Merece maior atenção, a limpeza das superfícies que tenham maior contato com as mãos do paciente e das equipes, tais como maçanetas das portas, telefones, interruptores de luz, grades de camas, bancada, campainha e outras.

Limpeza Terminal:

Trata-se de uma limpeza mais completa, incluindo todas as superfícies horizontais e verticais, internas e externas. É realizada na unidade do paciente após alta, transferências, óbitos (desocupação do local) ou nas internações de longa duração (programada).

#### TÉCNICA A SER UTILIZADA NA LIMPEZA CONCORRENTE

Técnica dos dois baldes:

Limpeza com a utilização de panos de limpeza de piso e rodo ou outro equipamento padronizado. Facilita o trabalho do profissional de limpeza e desinfecção de superfícies, evitando idas e vindas para trocas de água e limpeza do pano no expurgo.

Etapas:

1. Varredura úmida: Tem o objetivo de remover o pó e possíveis detritos soltos no chão, fazendo uso de pano úmido e rodo. Esses resíduos não podem ser levados até a porta de entrada, devendo ser recolhidos do ambiente com o auxílio de pá. Deve-se iniciar a limpeza pelos cantos e de forma profissional e educada, para que quem esteja no local possa perceber e colaborar, liberando o espaço. Nessa etapa, os dois baldes conterão apenas água.
2. Ensaboar: É a ação de fricção com sabão ou detergente sobre a superfície com a finalidade de remoção de toda sujidade. Nessa etapa, um dos baldes conterá água, e outro, sabão ou detergente.
3. Enxaguar e secar: Tem a finalidade de remover o sabão ou detergente. Nessa etapa, os dois baldes conterão apenas água.



Frequência deve ser feita a Limpeza Concorrente

Áreas críticas: Duas vezes ao dia

Áreas semicríticas: Duas vezes ao dia

Áreas não críticas: Uma vez ao dia

Área externa: Duas vezes ao dia

#### LIMPEZA TERMINAL

O procedimento inclui a limpeza de paredes, pisos, teto, painel de gases, todos os mobiliários como camas, colchões, macas, mesas de cabeceira, mesas de refeição, armários, bancadas, suporte de soro, janelas, vidros, portas, peitoris, luminárias e grades de ar-condicionado.

Nesse tipo de limpeza devem-se utilizar máquinas de lavar piso (realizando-se movimentos “oito deitado” e unidirecional), cabo regulável com esponjas sintéticas com duas faces para parede e os kits de limpeza de vidros e de teto.

As paredes devem ser limpas de cima para baixo e o teto deve ser limpo em sentido unidirecional.

O uso de desinfetantes deverá ser restrito a superfícies que contenham matéria orgânica.

Durante a realização da limpeza terminal, deve-se iniciar pela varredura úmida e retirada de lixo; deixar o piso do banheiro de molho e, em seguida, proceder à limpeza do mobiliário, do teto e paredes; lavar o banheiro e, por último, realizar a limpeza de todos os pisos.

A limpeza terminal deve ser realizada após alta, transferência ou óbito de pacientes ou de forma programada conforme classificação da área.



## Situações Especiais

### 1. Emergência

Equipe de enfermagem:

- Vestir EPIs;
- Realizar a limpeza com compressa embebida em água e sabão e, após secagem, desinfecção com outra embebida em álcool 70% em todas as bancadas, macas, carrinhos e estantes de todos os ambientes do CCA;
- Realizar a troca de todas as traqueias em uso (encaminhando as usadas para esterilização);
- Revisão e organização dos materiais esterilizados (encaminhando os vencidos para esterilização), e dos materiais e medicamentos (desprezando os vencidos).

Zeladoria:

- Vestir EPIs
- Teto, paredes e piso: lavar com água e detergente, enxaguar e secar. Após secagem, realizar desinfecção da parede e piso com hipoclorito.

### 2. Após alta de paciente em precaução de contato

A limpeza terminal será feita como orientada para alta de qualquer paciente, porém nestes casos a desinfecção é obrigatória, utilizando-se álcool 70% para mobiliário e hipoclorito para as paredes e piso.

Frequência que a limpeza terminal programada deve ser realizada

Áreas críticas, expurgo, conservadora e banheiros: Semanal

Enfermarias e demais áreas semicríticas: Mensal





Posto de enfermagem: Quinzenal

Áreas não críticas: Mensal

OBSERVAÇÃO: Após realização de limpeza terminal o formulário de conclusão deve ser preenchido e assinado pelo responsável pelo setor. Em caso de impedimento para a Limpeza terminal programada, caberá ao responsável pelo setor assinar formulário justificando impedimento.

## DESINFECÇÃO

Deve ser realizada apenas em superfícies onde ocorrer derramamento de substâncias corporais ou sangue, inclusive respingos ou nas áreas estabelecidas por este manual.

Quais os desinfetantes padronizados e onde utilizá-los

- Álcool 70%: Indicado para mobiliário em geral. Aplicar, deixar secar espontaneamente e repetir a operação duas vezes.
- Hipoclorito: Indicado para pisos e paredes (lembre-se: corrosivo para metais).

Deve ser utilizado na concentração de 1%.

Como realizar a desinfecção das superfícies

Remover a matéria orgânica com papel toalha ou pano (utilizar pá ou rodo se houver grande quantidade de matéria orgânica) e proceder à limpeza, utilizando a técnica de dois baldes. É

indispensável que o local seja rigorosamente limpo antes da desinfecção.

- Se piso ou paredes:
  - Realizar, primeiramente, a limpeza com água e detergente na superfície a ser desinfetada, com o auxílio do rodo. Enxaguar e secar.



- Após a limpeza, aplicar o hipoclorito na área que foi retirada a matéria orgânica, utilizando fricção e deixando o tempo necessário para ação do produto (10 minutos). Enxaguar e secar.

- Se mobiliário:

- Realizar limpeza com água e detergente na superfície a ser desinfetada.

- Após limpeza do mobiliário, realizar a fricção com álcool a 70% (três vezes consecutivas).

### Supervisão

As atividades da empresa contratada serão acompanhadas pelo Gestor do Contrato de Gestão Do IGPP.

### Atribuições:

- Aprovar o planejamento global dos trabalhos e propor eventuais ajustes;
- Aprovar o planejamento detalhado de cada passo e propor eventuais ajustes;
- Negociar o cronograma;
- Agendar reuniões de acompanhamento com representantes do Município, conforme demanda;
- Convocar reuniões com consultoria eventualmente contratada;
- Negociar a substituição ou a redefinição de operações;
- Solicitar esclarecimentos de dúvidas operacionais formuladas pela Gerência correspondente (instalações, equipamentos, pessoal);
- Acompanhar os trabalhos e dar conformidade a relatórios e outros documentos;
- Dar conformidade final ao trabalho;

- Solicitar a substituição de qualquer dos integrantes da equipe contratada, conforme estabelecido;
- Decidir quanto a possíveis mudanças.

A Gerência correspondente terá autonomia para, quando julgar necessário, requerer esclarecimentos adicionais acerca de princípios, metodologias, critérios e procedimentos ao Gestor do Contrato de Gestão.

O permanente contato da empresa com as Coordenações das Unidades, com a Gerência correspondente e com o CCIH, bem como postura de construção conjunta dos produtos são considerados fatores de sucesso para o bom desempenho do Serviço de Higienização.

### Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico

#### EXAMES DE IMAGEM

Princípio: O serviço de Diagnóstico por Imagem deve trabalhar de forma integrada com os diversos processos e profissionais envolvidos para realizar um atendimento seguro, tanto para o paciente, acompanhantes e visitantes, quanto para os colaboradores e médicos. Deve garantir que todas as imagens sejam adquiridas de acordo com protocolos definidos, baseados em literatura científica. A qualidade das imagens deve estar de acordo com as melhores práticas atuais e contribuir para um diagnóstico e/ou tratamento coerentes. Os laudos devem ser objetivos e o serviço de Diagnóstico por Imagem busca manter uma padronização por método e região examinados.

#### - Raios-X Convencional

É normalmente utilizado para identificar patologias de partes moles e sólidas do corpo e deverá ser operado por um técnico em Radiologia com todo o conceito das aplicações técnicas radiológicas. As imagens geradas são impressas em filmes de diferentes tamanhos dependendo da área de interesse, o equipamento em questão tem como



fonte de aquisição de imagem a radiação ionizante e permite ao Técnico de Radiologia produzir imagens compatíveis com a necessidade do médico Radiologista.

Os procedimentos na área de Diagnóstico por Imagem na radiologia ficam também definidos por radiodiagnóstico.

Compete ao técnico e ao tecnólogo realizar procedimento para a realização de imagens, através da operação de equipamentos específicos nas subáreas definidas.

Todo exame que incluir procedimento médico, administração de contraste iodado ou produto farmacológico para sua realização, deverão ser executados em conjunto com o médico, observadas as atribuições profissionais de cada um.

Devem o Técnico e Tecnólogo em Radiologia pautar suas atividades profissionais observando rigorosa e permanentemente as normas legais de proteção radiológicas, bem como o Código de Ética Profissional.

#### Serviço de Medicina Diagnóstica

Prestar apoio diagnóstico (realização de Raios X, exames laboratoriais, eletrocardiograma) e terapêutico, nas 24 horas do dia, todos os dias do ano.

Disporá de equipamentos e procedimentos para auxílio ao diagnóstico, com avançada tecnologia, tais como:

Eletrocardiograma (ECG).

Laboratório Clínico;

Radiologia Digitalizada.

#### QUANTIDADE ESTIMADA DE EXAMES DE IMAGEM NO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

| ELETROCARDIOGRAMA |                   |                   | Estimativa Mensal = 250 exames |
|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------------------|
| Código            | Descrição         | Estimativa Mensal |                                |
| SIGTAP            |                   |                   |                                |
| 02.11.02.003-6    | Eletrocardiograma | 250               |                                |

| RADIOGRAFIA SIMPLES |                                                       | Estimativa Mensal = 2500 exames |
|---------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Código              | Descrição                                             | Estimativa Mensal               |
| 02.04.01.003-9      | Radiografia Bilateral de Orbitais                     | 30                              |
| 02.04.01.005-5      | Radiografia de Articulação Tempo-Mandibular Bilateral | 20                              |
| 02.04.01.006-3      | Radiografia de Cavum (Lateral + Hirtz)                | 50                              |
| 02.04.01.007-1      | Radiografia de Crânio (PA+Lateral+Oblíqua)            | 30                              |
| 02.04.01.008-0      | Radiografia de Crânio (PA + Lateral)                  | 30                              |
| 02.04.01.009-8      | Radiografia de Laringe                                | 15                              |
| 02.04.01.010-1      | Radiografia de Mastoide/Rochedos (Bilateral)          | 10                              |
| 02.04.01.011-0      | Radiografia de Maxilar (PA+Obliqua)                   | 10                              |
| 02.04.01.012-8      | Radiografia de Ossos da Face (MN+Lateral+Hirtz)       | 30                              |
| 02.04.01.013-6      | Radiografia de Região Orbitária (Corpo Estranho)      | 20                              |
| 02.04.01.014-4      | Radiografia de Seios da Face (FN+MN+Lateral+Hirtz)    | 50                              |
| 02.04.01.015-2      | Radiografia de Sela Tursica (PA+Lateral+Bretton)      | 50                              |
| 02.04.02.003-4      | Radiografia de Coluna Cervical (AP+Lateral+TO)        | 150                             |
| 02.04.02.006-9      | Radiografia de Coluna Lombossacra                     | 100                             |
| 02.04.02.007-7      | Radiografia de Coluna Lombossacra (c/Obliquas)        | 120                             |
| 02.04.02.009-3      | Radiografia de Coluna Toracica (AP+Lateral)           | 80                              |
| 02.04.02.010-7      | Radiografia de Coluna Toraco-Lombar                   | 35                              |
| 02.04.03.007-2      | Radiografia de Costelas                               | 60                              |
| 02.04.03.008-0      | Radiografia de Esofago                                | 50                              |
| 02.04.03.010-2      | Radiografia de Mediasteno (PA+Perfil)                 | 30                              |
| 02.04.03.017-0      | Radiografia de Tórax (PA)                             | 50                              |
| 02.04.03.014-5      | Radiografia de Tórax (PA+Lateral+Oblíqua)             | 70                              |
| 02.04.03.015-3      | Radiografia de Tórax (PA+Perfil)                      | 50                              |
| 02.04.04.001-9      | Radiografia de Antebraço                              | 130                             |
| 02.04.04.002-7      | Radiografia de Articulação Acromio-Clavicular         | 35                              |
| 02.04.04.003-5      | Radiografia de Articulação Escapulo-Umeral            | 50                              |
| 02.04.04.004-3      | Radiografia de Articulação Esterno-Clavicular         | 60                              |
| 02.04.04.005-1      | Radiografia de Braço                                  | 120                             |

|                |                                                            |             |
|----------------|------------------------------------------------------------|-------------|
| 02.04.04.006-0 | Radiografia de Clavícula                                   | 20          |
| 02.04.04.007-8 | Radiografia de Cotovelo                                    | 60          |
| 02.04.04.008-6 | Radiografia de Dedos da mão                                | 150         |
| 02.04.04.009-4 | Radiografia de mão                                         | 90          |
| 02.04.04.010-8 | Radiografia de Mão e Punho (p/determinação de idade óssea) | 60          |
| 02.04.04.011-6 | Radiografia de Escapula/Ombro (três posições)              | 135         |
| 02.04.04.012-4 | Radiografia de Punho (AP+Lateral+Oblíqua)                  | 45          |
| 02.04.05.011-1 | Radiografia de Abdômen (AP+Lateral/Localizada)             | 30          |
| 02.04.05.012-0 | Radiografia de Abdômen Agudo (3 incidências)               | 25          |
| 02.04.05.013-8 | Radiografia de Abdômen Simples (AP)                        | 40          |
| 02.04.05.014-6 | Radiografia de Estômago e Duodeno                          | 15          |
| 02.04.05.015-4 | Radiografia de Intestino Delgado (Trânsito)                | 10          |
| 02.04.06.006-0 | Radiografia de Articulação Coxo-Femural                    | 35          |
| 02.04.06.007-9 | Radiografia de Articulação Sacro-Iliaca                    | 35          |
| 02.04.06.008-7 | Radiografia de Articulação Tibio-Tarsica                   | 25          |
| 02.04.06.009-5 | Radiografia de Bacia                                       | 30          |
| 02.04.06.010-9 | Radiografia de Calcâneo                                    | 20          |
| 02.04.06.011-7 | Radiografia de Coxa                                        | 25          |
| 02.04.06.012-5 | Radiografia de Joelho (AP+Lateral)                         | 50          |
| 02.04.06.013-3 | Radiografia de Joelho ou Patela (AP+Lateral+Axial)         | 10          |
| 02.04.06.015-0 | Radiografia de Pé/Dedos do Pé                              | 15          |
| 02.04.06.016-8 | Radiografia de Perna                                       | 40          |
| <b>Totais</b>  |                                                            | <b>2500</b> |

**Informações Complementares:**

a. A Organização Social deverá em seu quadro de recursos humanos, profissionais qualificados e há habilitados a executar tais exames, podendo se utilizar de contratos para essa finalidade.

A estimativa mensal de exames poderá ser distribuída por “tipo” de exame do mesmo bloco, devido à similaridade quanto ao tipo, bem como ao valor conforme tabela SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPMEs do SUS.

As Tabelas acima poderão sofrer alterações devido às demandas flutuantes, sazonalidade,

|  |                                            |  |
|--|--------------------------------------------|--|
|  | urgências sanitárias dentre outros fatores |  |
|  |                                            |  |

## SERVIÇOS DE LABORATÓRIO

Serviço destinado à análise de amostras de paciente, com a finalidade de oferecer apoio ao diagnóstico e terapêutico, compreendendo as fases pré-analítica, analítica e pós-analítica. Realizam exames de sangue, de urina, de fezes e de líquidos corpóreos (culturas, dosagens bioquímicas etc.) A execução da maioria desses exames é automatizada (utilização de equipamentos, geralmente, dispensando a intervenção direta do analista).

Todo processo de coleta, processamento de material biológico e liberação dos resultados são da responsabilidade do IGPP e será executado por funcionários técnicos treinados e habilitados.

O IGPP se obriga a disponibilizar o resultado do exame no prazo máximo de 03 (TRÊS) HORAS para os exames de emergência. Este prazo se inicia no ato da entrega da amostra.

O IGPP será responsável pela realização dos serviços contratados, de forma ininterrupta. É de responsabilidade do IGPP o cumprimento da Portaria GM/MS n.º 2.472 de 31 de agosto de 2010, sobre as doenças de notificação compulsória para SVS, Secretaria Municipal de Saúde.

Será estabelecido fluxo para comunicar ao médico casos de resultados que se enquadrem nos parâmetros estabelecidos como de emergência ou de gravidade (exames de alerta).

O IGPP utilizará meio de transporte seguro, garantindo a integridade e segurança do material, devendo ser acondicionado em caixas térmicas de temperatura e embalagens ideais, devidamente identificadas, segregadas de acordo com a natureza de compatibilidade do tipo de material de acordo com o proposto na Resolução ANTT Nº





420 de 12 de fevereiro de 2004 e na Portaria Nº 472 de 09 de março de 2009 - Resolução GMC Nº 50/08 – Transporte de Substâncias Infecciosas e Amostras Biológicas. Para todos os exames, serão fornecidas etiquetas de identificação de código de barra. Serão utilizados em todos os equipamentos o controle de qualidade interno e externo e seus registros deverão estar disponíveis aos supervisores da unidade ou pessoal autorizado pela Secretaria Municipal de Guarujá.

O IGPP realizará periodicamente a calibração de equipamentos.

Os exames laboratoriais de urgência e emergência que serão, minimamente, realizados quando solicitados no consultório médico, estão listados abaixo. Outros exames necessários, incluindo culturas, podem ser solicitados aos pacientes em observação, desde que sejam aqueles previstos na lista de serviços do Sistema único de Saúde- SUS. Laboratório Permite o registro dos exames laboratoriais, seguindo o fluxo do laboratório (agendamento, recepção, coleta, emissão dos laudos e entrega ao paciente) com a flexibilidade na configuração dos exames e laudos para os exames realizados, possibilitando o acompanhamento visual do fluxo de realização dos exames, incluindo Laudos de Radiologia e outros exames de imagem, com a utilização de assinatura digital para liberação dos resultados conferidos. Além disso, fornece informações estatísticas dos exames realizados, através de relatórios e gráficos. Disponibiliza os resultados dos exames no prontuário do paciente e possibilita o controle dos exames realizados, evitando a realização de exames repetidos e desnecessários.

Além dos exames abaixo relacionados, outros exames necessários, incluindo culturas, poderão ser solicitados aos pacientes em atendimento e/ou observação.

Relação de exames laboratoriais mínimos necessários:

1. ALBUMINA
2. AMILASE
3. BILIRRUBINA DIRETA
4. BILIRRUBINA TOTAL
5. CALCIO
6. CKMB
7. CPK



8. CREATININA
9. FOSFATASE ALCALINA
10. GAMA GT
11. GLICOSE
12. LDH
13. LIPASE
14. MAGNÉSIO
15. PROTEÍNA TOTAL
16. TGO
17. TGP
18. UREIA
19. TAP/PTT
20. HEMOGRAMA COMPLETO
21. GASOMETRIA
22. TESTE RÁPIDO (HCV, HBsAG, HIV, HCG, SÍFILIS, VHS, DENGUE, TROPONINA)
23. ABO (GRUPO SANGUÍNEO)
24. PCR- PROTEÍNA C REATIVAb

#### SERVIÇO DE RAIO-X

- Rotina do Setor de Radiologia

Realizar o atendimento do paciente de acordo com o exame a ser realizado

Realizar a recepção do paciente, verificar e/ou atualizar o cadastro do paciente, os dados do exame, o médico. Em seguida solicita os exames anteriores para fins de comparação se possuir;

Garantir que a sala para realização do exame esteja preparada para atender o paciente.

Certificar-se da limpeza e do funcionamento dos equipamentos.

Chamar o paciente pelo nome completo.

Fazer a análise crítica do pedido:



Confirmar a identificação do paciente (nome completo, data de nascimento, registro no sistema) através da dupla checagem, e se a unidade tem condições de realizar o exame solicitado.

Pacientes com divergências na identificação, dados incompletos ou sem carimbo do médico são encaminhados à Recepção para resolução do problema e em seguida retornam para a unidade para a realização do exame solicitado.

Pacientes com solicitação de exames que não são realizados na unidade são encaminhados para a Central de Regulação para dar continuidade ao atendimento através das unidades de referência.

Orientar o paciente sobre o procedimento a ser realizado, e no caso de necessidade de preparo anterior confirmar a realização dele.

Solicitar que retire todas as joias, bijuterias, relógio, cinto e outros materiais de metal, que possam interferir no resultado do exame.

Realizar o exame de forma eficaz e garantindo a qualidade dele.

Orientar o paciente, após realização do exame, a aguardar a confirmação do exame e preencher a Pesquisa de Satisfação.

Liberar o resultado para o paciente imediatamente após a realização do exame, quando sem necessidade de laudo, se com necessidade de laudo entregar protocolo para retirada de exames.

Orientar o paciente a se dirigir a recepção para esclarecimentos quanto ao retorno médico.

Exames com laudos são separados por especialidades para confecção do laudo.

Digitação dos laudos.

Laudar e assinar os exames.

Realizar a entrega do resultado, através da apresentação do protocolo de retirada do exame.

- CONTROLE DE DOSIMETRIA

A Dosimetria Individual tem como finalidade determinar o Nível de Doses de radiação recebida pelo usuário como decorrência de seu trabalho. Todos os colaboradores do Serviço de Radiologia devem utilizar o dosímetro encaminhado pela empresa responsável pelo controle da dosimetria individual.

O Dosímetro (LTD) é composto de cristais que possuem uma propriedade chamada de termo luminescente (TL), ou seja, quando os cristais são aquecidos à certa temperatura eles emitem luz ultravioleta cuja intensidade é proporcional à dose. Quando expostos à radiação estes cristais acumulam a energia da radiação incidente durante longos períodos (meses) e a liberam em forma de luz somente quando lidos no Laboratório.

#### ADMINISTRAÇÃO DAS INSTALAÇÕES UTILIZADAS PARA A REALIZAÇÃO DOS EXAMES DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

##### - Limpeza e Higienização

A radiologia, ou departamento de imagem, realiza vários procedimentos de diagnóstico, intervenção e terapia. Esses procedimentos envolvem risco de transmissão de patógenos infectantes a pacientes e profissionais de assistência à saúde (PASs). Essas infecções podem variar desde infecções mínimas (resultantes de procedimentos feitos em pele intacta) até infecções graves (resultantes de procedimentos mais invasivos).

As infecções podem ser transmitidas no departamento de radiologia por várias vias. As superfícies e os equipamentos podem ser contaminados e servir como fonte indireta para a transmissão. Por exemplo, pacientes que precisam de exame de imagem, como aqueles com tuberculose (TB) que precisam de um raio X, podem transmitir patógenos perigosos para os PASs. A transmissão pelo ar também é possível nas salas de espera, áreas de exame ou salas de tratamento.

O departamento de radiologia recebe muitos pacientes devidos aos vários procedimentos de diagnóstico que executa. Esse volume pode levar, em alguns casos, à superlotação das salas de espera e ao fluxo constante de pacientes nas salas de exame, condições ideais para a transmissão de infecções por vias direta ou indireta. O departamento de radiologia também recebe muitos pacientes com doenças

respiratórias, em diversos casos, de transmissão fácil – TB, por exemplo –, que podem servir como fontes de infecção para outros pacientes e PASs, principalmente se não receberam o diagnóstico e não foram estabelecidas precauções para esses pacientes.

- Prevenção e controle de infecções no departamento de radiologia

Adotar as precauções-padrão é a primeira etapa para evitar infecções nesse departamento. Como os pacientes infectados e não diagnosticados podem transmitir rapidamente suas doenças para outros pacientes e PASs, uma estratégia de prevenção importante é usar máscaras (se possível) ou orientá-los sobre a prática da educação ao tossir, incluindo cobrir nariz e boca quando tossir ou espirrar. Os PASs do departamento de radiologia devem usar proteção respiratória ao cuidar desses pacientes.

Os pacientes com casos confirmados ou com suspeita de doenças infecciosas também devem ser separados dos demais. O isolamento dos pacientes com doenças infecciosas confirmadas deve ser feito dentro do possível. Esses pacientes devem ser separados dos demais pelo menos cerca de 1 m, ou colocados em salas para apenas um paciente.

Os colaboradores devem estar alertas sobre a higiene das mãos, e os supervisores precisam garantir que esses materiais estejam disponíveis quando realizarem monitoramento contínuo da adesão do PAS. A higiene das superfícies deve ser feita pela equipe de limpeza, usando agentes de limpeza e métodos adequados. Para reduzir a transmissão de micro-organismos pelo ambiente, as superfícies que entram em contato direto com os pacientes, como mesas de radiologia ou RM, racks torácicos e equipamento para enema, devem ser limpas e desinfetadas entre cada paciente e totalmente limpas dentro da rotina. Algumas superfícies, como as mesas, podem ser cobertas com lençóis laváveis ou papel descartável.

Os pacientes e PASs estão sob risco de transmissão pelos procedimentos invasivos realizados no departamento de radiologia. Os PASs que executam procedimentos invasivos, como angiografia, estão sob risco de exposição a patógenos transmitidos pelo sangue em caso de acidentes com perfurocortantes ou respingos. A proteção para essa situação inclui manusear os perfurocortantes com cuidado, realizar procedimentos de descarte com segurança e usar equipamentos de proteção individual adequados (EPIs).



Foram documentados casos de pacientes que adquiriram infecções transmitidas pelo sangue por reutilizar seringas para injetar isótopos radioativos, assim como casos de hepatite B e C entre pacientes devido a procedimentos inadequados adotados para usar frascos de multidose nos departamentos de radiologia. Portanto, os PASs são responsáveis pelas práticas de injeção segura e técnicas assépticas ao usar frascos de multidose.

- Limpeza, desinfecção e esterilização dos equipamentos de radiologia

Para evitar a transmissão de infecções nesse departamento, os PASs devem limpar, desinfetar e esterilizar de forma eficiente os equipamentos de radiologia. Os hospitais devem estabelecer um calendário regular para limpar, desinfetar e esterilizar esses equipamentos, além de limpá-los após cada procedimento. É necessário fazer a limpeza e a desinfecção de baixo nível nos equipamentos que entram em contato com a pele intacta, como os de radiologia, e esses procedimentos devem ser realizados após cada paciente. Os equipamentos usados para procedimentos invasivos e estéreis devem ser limpos e esterilizados após cada uso. Nos hospitais, o departamento de processamento estéril é responsável por essa tarefa.

Diferentes áreas nesse departamento apresentam diferentes oportunidades para transmissão de infecções, e as seções a seguir discutem algumas daquelas de maior risco.

– Limpeza Terminal (serviços de radiologia)

A limpeza terminal é um tipo de limpeza que deve ser realizada pelo próprio Técnico de Radiologia, após a saída de um paciente, e que visa a redução da contaminação do ambiente, bem como a preparação da sala de exames para o paciente seguinte. Esta limpeza deve ser efetuada utilizando luvas descartáveis. Procedimentos a efetuar durante a limpeza terminal: - Remoção do papel da mesa (caso tenha sido utilizada para a realização do exame) e depositá-lo no contentor de resíduos do Grupo I e II.

- Depositar a bata utilizada pelo paciente (caso tenha sido utilizada) no contentor de resíduos dos Grupos I e II;



- Sempre que qualquer contentor de resíduos esteja com mais de dois terços da sua capacidade, o Técnico de radiologia deve solicitar à equipa de limpezas, ou Assistente Operacional a sua remoção.

- Limpeza/desinfecção do equipamento (Potter vertical, mesa, IP's etc.) que esteve em contato direto com a pele do paciente; Limpeza/desinfecção do equipamento Sempre que um paciente esteja em contato direto com equipamento (que não seja descartável), deve-se proceder à limpeza e se necessário desinfecção desse material, como é o caso do Potter vertical, mesa de exames, IP's, suporte da ampola etc. Esta limpeza/desinfecção deve realizar-se da seguinte forma:

- Limpar utilizando compressas/toalhetes, embebidos em água e sabão, deixando depois a superfície secar.
- Desinfetar a superfície que esteve em contato direto com o paciente, utilizando toalhas embebidas em solução alcoólica, ou com álcool a 70%, ou ainda com uma solução antisséptica disponibilizada pelos serviços (para estes dois últimos casos deve-se utilizar toalhetes ou compressas embebidas em álcool a 70% ou na solução antisséptica, para a realização da desinfecção). O material utilizado para a desinfecção (toalhas ou compressas) deverá ser colocado no contentor de resíduos dos Grupos I e II. Existem casos de microrganismos que obrigam a que a desinfecção seja realizada com soluções específicas e que sejam tomadas outras precauções particulares com pacientes que estejam contaminados por estes microrganismos. No entanto, quando houver o risco de infeção por algum desses microrganismos, a instituição deve informar que tipos de cuidados se deve tomar, e as requisições destes pacientes devem informar o Técnico de Radiologia acerca da possibilidade de infeção.

- Limpeza dos equipamentos plumbíferas de proteção radiológicas (aventais, protetores gônadas etc.) Estes equipamentos devem ser limpos mensalmente, ou sempre que se encontrarem sujos, ou houver hipótese de terem estado em contato com matéria orgânica, pelo Técnico de Radiologia, para que não sofram qualquer dano na sua estrutura. Esta limpeza deve ser feita de acordo com as instruções do fabricante que estão presentes no equipamento.



## Laboratório de Análises Clínicas

Todo processo de coleta, processamento de material biológico e liberação dos resultados são de responsabilidade da IGPP e será executado por funcionários técnicos treinados e habilitados.

Os exames laboratoriais básicos como hemograma, glicose, ureia, creatinina, troponina, CK, CK MB e PCR serão entregues em no máximo 02 (duas) horas, a contar da entrega da amostra.

Os serviços serão realizados de forma ininterrupta, observando-se a Portaria GM/MS n.º 2.472 de 31 de agosto de 2010, sobre as doenças de notificação compulsória para SVE, SMS e ADOLFO LUTZ, ou posterior que regule o assunto, sem prejuízo ao atendimento praticado na Unidade.

Haverá fluxo estabelecido para comunicar ao médico, casos de resultados que se enquadrem nos parâmetros estabelecidos como de emergência ou de gravidade;

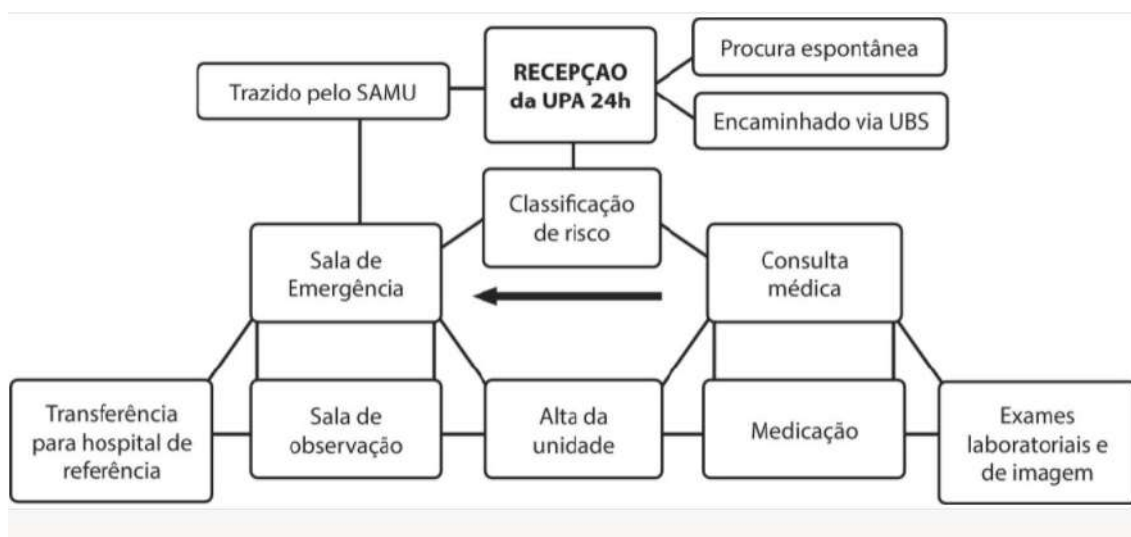
A IGPP utilizará, quando necessário, meio de transporte seguro, garantindo a integridade e segurança do material, devendo ser acondicionado em caixas térmicas de temperatura e embalagens ideais, devidamente identificadas, segregadas de acordo com a natureza de compatibilidade do tipo de material, de acordo com o proposto na RESOLUÇÃO ANTT n.º 420 de 12 de fevereiro de 2004 e na PORTARIA n.º 472 de 09 de março de 2009 – RESOLUÇÃO GMC n.º 50/08 – transporte de substâncias infecciosas e amostras biológicas;

Todos os exames irão possuir etiquetas de identificação de códigos de barras.

A IGPP utilizará em todos os equipamentos, os controles de qualidade interno e externo e, seus registros deverão estar disponíveis aos supervisores da unidade ou



peçoal autorizado pela SMS SÃO JOÃO DA BOA VISTA/SP, e irá realizar periodicamente a calibração dos equipamentos.



## NORMAS GERAIS DE SEGURANÇA EM LABORATÓRIO

As atividades realizadas em laboratório requerem do profissional uma série de cuidados, justificada pelo risco à saúde, em função do manuseio de material biológico contaminado, bem como da utilização de vidraria, equipamentos e produtos químicos.

### 1.1. REGRAS BÁSICAS PARA O TRABALHO EM LABORATÓRIO

As boas práticas são fundamentais e referem-se às normas de conduta que regem os trabalhos de laboratórios, de modo a garantir a segurança individual e coletiva, bem como a reprodutibilidade da metodologia e dos resultados obtidos.

#### a) Higiene e hábitos pessoais

- Manter cabelos longos presos;
- Usar exclusivamente sapatos fechados no laboratório;
- O ideal é não usar lentes de contato. Se for indispensável usá-las, não podem ser manuseadas durante o trabalho e devem ser protegidas por óculos de segurança;

- Não aplicar cosméticos quando estiver na área laboratorial;
- Não usar *piercing*;
- Manter as unhas cortadas e limpas;
- Não usar acessórios e adornos durante as atividades laboratoriais. Os crachás presos com cordão em volta do pescoço devem estar sob o jaleco dentro da área analítica;
- Não colocar objetos à boca;
- Lavar as mãos com água e sabão, por meio de técnica adequada (Figura 1) para a remoção mecânica de sujidades e a microbiota transitória da pele.

#### NOTAS:

- I - As mãos devem ser lavadas ao entrar no laboratório, depois de manipular amostras, depois de realizar qualquer procedimento, depois de tirar luvas e jaleco e antes de sair do laboratório (Figura 1).
- II- Após a lavagem das mãos, aplicar antissépticos, preferencialmente álcool a 70% (glicerinado ou não).
- III - O uso de luvas não substitui a necessidade da LAVAGEM DAS MÃOS porque elas podem ter pequenos orifícios inaparentes ou danificar-se durante o uso, podendo contaminar as mãos quando removidas.

Figura 1: Técnica de higienização das mãos.





Fonte: ANVISA, 2007.

## b) Normas para a área analítica

- Não pipetar com a boca;
- Não fumar, beber ou se alimentar;
- Não armazenar alimentos e artigos de uso pessoal no laboratório;
- Não assistir televisão e ouvir aparelhos eletrônicos, inclusive com fone de ouvido;



+55 11 3034-0511



faleconosco@igpp.org.br



www.igpp.org.br



@igpp.instituto



- Não segurar o telefone ou manipular qualquer outro objeto externo à área analítica calçando luvas;
- Não usar telefones celulares durante as atividades laboratoriais;
- Não usar equipamentos da área analítica para aquecer e preparar alimentos;
- Não utilizar refrigeradores para armazenar alimentos ou bebidas;
- Não receber pessoas estranhas ao serviço, inclusive crianças;
- Não usar ventiladores;
  
- Não manter plantas e animais na área analítica, que não estejam diretamente relacionados com o trabalho técnico.

### **c) Práticas de limpeza e descontaminação**

As superfícies das bancadas de trabalho devem ser limpas e descontaminadas antes e após os trabalhos e sempre após algum respingo ou derramamento (vide item 13.2).

### **d) Formação de aerossóis**

Todos os procedimentos de laboratório devem ser conduzidos com o máximo cuidado para evitar a formação de aerossóis. Em casos inevitáveis, como nas operações em centrífugas, aguardar 5 a 10 minutos após cessar a centrifugação, sendo recomendável usar máscara de proteção respiratória descartável tipo PFF2 (eficiência mínima de filtração de 94%).

### **e) Uso de pipetas e de dispositivos auxiliares de pipetagem (mecânicos ou automáticos)**

- Usar sempre um dispositivo auxiliar de pipetagem;
- Eliminar os líquidos das pipetas de forma suave;
- Pipetas graduadas devem conter barreira de algodão na extremidade superior interna, para reduzir o risco de contaminação dos dispositivos de pipetagem;
- Pipetas contaminadas devem ser mergulhadas por completo (horizontalmente) em um recipiente inquebrável contendo água. Esterilizar o recipiente com as pipetas em autoclave.

## 1.2. DESCONTAMINAÇÃO

- a) Descontaminar todas as superfícies de trabalho diariamente utilizando álcool a 70%, ou hipoclorito de sódio a 0,1-1% (biologia molecular). Quando houver respingos ou derramamentos observar o processo de desinfecção específico para escolha e utilização do agente desinfetante adequado.
- b) Colocar todo o material potencialmente contaminado por agentes biológicos em recipientes com tampa e a prova de vazamento, antes de removê-los do laboratório para autoclavação.
- c) Descontaminar por autoclavação ou por desinfecção química, todo o material potencialmente contaminado por agentes biológicos, como: vidraria, equipamentos de laboratório etc.
- d) Descontaminar todo equipamento antes de qualquer serviço de manutenção, de acordo com o procedimento operacional padrão.
- e) Colocar vidraria quebrada e pipetas descartáveis, após descontaminação, em caixa com paredes rígidas para perfurocortantes, devidamente identificada, e descartada como lixo comum.

## 1.3. EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL – EPI

São empregados para proteger o pessoal da área de saúde do contato com agentes infecciosos, tóxicos ou corrosivos, calor excessivo, fogo e outros perigos. Também servem para evitar a contaminação do material em experimento ou em produção.

### Luvas

As luvas devem ser usadas em atividades laboratoriais com riscos químicos, físicos (cortes, calor, radiações) e biológicos. Fornecem proteção contra dermatites, queimaduras químicas e térmicas, bem como as contaminações ocasionadas pela exposição repetida a pequenas concentrações de numerosos compostos químicos.



## Protocolos de Estratificação e Classificação de Risco

**VERMELHO**- Prioridade 1: Pacientes com condições que ameaçam a vida ou com sinais iminentes de risco de deteriorização do quadro clínico \* Tempo para o atendimento médico: Imediato.

### I. TRAUMA\*

#### 1. Grande Trauma

Politraumatizado grave: lesão grave de um ou mais órgãos, sistemas e/ou comprometimento de coluna cervical.

Queimaduras graves: > 20 % da superfície corpórea (SC) nas lesões de 2º e 3º grau em adulto; crianças e idosos com mais de 10% da SC nas lesões de 2º e 3º grau; e > 5% SC nas lesões de 3º grau.

Queimaduras químicas e/ou elétricas.

Traumatismo cranioencefálico (TCE) grave ECG < 10 pontos.

Amputação com alteração dos sinais vitais.

Lesão no tórax e/ou abdômen com alteração respiratória, hipotensão, taquicardia, estado mental e/ou dor severa. Grandes hemorragias com alteração dos sinais vitais.

\* Verificar o modificador – mecanismo da lesão, pensar em TCE e proteção de coluna cervical.

## SITUAÇÃO / QUEIXA

### II. ALTERAÇÃO DO ESTADO MENTAL

1. Estado de inconsciência – overdoses, intoxicação exógenas, estado de anafilaxia, hipoglicemia e cetoacidose diabética.

2. Estado de crise convulsiva – Crises > 5 minutos (Estado de Mal Epilético).

### III. ALTERAÇÃO CÁRDIO - VASCULAR.

1. Parada cardiorespiratória (PCR) – Pacientes em PCR ou com sinais sugestivos de parada.

2. Estados de choque – Condições em que exista um desequilíbrio entre a oferta de O<sub>2</sub> e a demanda, caracterizado por: sudorese intensa, pele fria e pegajosa, palidez e hipotensão, taquicardia e bradicardia com instabilidade.

3. Dor no peito associada à falta de ar e cianose – dor tipo facada, em aperto, agulhada com irradiação para um ou ambos os membros superiores, região cervical e mandíbula; início súbito, acompanhada de sudorese, náuseas, vômitos ou queimação gástrica e/ou perda da consciência.

4. Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com supras-te. \* Atenção para os pacientes com história anterior de DAC, embolia pulmonar, aneurisma e/ou diabetes.





#### IV. ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA

1. Alterações respiratórias graves – Bradipnéia ou taquidispnéia ( $FR < 10$  e  $> 30$ ), incapacidade para falar, cianose, sibilos, respiração diafragmática e estado de mal asmático  
– Incapacidade para falar, letargia, confusão e saturação  $< 90\%$ .

#### V. COMPETÊNCIA

1. Primeiro Atendimento: UBS; PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL; SAU 192.

2. Local de Atendimento: Sala de Emergência

3. SAU 192: USA

4. Atendimento Definitivo:

5. Atribuições

→ Enfermeiro:

I. Iniciar S.B.V em caso de P.C.R

II. M.O.V

III. Acompanhar o paciente

IV. Chamar o médico para a Sala de Emergência

→ Médico

Iniciar S.B.V e S.A.V. em caso de P.C.R

**LARANJA** – Prioridade 2: Pacientes com condições que potencialmente, ameaçam à vida e requerem rápida intervenção médica e de enfermagem.

\* Tempo para o atendimento médico: Obrigatoriamente  $\leq 10$  minutos.

SITUAÇÃO / QUEIXA



## I. TRAUMA

### 1. Trauma Grave\*

TCE com Escala de Coma de Glasgow >10 e <= 14 pontos ou com comprometimento da coluna cervical ou associado com cefaleia severa, perda da consciência, dor cervical e vômitos.

Forças de aceleração ou desaceleração (veículos motorizados acima de 35 km/h, quedas ou explosões) com ou sem alteração dos sinais vitais e/ou com perda da consciência após o acidente, mesmo que momentânea.

Suspeita de fraturas de costelas: 1ª e 2ª Costelas; 9ª, 10ª e 11ª costelas ou mais de 3 costelas.

Possível aspiração ou contusão pulmonar.

Amputação traumática.

Óbitos no local do acidente.

Mordeduras ou picadas de animais peçonhentos de grande repercussão: ex. cobras venenosas, escorpiões (com dor intensa).

Tentativas de suicídio e alteração do estado mental.

Empalamentos por corpo estranho.

Acidente em rodovia.

\* Verificar o modificador – mecanismo da lesão, pensar em TCE e proteção de coluna cervical.

## II. ALTERAÇÃO DO ESTADO MENTAL

1. Infecções graves – febre mais exantema petequial ou púrpura e com sinais vitais alterados.

2. Intoxicações exógenas - Deve-se levar em consideração o tipo de droga, a quantidade e tempo de ingestão (<=12 pontos).

3. Distúrbios neurológicos graves e agudos (plegias, dislalia, cefaleia intensa), tempo de início dos sintomas < 3 horas.

4. Cefaléia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva acompanhada de sinais e sintomas neurológicos - paresia, plegias, alterações no campo visual, dislalia e afasia.

5. Imunossuprimido com alteração do nível de consciência e/ou deteriorização do quadro clínico.

## II. ALTERAÇÃO DO ESTADO MENTAL

1. Infecções graves – febre mais exantema petequial ou púrpura e com sinais vitais alterados.

2. Intoxicações exógenas - Deve-se levar em consideração o tipo de droga, a quantidade e tempo de ingestão (<=12 pontos).

3. Distúrbios neurológicos graves e agudos (plegias, dislalia, cefaleia intensa), tempo de início dos sintomas < 3 horas.

4. Cefaléia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva acompanhada de sinais e sintomas neurológicos - paresia, plegias, alterações no campo visual, dislalia e afasia.

5. Imunossuprimido com alteração do nível de consciência e/ou deteriorização do quadro clínico.

### III. OLHOS E OUVIDOS

1. Dor ocular – 8-10/10 – após exposição química, queimadura e/ou corpo estranho com alterações visuais; Glaucoma; Perfuração.

### IV. ALTERAÇÃO CARDIOVASCULAR

1. Dor torácica com duração superior a 30 minutos, sem melhora em repouso e história anterior de DAC.
2. Dor torácica com ou sem alteração dos sinais vitais.
3. Dor visceral contínua com duração entre 2-5 minutos.
4. Crise hipertensiva P.A.S  $\geq$  220 mmHg e P.A.D  $\geq$  130mmHg e sinais de comprometimento de órgãos alvos (cefaleia severa, dor no peito, parestias, parestesias, plegias, náuseas e vômitos).
5. Hipotensão grave – P.A.S. < 80 mmHg e P.A.D.

### V. ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA

1. Estados de hiperpirexia – temperatura > 40º, associado à falta de ar.
2. Alteração respiratória grave: asma severa com saturação O<sub>2</sub> < 90% e sinais vitais alterados.
3. Dispneia FR > 34 – A ausculta pulmonar permite intervenção precoce para a maioria dos casos de falta de ar.
4. Reações alérgicas graves – com queixa de aperto na garganta ou sinais respiratórios.

### VI. ALTERAÇÃO ABDOMINAL

1. Dor abdominal grave – 8-10/10, de início súbito e alteração sinais vitais (P.A.S < 90 mmHg ou >180 mmHg, FC > 120 e <50).

### VII. ALTERAÇÃO GENITURINÁRIA

1. Dor severa em região genital – 8-10/10 com hematomas, considerar traumas.
2. Sangramento vaginal ou dor pélvica de origem súbita e aguda, alteração dos sinais vitais – considere prenhez ectópica.
3. Retenção urinária severa, dor intensa – 8-10/10 e alteração dos sinais vitais.
4. Priapismo com dor severa – 8-10/10.

### VIII. DOR

1. Dor grave 8-10/10, com sinais vitais alterados e qualquer um dos sintomas: sudorese, náuseas/vômitos e postural, de origem aguda central ou periférica.

#### IX. ALTERAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

1. Abstinência de drogas – Delirium Tremens, convulsões, coma, confusão, agitação, taquicardia e alteração da pressão arterial.
2. Psicoses agudas/agitação extrema – Negação violenta das óbvias injúrias com pensamentos de fuga e alteração do discurso, e ocasionalmente, com respostas inapropriadas.

#### X. OUTRAS COMPLICAÇÕES

1. Vômitos incoercíveis e/ou diarreia com sinais de desidratação grave.
2. Abuso, negligência ou violência sexual com dor intensa – Proporcionar ambiente seguro e calmo com suporte emocional.
3. Complicações pós-operatórias: grandes eviscerações.
4. Alterações dos sinais vitais em pacientes sintomáticos: Pulso > 140 ou < 45 bpm P.A.S < 80 mmHg ou P.A.D >= 130 mmHg. FR > 34 ou < 10 irpm. Saturação de Oxigênio < 90%.

#### XI. COMPETÊNCIA

1. Primeiro Atendimento: UBS/UPA
2. Local de Atendimento: Preferencialmente na Sala de Emergência
3. SAU 192: USA ou USB
4. Atendimento Definitivo: Hospital
5. Atribuições
  - Enfermeiro:
    - I. Iniciar S.B.V em caso de P.C.R
    - II. M.O.V
    - III. Acompanhar o paciente
    - IV. Chamar o médico para a Sala de Emergência
  - Médico:
    - I. Iniciar S.B.V e S.A.V em caso de P.C.R
    - II. Estabilização: V.A Reposição de Volume Drogas Desfibrilação/Cardioversão
    - III. Comunicar o SAMU em caso de transferência

**AMARELOS**- Prioridade 3: Pacientes em condições que podem, potencialmente, evoluir para problemas sérios e requerem atendimento médico e de enfermagem, porém não correm risco imediato de morte.

\* Tempo para o atendimento médico: Obrigatoriamente <=60 minutos.

I. TRAUMA\*

1. Trauma moderado Queda da própria altura sem alteração do estado mental (Glasgow 15 pontos) e sinais vitais normais.

TCE Leve – Glasgow 15 pontos, sem perda da consciência.

Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro-vascular ou dor severa – 8-10/10.

Mordeduras ou picadas de animais peçonhentos de menor repercussão – verificar o tempo que ocorreu o evento.

Queimaduras leves 1º e 2º grau – < 5% da superfície corpórea.

TCE tardio com dor severa – 8-10/10. Acidente com material perfurocortante – verificar o local de referência.

\* Verificar o modificador – mecanismo da lesão, pensar em TCE e proteção de coluna cervical.

SITUAÇÃO / QUEIXA



## II. ALTERAÇÃO DO ESTADO MENTAL

1. Alteração do estado mental leve/moderada (agitação, letargia ou confusão) e Glasgow >13 pontos.
2. Convulsões – convulsão prévia ou ataque recente, inclusive pós-ictal, < 5 minutos de duração; o paciente deve estar fora da crise, em alerta e sinais vitais normais.
3. História de desmaios recentes.
4. Cefaléia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, não acompanhada de sinais e sintomas neurológicos – paresia, alterações no campo visual, dislalia, plegia e afasia.
5. Alterações nos diabéticos: sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquidispnéia e/ou taquicardia – Fazer teste de glicemia.
6. Intoxicações exógenas, sem alteração dos sinais vitais, Glasgow de 15 pontos e tempo de ingestão >6 horas.

## III. OLHOS E OUVIDOS

1. Dor ocular – 8-10/10, sem alterações visuais ou dos sinais vitais, com eritema e/ou lacrimejando.
2. Corpo estranho no ouvido ou olho no período < 8 horas.

#### IV. ALTERAÇÃO CARDIOVASCULAR

1. Dor torácica aguda que piora com a respiração, tosse ou palpação, não associada à falta de ar ou outros sintomas de doenças cardíacas, inclusive o paciente não deve ter passagem, no serviço de saúde, por doenças coronarianas; nem características de dor visceral.
2. Crise hipertensiva PAS  $\geq$  220 e PAD  $\geq$  120, sem indicações de comprometimento de órgãos vitais (cefaleia, dor no peito, plegias, paresias e/ou parestesias).
3. História recente de melena ou hematêmese com sinais vitais normais. Se vômitos e/ou evacuações > 5 episódios no período de 24 hs – aumentar o nível de classificação.
4. Sangramento vaginal com dor abdominal e alterações de sinais vitais – gravidez confirmada ou suspeita.
5. Epistaxe recorrente e não ativo, com alteração dos sinais vitais.
6. Dor em MIMI com ausência de pulso pedioso, eritema, calor e/ou edema.

#### V. ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA

1. Crise asmática – leve/moderada, falta de ar aos esforços, tosse frequente e sat. de O<sub>2</sub> > 93%.
2. Alteração respiratória leve/modera – dispnéia, estertores crepitantes, roncosp>
3. Febre 39° /40°. 4. Reações alérgicas sem comprometimento respiratório.





#### VI. ALTERAÇÃO ABDOMINAL

1. Dor abdominal – 8-10/10, não súbita, com náuseas/vômitos, sudorese e alteração de sinais vitais – taquicardia, bradicardia, hipertensão, hipotensão e/ou febre. \* Verificar o modificador – Severidade da dor.

#### VII. ALTERAÇÃO GENITURINÁRIA

1. Dor intensa – 8-10/10 tipo “cólica”, em região lombar, sem alteração dos sinais vitais – Proporcionar maca para o conforto deste paciente.  
2. Disúria - dor intensa – 8-10/10. 3. Vítimas de abuso sexual ou agressão física com sinais vitais normais – Proporcionar ambiente calmo e suporte emocional.

#### VIII. DOR

1. Dor forte 8-10/10 com sinais vitais normais e nenhum outro sintoma observado, de origem aguda ou crônica.  
2. Dor moderada de 4-7/10 de origem central e aguda. \* Verificar o modificador – Severidade da dor.

#### IX. ALTERAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

1. Psicose aguda/suicida leve ou moderada. 2. Problemas psiquiátricos sem agitação psicomotora e sinais vitais normais.

#### X. OUTRAS CONDIÇÕES

1. Sintomatologias de doenças altamente contagiosas – Tuberculose, Varicela, Meningite, H1N1 (medidas de precaução e isolamento).
2. Vômitos/diarreias persistentes com desidratação – letargia discreta, mucosas ressecadas, turgor pastoso e alterações dos sinais vitais.
3. Transplantados com alteração dos sinais vitais.
4. Nefropatas – em hemodiálise e alterações dos sinais vitais.
5. Imunossuprimidos – Quimioterapia, neoplasias, HIV – com alterações dos sinais vitais.
6. Coloração da pele – descorada ou ictérica com alterações dos sinais vitais.
7. Abscesso com flutuação (tumefação, dor intensa, calor e rubor).
8. Lesões de pele graves com eritema, dor, calor e/ou odor.
9. Prurido intenso.
10. Retorno do paciente no serviço de urgência por sintomas agudos no período de 7 dias.
11. Alterações dos sinais vitais em paciente assintomáticos e com antecedentes respiratórios, cardiovasculares e/ou metabólicos: Pulso >50 ou <= 140 bpm PAS < 80 mmHg ou PAD > 130mmHg FR > 34 ou < 10 irpm Saturação de Oxigênio > 90%.

**VERDES** - Prioridade 4: Pacientes que apresentam potencial para complicações (condições agudas ou não agudas) Retorno ao serviço no período inferior a 24 horas, mesmo que o nível de classificação anterior tenha sido – cor AZUL (prioridade 5).

\* Tempo para o atendimento: Desejável  $\leq$  120 minutos.

#### I. CONDIÇÕES ESPECIAIS

1. Condições que devem ter prioridade no atendimento, pois apresentam potencial para complicações:

Pacientes com idade igual ou superior a 60 anos.

Pacientes escoltados (não presidiário).

Pacientes com criança amamentando.

Gestantes com complicações da gravidez.

Paciente transplantado, mas, no momento da consulta, assintomático.

Pacientes doadores de sangue com alteração dos sinais vitais.

Portadores com necessidades especiais (ex. déficits motores e/ou visuais)

Paciente na fila de transplante.

Retorno ao Serviço de Emergência no período inferior a 24 horas, devido a não melhora do quadro clínico, exceto no nível de classificação vermelho 1, laranja 2 ou amarelo 3.

Pacientes com distúrbios neurovegetativos.

#### II. TRAUMA

1. Trauma menor

Pequenos traumas – contusões, abrasões, luxações e/ou entorses (tornozelo, punho etc.) com sinais vitais normais e dor moderada – 4-7/10.

TCE com dor leve – 1-4/10, sem alterações de sinais vitais, nem perda da consciência no local.

TCE tardio com dor leve – 1-4/10 e sinais vitais normais.

\* Verificar o modificador – mecanismo da lesão, pensar em TCE e proteção de coluna cervical.

#### III. ALTERAÇÃO DO ESTADO MENTAL

1. Cefaléia ou Enxaqueca – Dor moderada – 5-7/10, pacientes com diagnóstico anterior de Enxaqueca. 2. História de crises convulsivas recorrentes (última crise > 24 horas), sinais vitais normais e sem alterações neurológicas.

#### IV. OLHOS E OUVIDOS

1. Dor moderada – 4-7/10 nos olhos ou ouvidos com sinais de eritema, lacrimejando e/ou secreção. 2. Corpo estranho no olho ou ouvido com dor leve – 1-4/10 e tempo > 24 horas.

#### V. ALTERAÇÃO CARDIOVASCULAR

1. Sangramento retal ou nas fezes, discreto e/ou crônico.
2. Dor torácica moderada – 4-7/10, eupneico, sem característica de dor visceral, nem história DAC e sinais vitais normais – DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA.
3. Sangramento vaginal e dor abdominal sem alteração dos sinais vitais - descartar gravidez.
4. Hipertensão PAS  $\geq$  180 e  $<$  220 e PAD  $\geq$  120 e  $<$  130 sem indicações de comprometimento de órgãos vitais (cefaleia, dor no peito, parestias, plegias e/ou parestesias) e sinais vitais normais.
5. Dor nos MIMI com pulso pedioso presente, edema, eritema e/ou calor.

#### VI. ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA

1. Lombalgia ou dor nas costas moderada – 4-7/10 com sinais vitais normais.
2. Portadores de asma, fora da crise.
3. Estado gripal com alteração dos sinais vitais, febre ( $\leq$  92%, eleve a cor de classificação).

#### VII. ALTERAÇÃO ABDOMINAL

1. Dor abdominal crônica ou aguda moderada – 4-7/10 com sinais vitais normais.

#### VIII. ALTERAÇÃO GENITURINÁRIA

1. Dor lombar tipo cólica moderada/leve – 1-7/10 de origem aguda ou recorrente.
2. História de disúria aguda ou recorrente, dor modera – 4-7/10.

#### IX. DOR

1. Dor aguda ou crônica de origem periférica moderada 4-7/10, de origem central e crônica ou periférica e aguda; com lesões mínimas ou problemas no sistema musculoesquelético.
2. Dor leve 1-4/10 de origem central e aguda.

#### X. ALTERAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

1. Estados depressivos, idealização suicida, calmo e com necessidade de acompanhante.

#### XI. OUTRAS COMPLICAÇÕES

1. Vômitos e diarreias persistentes, sinais de desidratação leves/moderados ou ausentes.
2. Abscesso sem flutuação e dor aguda/modera – 4-7/10.
3. Prurido moderado/leve ou crônico (porém ativo).
4. Ferida infectada e sinais vitais normais.
5. Complicações pós-operatória leve/modera (PO até 30 dias), sem alteração dos sinais vitais – encaminhar o paciente para o serviço de origem.

**AZUL** - Prioridade 5: Pacientes em condições não agudas, não urgentes ou problemas crônicos com sinais vitais normais.

\* Tempo para o atendimento médico: Desejável  $\leq$  240 minutos. O enfermeiro avaliará o risco e terá a seguinte conduta:

## SITUAÇÃO / QUEIXA

### I. TRAUMA

#### 1. Trauma

\* Pequenos traumas que não necessitem de suturas, analgesia e/ou curativos. Pequenas lesões na pele – alergias, de origem crônica – o paciente deve ser encaminhado para consulta na UBS. Doença do sistema osteomuscular crônica, sem alterações dos sinais vitais – o paciente deve ser encaminhado para consulta na UBS.

\* Caso ocorra à necessidade de abertura de NAT (Notificação de Acidente de Trabalho), realizar o atendimento, caso contrário orientar e encaminhar o paciente para UBS, se necessário.

### II. ALTERAÇÃO DO ESTADO MENTAL

#### 1. Tontura crônica e sinais vitais sem alterações.

### III. OLHOS E OUVIDOS

#### 1. Dor de ouvido, olho, nariz, garganta de origem crônica e dor leve – 1-4/10.

### IV. ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA

#### 1. Sinais de infecções de VAS leves, congestão nasal com sinais vitais normais, temperatura corporal < 37,5º, nem história de febre.

#### 2. Dor crônica nas costas.

### V. ALTERAÇÃO ABDOMINAL

#### 1. Dor abdominal crônica, no momento da consulta, ausência de dor e sinais vitais normais.

### VI. ALTERAÇÃO GENITURINÁRIA

#### 1. Dor lombar crônica leve – 1- 4/10 e sinais vitais normais.

#### 2. História de disúria recorrente, dor leve – 1-4/10.

### VII. DOR

#### 1. Dor leve 1-4/10 de origem de central e crônica ou periférica e crônica.

#### 2. Dor moderada 4-7/10 de origem periférica e crônica.

### VIII. ALTERAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

#### 1. Distúrbios psiquiátricos leves, recorrentes e/ou crônicos.

#### IX. OUTRAS COMPLICAÇÕES

1. Histórias de febre, dor no corpo e mal-estar – no momento da consulta assintomático.
2. História de fraqueza sem sinais de desidratação.
3. Vômitos isolados e Diarreias isoladas.
4. Prurido leve e crônico – encaminhar para consulta agendada na UBS.
5. Apenas imunização.
6. Procedimentos como curativos, troca de sondas, avaliação de resultados de exames, solicitação de atestado médico, solicitação de receitas de medicamentos de uso contínuo, retirada de pontos – o paciente deve ser encaminhado para consulta na UBS.
7. Queixas crônicas sem alterações agudas.
8. Atestado.

O Enfermeiro deverá se atentar para as apresentações anteriores do paciente ao serviço de emergência, antes de encaminhá-lo para consulta agendada na UBS. Registrar, no boletim do paciente, o horário e data da consulta agendada, nome do Médico e UBS/Ambulatório de Especialidade de origem.

- FATORES IMPORTANTES A SEREM CONSIDERADOS:

Recursos humanos disponíveis;

Qualificação das equipes de Triagem e Acolhimento (recepção, enfermeira);

Espaço físico e logístico;

Estrutura necessária;

Fácil acesso com comunicação direta de acolhimento;

Telefone ou interlocutor com a emergência;

Sala de consulta de enfermagem (triagem) deve oferecer privacidade para entrevista, exame físico e procedimento inicial;

Disponibilidade de macas e cadeiras de rodas em áreas subjacentes;

Disponibilidade de material e equipamentos para atendimento básico de urgência;

Oxímetro de pulso;

Estetoscópio e Esfigmomanômetro;

Aparelho de glicemia capilar;

Mobiliário: mesa, cadeira, mesa de exames (maca), escadinha, mesa auxiliar.

#### Organização da Farmácia

#### PROTOCOLO DE FARMÁCIA EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



## 1. APRESENTAÇÃO

Na busca da melhoria da qualidade dos serviços prestados, a Farmácia vem se transformando para beneficiar cada vez mais o paciente, na agilidade do atendimento e segurança na utilização do medicamento.

Nas diversas áreas da Farmácia, contamos com profissionais farmacêuticos, que prestam suporte técnico às equipes de enfermagem, médica e a outros profissionais, através da manipulação e dispensação de medicamentos, informações sobre medicamentos, análise de reações adversas e interações medicamentosas.

A dispensação de medicamentos na forma individualizada, conforme dose prescrita para o horário correto de administração é feita a cada seis horas, período que permite identificar grande parte das alterações que são feitas na prescrição médica, evitando, desta forma, a perda de medicamentos.

A “Central de Atenção à Prescrição” é estruturada para viabilizar uma atenção farmacêutica à prescrição médica em relação à dose prescrita, tempo de administração, diluentes, transcrição etc.

Todo o Serviço de Farmácia estará disponível por 24 horas.

## 2. SETORES FARMÁCIA:

Unidade Farmácia Central, tem como principal função o armazenamento do estoque de medicamentos e materiais médicos, o abastecimento do Centro Cirúrgico, e dos Setores da Unidade.

São de responsabilidade da Farmácia o recebimento e conferência de todos os produtos utilizados na Unidade tais como: materiais médico-cirúrgicos e medicamentos.

## 3. SISTEMA DE DISPENSAÇÃO

Todo o processo de dispensação de medicamentos é acompanhado pelo profissional farmacêutico, garantindo a qualidade dos produtos dispensados, com os controles adequados. O farmacêutico revisa todas as prescrições médicas, mantém um controle rigoroso do armazenamento e validade de todos os itens, acompanha, orienta e monitora a correta separação dos medicamentos, supervisiona a dispensação de itens





que necessitam de um controle especial (medicamentos termolábeis, medicamentos psicotrópicos e entorpecentes) confere e valida todo o processo antes da dispensação ao setor.

### **DOSE INDIVIDUALIZADA**

O Sistema de Dispensação de Medicamentos adotado é o de Dose Individualizada.

Esse sistema consiste na dispensação de medicamentos em embalagens identificadas para cada paciente, com os horários de administração, para um período de seis horas durante 24 horas.

A Dose Individual tem como principais objetivos:

- Aumentar a segurança para o paciente;
- Diminuir erros de dispensação/administração;
- Racionalizar a distribuição e administração de medicamentos;
- Diminuir custos com medicamentos;
- Manter um controle de estoque mais eficaz;

#### **4. UNIDADES DESCENTRALIZADAS:**

Há unidades que oferecem atendimento a pacientes críticos, e para estas unidades temos um atendimento descentralizado realizado pela Farmácia, através das Farmácias Satélites.

#### **5. CIM (CENTRO DE INFORMAÇÃO SOBRE MEDICAMENTOS):**

O CIM possui como principais atividades:

- **Informação**

Atendimento às diversas solicitações, dúvidas técnicas ligadas ao uso, prescrição, dispensação e administração de medicamentos, contando para isto com banco de dados e fontes bibliográficas fidedignas e atualizadas sobre medicamentos.

O atendimento poderá ser realizado por telefone, pessoalmente ou até mesmo via e-mail.

- **Treinamento**



Desenvolver ações de educação permanente dos profissionais da Unidade, visando o uso correto e seguro dos medicamentos.

#### 5.1. PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Auxílio à Comissão de Farmácia e Terapêutica através do trabalho de:

- Análise do uso/consumo/custo dos medicamentos;
- Coleta, arquivo, análise, emissão de relatórios sobre a prescrição de medicamentos não padronizados;
- Encaminhamento das solicitações de inclusão e exclusão de medicamentos na padronização;
- Participação nas discussões que envolvem a padronização;
- Cadastro de medicamentos;
- Busca de alternativas no mercado.

#### 5.2. FARMACOVIGILÂNCIA

O CIM é responsável pelo desenvolvimento, compilação e repasse das informações sobre o trabalho de farmacovigilância na Unidade, que consiste em:

- Atuação sobre os alertas recebidos através do Sistema Nacional de Farmacovigilância;
- Notificação Espontânea de Suspeita de Reação Adversa: através da atuação na coleta, análise de dados, elaboração de laudos, repasse e compilação de informações;
- Busca Ativa a reações adversas relacionadas à prescrição de medicamentos;
- Notificação de Desvio Técnico de Qualidade de Medicamentos: através da atuação do setor de garantia da qualidade, com o trabalho de levantamento das informações sobre a suspeita, verificação junto ao fabricante, recolhimento e guarda do item sob suspeita e quando necessário encaminhamento deste material para análise;
- Prevenção de Eventos Adversos: através do trabalho e intervenção direta sobre a prescrição médica, prevenindo a ocorrência de eventos relacionados à utilização do medicamento.

#### 6. ASSISTÊNCIA E ATENÇÃO FARMACÊUTICA:

A Atenção Farmacêutica é um conjunto de práticas do profissional farmacêutico, no qual o paciente é o principal beneficiário. Compreende as atitudes, os comportamentos,



os compromissos, as inquietudes, os valores éticos, as funções, os conhecimentos, as responsabilidades e as habilidades do farmacêutico na prestação da farmacoterapia, com o objetivo de alcançar resultados terapêuticos definidos na saúde e na qualidade de vida do paciente.

Tem por objetivo auxiliar a prescrição médica, tornando o conhecimento sobre o medicamento mais disponível à equipe de saúde.

As prescrições médicas são avaliadas pelo farmacêutico quanto à identificação correta do medicamento, dose a ser utilizada, via e horário de administração, considerando-se dados como peso, diagnósticos, antecedentes e alergias, compatibilidade entre medicamentos parenterais, diluição, tempo de infusão, reconciliação medicamentosa, interações medicamentosas, farmacovigilância, aprazamento e medicamentos via sonda, sua absorção por esta via e também para se evitar a obstrução da sonda, visando garantir a continuidade do tratamento, gerar história médica precisa, monitorar eventos adversos e auxiliar na administração segura dos medicamentos. Toda ocorrência encontrada é avaliada e comunicada ao médico e, quando necessário, à equipe interdisciplinar, para que se possam tomar as providências cabíveis.

Essa atuação do farmacêutico é uma diretriz da melhoria da qualidade da Unidade e tem como objetivo reunir as ações multidisciplinares em uma atuação sincronizada a partir das necessidades requeridas pelo paciente e família, traduzindo um atendimento integral de excelência assistencial. As ações têm como foco principal o paciente e a família e como estratégia a integração das disciplinas com a finalidade de racionalizar os recursos terapêuticos, por meio da hierarquização das necessidades do paciente, propiciando a otimização de custos, garantir a segurança aos processos, possibilitar que as informações sejam ágeis, eficientes e que possibilitem o processo assistencial e a sua continuidade.

Este campo de atuação permite ao farmacêutico recepcionar e identificar o paciente, apresentando e explicando os procedimentos a serem realizados; atuar em equipe multiprofissional no desenvolvimento de projetos terapêuticos na Unidade de Saúde; atuar em equipe multiprofissional assegurando a assistência terapêutica universalizada na promoção, proteção e recuperação da saúde da população, em seus aspectos

individuais e coletivos; desenvolver atividades de planejamento, pesquisa, controle de qualidade, vigilância epidemiológica, farmacológica e sanitária dos medicamentos e correlatos; prestar assistência farmacêutica na dispensação e distribuição de medicamentos e correlatos envolvendo revisão, atualização e fiscalização, elaboração de laudos técnicos, atuar na seleção (padronização), compra (opção técnica), armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos; atuar no controle de qualidade, inocuidade e eficácia dos medicamentos; desenvolver atividades de formação e educação; facilitar o acesso e participação do paciente e seus familiares no processo de tratamento, incentivando o autocuidado e as práticas de educação em saúde; atuar na comunidade através de ações inter setoriais.

#### 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

**BRASIL.** Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 3.916/GM – Estabelece a Política Nacional de Medicamentos e define as diretrizes, as prioridades e as responsabilidades da Assistência Farmacêutica para os gestores federal, estadual e municipal do Sistema Único de Saúde, 1998.

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338 Aprova a Política Nacional de assistência Farmacêutica e estabelece seus princípios gerais e eixos estratégicos, 2004.

**Schvartsman, C.** - Manual Farmacêutico 2011/2012. Claudio Schvartsman, David Salomão Lewi, Roberto Naum Franco Morgulis, Silvana Maria de Almeida (editores). São Paulo, Hospital Albert Einstein, 2010, 480p.

#### ***- Rotinas e Protocolos de medicamentos que serão implantados***

Os medicamentos são produtos diferenciados de suma importância para a melhoria ou manutenção da qualidade de vida da população. A preservação da sua qualidade deve ser garantida desde sua fabricação até a dispensação ao paciente. Desta forma, as condições de estocagem, distribuição e transporte desempenham papel fundamental para a manutenção dos padrões de qualidade dos medicamentos. Assim é imprescindível que o ciclo logístico da Assistência Farmacêutica (aquisição,

programação, armazenamento, distribuição e dispensação) tenha a qualidade e a racionalidade necessárias, de modo a disponibilizar medicamentos seguros e eficazes, no momento certo e nas quantidades adequadas.

Um dos componentes essenciais do sistema de fornecimento de medicamentos é a estocagem em setor bem localizado, bem construído, bem-organizado, climatizado e seguro. Este pressuposto torna imprescindível o planejamento detalhado da montagem e funcionamento da farmácia da Unidade.

A Assistência Farmacêutica conceituada como “grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade”, desempenha papel essencial para a saúde.

Esta estratégia visa oferecer diretrizes e procedimentos básicos que possam assegurar a qualidade e a segurança dos medicamentos estocados e distribuídos, dentro das dependências da unidade.

#### ***Atribuições da Farmácia:***

- Gestão e Desenvolvimento de infraestrutura;
- Preparo, distribuição, dispensação e controle de medicamentos e produtos para saúde;
- Otimização da terapia medicamentosa;
- Informação sobre medicamentos e produtos para saúde.

#### ***Manual de Normas e Procedimentos***

O conjunto de normas e procedimentos deverá ser elaborado de forma clara e objetiva, para todas as atividades e serviços: seleção, programação, aquisição, armazenamento, recepção de medicamentos, controle, distribuição, dispensação, prescrição, entre outros. As normas deverão também abordar aspectos referentes às questões administrativas, disciplinares, horários, conduta e vestuário, entre outros aspectos.

#### ***Recursos Humanos da Assistência Farmacêutica***

O IGPP identificará necessidades, definirá perfis profissionais (competências e habilidades), capacitará os responsáveis e acompanhará e avaliará suas ações, cotidianamente. Implementará, também, programas de desempenho individual e de Equipe, bem como programa de educação permanente, de acordo com as necessidades

peçoais e dos serviços. Além disso, utilizará estratégias fundamentais: reuniões sistemáticas semanais com a Equipe, para não acumular problemas e socializará as informações; promoverá reuniões técnicas, seminários temáticos para atualização dos técnicos e a implantação de programas de qualidade para melhoria contínua em todos os processos de trabalho, relacionados à Assistência Farmacêutica.

Um programa de qualificação profissional deve estar centrado na integralidade das ações e no trabalho em equipe, visando ao aumento da capacidade resolutiva das equipes, a fim de torná-las capazes de elaborar estratégias para o enfrentamento de problemas.

### ***Sistema de Informação da Assistência Farmacêutica***

a) Informação: será o processo que permite que uma organização se informe sobre si própria e o ambiente sobre ela. Não se limitará, apenas, a dados coletados;

b) Sistema de informação: consistirá num conjunto de pessoas, estrutura, tecnologia da informação (hardware e software), procedimentos e métodos, que deverão permitir ao Parceiro dispor, em tempo desejado, das informações de que necessita;

O IGPP adverte que será imprescindível dispor de um Sistema de Informação eficiente, com uma base referencial de informação e comunicação integrada. O Sistema deverá superar o fornecimento de dados meramente quantitativos e se orientar no eixo da gestão da informação, produção, qualificação, aporte gerencial e comunicação eficiente das informações de interesse à gestão. Deverá possibilitar, em qualquer tempo, a sistematização de registros e controle das informações geradas, emissão de relatórios gerenciais, estudos estatísticos, análises comparativas, desempenho das ações e da equipe, gestão dos estoques, consumo e gastos efetuados, entre outras informações relevantes sobre a Assistência Farmacêutica.

c) Gestão da informação: consistirá no tratamento da informação – gestão da qualidade, do conteúdo e do uso da informação, englobando dados, equipamentos, redes e suporte tecnológico.

O IGPP ressalta que para a gestão da informação e alcance dos objetivos pretendidos, pressupõe-se uma reorganização gerencial, para uma nova ordem de prática

organizacional, a fim de possibilitar normas gerenciais, procedimentos, registros das atividades, fluxos operacionais bem estabelecidos e ordenados, responsabilidades definidas, para um direcionamento de informações qualificadas. Será necessário um processo de construção coletiva, com a colaboração de todos da equipe, para o cuidado e transmissão de dados administrativos e informações, em prazos estabelecidos. Por isso, será imperativo que todo o serviço disponha de um responsável técnico para gerir as informações, sistematizar, acompanhar, avaliar, identificar problemas, demandas, entraves existentes, elaborar relatórios gerenciais, e dar os devidos encaminhamentos, para o bom andamento do serviço.

Sem informação e sem organização, não haverá gerenciamento. Consequentemente, será difícil desenvolver estratégias, implementar ações, intervenções ou ocorrer melhoria de serviço, com satisfação da equipe e usuários.

### ***Documentação e Arquivo***

Na Assistência Farmacêutica, o cuidado com a documentação, em especial a fiscal, deverá ser cotidianamente observado. Toda a documentação deverá ser arquivada e ficar facilmente disponível para as auditorias dos Órgãos de Controle Interno e Externo. A prestação de contas será obrigatória, em qualquer tempo, para todos os que lidam com recursos públicos.

Os demais documentos afeitos à Assistência Farmacêutica deverão ser padronizados e identificados. Todos os documentos, formulários e instrumentos gerenciais que serão utilizados no serviço deverão conter: cabeçalho com o nível de hierarquização organizacional pertinente, o nome da OS e as informações referentes ao número do telefone, fax, bem como o endereço eletrônico.

### ***Sistema de Dose Unitária***

O sistema de distribuição por dose unitária é um método farmacêutico de dispensação e controle de medicamentos em instituições de saúde. Pode diferir, na forma da execução, dependendo das condições e necessidades institucionais. Não deve ser confundido com a dose unitária industrial, que corresponde à dose standard,



comercializada pelos laboratórios, fornecida em embalagem unitária, em que constam a correta identificação do fármaco, prazo de validade e outros dados.

Os elementos principais que distinguem o SDMDU dos sistemas tradicionais são medicamentos contidos em embalagens unitárias, dispostos conforme horário de administração e prontos para serem administrados, segundo a prescrição médica, individualizados e identificados para cada paciente. Sua distribuição pode ser em embalagem plástica, com separações obtidas por solda ou em escaninhos adaptáveis a carros de medicamentos adequados ao sistema de distribuição.

Em sua operacionalização, a prescrição médica ou cópia é enviada à farmácia, onde farmacêuticos preparam a folha de dispensação e o perfil farmacoterapêutico do paciente, para a efetivação do controle de aspectos de farmacovigilância específica da prescrição. Após a separação dos medicamentos, o farmacêutico procede a conferência da dose unitária, de acordo com a prescrição médica. Caso seja necessário, no momento do registro do perfil farmacoterapêutico, as incorreções ou possíveis problemas detectados devem ser relatados à equipe médica.

Justifica-se a implantação do SDMDU em razão de : a) redução da incidência de erros de medicação; b) diminuição do tempo utilizado pelo pessoal de enfermagem para a armazenagem e preparo de medicamentos, com a consequente elevação da qualidade assistencial; c) economia de custo em atividades relacionadas aos medicamentos; d) redução de estoques nas unidades assistenciais e das perdas relativas à caducidade, falta de identificação de medicamentos e redução de desvios; e) melhor controle e racionalização na utilização de medicamentos, através de monitorização da terapêutica; f) otimização da higiene e organização do sistema de distribuição, prevenindo possíveis contaminações e alterações; g) grande adaptabilidade a sistemas automatizados e computadorizados; h) garantia da utilização do medicamento certo, na dose certa e para a hora correta, segundo a prescrição médica.

Nesse sistema, as vantagens são inúmeras, como: redução de estoque nas unidades assistenciais ao mínimo necessário, diminuição drástica de erros de medicação, otimização das devoluções à farmácia, redução do tempo do pessoal de enfermagem dedicado às atividades com medicamentos (rapidez na administração de



medicamentos), promoção do acompanhamento de pacientes, controle mais efetivo sobre medicamentos (por exemplo: controle de estoque, caducidade, doses e outros), integração do farmacêutico com a equipe de saúde, oferta de medicamentos em doses organizadas e higiênicas, aumento da segurança do médico e otimização da qualidade assistencial.

#### OBJETIVOS

- distribuir medicamentos por dose individualizada para todas as unidades da unidade;
- adequar-se às normas vigentes de controle de medicamentos especiais;
- quantificar os medicamentos que são devolvidos à farmácia;
- implantar uma nova folha de prescrição médica;
- promover e incentivar o uso racional de medicamentos;

#### METODOLOGIA E PRAZOS PARA IMPLANTAÇÃO

O trabalho será iniciado, obedecendo aos seguintes passos:

- a) Avaliação das condições de armazenamento e estado de conservação dos medicamentos no posto de enfermagem
- b) Quantificação dos medicamentos existentes no posto de enfermagem.
- c) Identificação dos hábitos de prescrição médica do Pronto Socorro com relação a horário de prescrição e enfermagem.
- d) Implantação de uma nova folha de prescrição médica.

#### ***Controle de Fármacos de Controle Especial e Alto Custo***

Todos os medicamentos citados na Resolução da Portaria 344/98 que visa Normas para prescrição e dispensação de medicamentos sujeitos a regime especial de controle e são acondicionados de acordo com a tal resolução.

O Setor de Controlados de uma Farmácia Ambulatorial é de total responsabilidade do profissional farmacêutico, funcionando da seguinte maneira:

1. os medicamentos controlados são guardados em salas/armários com trancas;
2. as prescrições são retidas na farmácia, para posterior controle, sendo registradas no livro de controlados que passa pela Vigilância Sanitária (VS) mensalmente seguindo as normas da Resolução da Portaria 344/98.



O farmacêutico é responsável pelo mapa dos medicamentos controlados e alto custo que é fiscalizado pela Vigilância Sanitária. O mapa é entregue mensalmente, contendo o nome do paciente, o balanço de entrada, saída e estoque.

A Legislação de controle do uso de psicotrópicos em ambiente ambulatorial, de acordo com a Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998, publicada no Diário Oficial pelo Ministério da Saúde, determina que o sistema de distribuição de medicamentos dos psicotrópicos requer uma investigação em profundidade das atividades, para que possa garantir eficiência, eficácia e segurança. De acordo com esta portaria, desde o momento da entrada do medicamento no ambiente ambulatorial, este deverá sempre ser acompanhado por um farmacêutico responsável (Art.93).

Este profissional deve, de acordo com as normas estabelecidas registrar a entrada, a saída e as perdas dos medicamentos dos psicotrópicos em livros e registro específicos que devem conter necessariamente a unidade ambulatorial, a numeração do receituário específico, o número e a nota fiscal o equivalente registro de entrada. (Art.65, 98).

Além disso, o estoque destes medicamentos também é responsabilidade do farmacêutico. Desta forma, segundo a portaria, estas substâncias “deverão ser obrigatoriamente guardadas sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança, em local exclusivo para este fim”.

***Rotinas que garantem a o controle, a distribuição, unitarização, entrada e saída de materiais e medicamentos.***

As rotinas de recebimento, armazenamento e distribuição de medicamentos e materiais do IGPP serão processos complexos que exigirão uma logística bem planejada, organizada, coordenada e sob permanente avaliação.

***1) Recebimento e Armazenamento de Medicamento e Materiais***

- Entregar nota fiscal ao responsável pelo recebimento;
- Conferir dados da nota fiscal (razão social, endereço, CNPJ, natureza da operação – venda ou saída por venda);
- Verificar e conferir o número da Ordem de Fornecimento (OF);

- Conferir na NF X OF: nome dos materiais, valor unitário, unidade, valor total (R\$). Caso haja alguma divergência avisar o comprador para a correção da OF e aguardar confirmação do comprador quanto ao recebimento;
- Inspecionar o medicamento recebido quanto à embalagem e prazo de validade (caso o prazo de validade for igual ou inferior à 6 meses não receber);
- Tirar uma cópia para anexar a 1ª via da NF para enviar ao setor de contas a pagar;
- Quando confirmado o recebimento, assinar, carimbar o canhoto da NF e entregar ao fornecedor. Carimbar na NF carimbo de recebimento;
- Lançar na planilha de controle de estoque e entrada de NF;
- Realizar a limpeza das prateleiras e armários onde os medicamentos serão colocados;
- Realizar o armazenamento obedecendo a classificação por forma farmacêutica, a ordem alfabética do princípio ativo e seguindo o sistema PEPS (primeiro que expira, primeiro que sai).

## ***2) Distribuição de Medicamentos e Materiais***

- Verificar se é necessária reposição de medicamento e material nas prateleiras;
- Dispensar o medicamento e/ou material mediante apresentação da requisição de medicamentos e materiais, verificando data, setor solicitante, assinatura do funcionário autorizado, descrição do medicamento e/ou material e quantidade solicitada;
- Retirar do estoque, dar baixa na ficha de prateleira, subtraindo a quantidade dispensada;
- Anotar a quantidade do estoque após a baixa na ficha de prateleira;
- Conferir o medicamento/ material separado de acordo com a requisição de materiais e medicamentos (esta deverá estar completamente preenchida para a conferência);
- Solicitar a orientação do farmacêutico sempre que ocorrer qualquer problema ou dúvida com relação ao medicamento e/ou material solicitado;

## ***3) Distribuição de Medicamentos Controlados pela Portaria 344.98***

- Distribuir os medicamentos sujeitos a controle especial somente mediante requisição de medicamento e material (verificando data, setor solicitante, assinatura do funcionário autorizado, descrição do medicamento e quantidade solicitada) acompanhada de receita de controle especial;



- Retirar do estoque, dar baixa na ficha de prateleira subtraindo a quantidade distribuída;
- Carimbar as receitas atendidas (carimbo padronizado) inserido as seguintes informações: data, quantidade, lote, validade, separado por: conferido por:
- Conferir o medicamento separado de acordo com a receita e a requisição de materiais e medicamentos (esta deverá estar completamente preenchida para a conferência);
- Solicitar a orientação dos farmacêuticos sempre que ocorrer qualquer problema ou dúvida com relação aos medicamentos solicitados;

#### **4) Controle de Estoque**

- Preencher a planilha de controle de estoque quando identificar algum item que esteja atingindo o estoque mínimo;
- Informar o setor compras local solicitando a data programada para a entrega;
- Verificar diariamente a planilha de controle de estoque e fichas de prateleiras e informar ao farmacêutico os itens mais críticos e os itens que deverão entrar no próximo pedido;
- Informar à diretoria administrativa e supervisão de enfermagem a possível falta de algum material/ medicamento e analisar a possibilidade de substituição destes;
- Lançar o pedido baseado no consumo mensal dos materiais e medicamentos ao setor compras local.

#### **5) Controle de Validade dos Materiais e Medicamentos**

- Realizar verificação mensal do prazo de validade de todos os medicamentos e materiais armazenados na unidade de farmácia e almoxarifado e anotar em planilha específica de controle;
- Analisar a planilha e verificar a possibilidade de remanejamento com outras dos materiais e medicamentos com prazo de validade igual ou inferior a três meses;
- Segregar em local específico todos os medicamentos e materiais com prazo de validade igual ou inferior a um mês;
- Comunicar à hotelaria o caso de vencimento de qualquer medicamento ou material para que possa ser dada a correta destinação;

- Acondicionar corretamente até a coleta todos os materiais e medicamentos vencidos na unidade de Farmácia e Almoxarifado.

#### **6) Inventário Rotativo**

- Imprimir a planilha de posição de estoque no dia anterior ao Inventário;
- Realizar mensalmente a contagem de todos os itens de material e medicamento da Unidade de Farmácia e Almoxarifado;
- Verificar se o estoque físico está de acordo com o estoque indicado nas fichas de prateleira e posição de estoque;
- Comunicar ao farmacêutico qualquer divergência no processo;
- Orientar e corrigir as intercorrências que houver;

#### **7) Inventário Trimestral**

- Aplicar o treinamento de inventário uma semana anterior ao inventário;
- Comunicar os responsáveis por cada setor a data de realização do inventário a fim de não comprometer o estoque deles;
- Comunicar todos os colaboradores da policlínica a data de realização do inventário;
- Fazer um checklist com todos os procedimentos necessários para o correto andamento do inventário;
- Imprimir a planilha de contagem no dia anterior ao Inventário;
- Retirar todas as fichas de prateleira e separá-las por grupo (medicamento, laboratório etc.) um dia anterior ao inventário trimestral;
- Realizar trimestralmente a contagem de todos os itens de material e medicamento da Unidade de Farmácia e Almoxarifado;
- Verificar se o estoque físico indicado na planilha de contagem está de acordo com o estoque indicado nas fichas de prateleira e posição de estoque;
- Comunicar ao farmacêutico qualquer divergência no processo;
- Orientar e corrigir as intercorrências que houver;
- Inventariar todas as fichas de prateleira com caneta vermelha;
- Guardar as fichas de prateleira em seu devido local;
- Fazer a Acurácia dos estoques de farmácia e almoxarifado
- Enviar a Acurácia de Farmácia e de Almoxarifado à diretoria administrativa;

### ***8) Escrituração das Receitas de Medicamentos Sujeitos a Controle Especial***

- Realizar todo o processo de recebimento de medicamentos dos fornecedores;
- Dar entrada na ficha de prateleira e posição de estoque;
- Arquivar uma cópia da Nota Fiscal na pasta de receitas de psicotrópicos para posterior entrada no livro de registro;
- Dar as entradas de medicamentos psicotrópicos no Livro de Registro;
- Dispensar medicamentos psicotrópicos mediante receita e requisição de material e medicamento;
- Conferir as requisições e receitas atendidas;
- Carimbar o verso das receitas atendidas colocando: data, quantidade separada, lote, validade, responsável pela separação, conferência;
- Fazer o lançamento das receitas no livro de registro de medicamentos sujeitos a controle especial semanalmente e numerar as receitas de forma sequencial;
- Preencher a planilha de controle de registro de psicotrópico toda segunda-feira, colocando a numeração da última receita atendida, qual portaria pertence, data da última escrituração e número da página que foi lançada com a orientação frente ou verso;
- Armazenar todas as receitas lançadas para atender as fiscalizações.

### ***9) Conferência dos Medicamentos e Materiais dos Carros de Parada***

- Informar a vistoria nos carros de parada à supervisão de enfermagem um dia antes da realização dela;
- Solicitar que uma enfermeira acompanhe a vistoria da equipe de farmácia;
- Romper o lacre do carro de parada a ser vistoriado;
- Realizar a conferência de validade, quantidade, lote e aspecto físico de todos os medicamentos e materiais contidos no carro de parada todo último dia útil de cada mês;
- Realizar a troca de todos os materiais e medicamentos próximos ao vencimento (vencerão no mesmo mês) que serão retirados do carro de parada;
- Apresentar à enfermeira responsável da unidade uma listagem com todos os medicamentos e materiais retirados na conferência;



- Preencher a requisição de materiais e medicamentos com todos os itens que serão substituídos;
- Assinar o livro de rompimento do lacre e informar novo número sequencial do lacre;
- Atualizar a planilha de controle de materiais e medicamentos do carro de parada;
- No caso de emergência com a necessidade de rompimento do lacre, a Farmácia será avisada e deverá assinar o livro do rompimento do lacre;
- Conferir o carro e pedir reposição do material e medicamento que foi utilizado na emergência;
- Lacrar o carro após a conferência da enfermagem/farmácia;
- Atualizar a planilha de controle de materiais e medicamentos do carro de parada e régua de controle da conferência;

#### **10) Ronda Farmacêutica**

- Realizar quinzenalmente a ronda farmacêutica, juntamente com um profissional da enfermagem, utilizando o Checklist para conferência;
- Retirar do estoque todos os materiais e medicamentos com prazo de validade igual ou inferior a um mês, ou com etiqueta de abertura vencida, além de amostras grátis;
- Apresentar à enfermeira responsável da unidade uma listagem com todos os medicamentos e materiais retirados na ronda;
- Preencher uma requisição de material e medicamento com todos os itens retirados dos setores e encaminhar a Farmácia a fim de não comprometer o estoque mínimo do setor;
- Protocolar com a enfermagem a data da ronda e as intercorrências encontradas;
- Comunicar à equipe de Farmácia eventual medicamento ou material vencido ou próximo ao vencimento bem como qualquer irregularidade em relação aos mesmos (alteração de cor dos medicamentos ou integridade comprometida da embalagem);
- Realizar a substituição dos materiais e medicamentos retirados dos setores pela equipe de enfermagem mediante apresentação de requisição de material e medicamento corretamente preenchida;

### ***11) Lançamentos dos Pedidos de Compra Trimestrais***

- Verificar diariamente todos os itens de materiais e medicamentos que estão atingindo o estoque mínimo ou que zeraram no estoque;
- Preencher a planilha de estoque mínimo ou zerado com todos os itens identificados;
- Verificar a planilha diariamente e informar ao farmacêutico os itens mais críticos;
- Preencher o documento padrão para lançamento de pedidos com código, descrição, unidade e quantidade do item a ser pedido, em três vias baseado na planilha de estoque mínimo;
- Assinar e encaminhar o pedido para assinatura da Coordenação Administrativa;

### ***12) Entrada de Notas Fiscais***

- Receber materiais e medicamentos;
- Dar entrada da Nota Fiscal em planilha específica contendo: nome da empresa, número da nota fiscal, número da ordem de fornecimento, valor total da nota fiscal, data de entrada na unidade de farmácia e almoxarifado, data de emissão e data de vencimento;
- Dar as entradas dos materiais ou medicamentos constantes nas Notas Fiscais nas fichas de prateleira e na planilha de controle de estoque;
- Encaminhar a Nota Fiscal para pagamento com a Ordem de Fornecimento já assinada.
- Incluir a nota fiscal que não foi enviada para pagamento na planilha de relação de notas fiscais pendentes;
- Encaminhar a planilha de relação de notas fiscais pendentes, na última semana de cada mês, à diretoria administrativa e contabilidade local;
- Encaminhar até o quinto dia útil de cada mês a planilha de controle de entrada de notas fiscais à contabilidade local;

### ***13) Entrada de Materiais e Medicamentos nas Fichas de Prateleira***

- Realizar todo o processo de recebimento de material/ medicamento;
- Solicitar aos auxiliares de farmácia sempre que necessário a conferência da quantidade total (estoque já existente + quantidade recebida);

- Dar entrada dos materiais ou medicamentos constantes na Nota Fiscal na ficha de prateleira com caneta esferográfica vermelha colocando: data, número da nota fiscal, nome da empresa, quantidade recebida e quantidade do estoque total;

#### ***14) Entrada de Materiais e Medicamentos na Planilha de Posição de Estoque***

- Realizar todo o processo de recebimento de material/ medicamento;
- Solicitar aos auxiliares de farmácia sempre que necessário a conferência da quantidade total (estoque já existente + quantidade recebida);
- Dar entrada de todos os materiais/ medicamentos constantes na Nota Fiscal na planilha de controle de estoque, verificando se nesta já consta a especificação do item recebido, caso não conste inserir em cada centro de custo a especificação do material/ medicamento recebido;
- Verificar na planilha Estoque Atual a quantidade total e o valor total do estoque, no caso de divergência solicitar auxílio ao farmacêutico;

#### ***15) Saída de Materiais e Medicamentos na Planilha de Controle de Estoque***

- Recolher todas as requisições de medicamento e material atendidas no dia anterior sempre no primeiro horário;
- Verificar se as requisições recolhidas estão corretamente preenchidas e assinadas pelos auxiliares de farmácia;
- Solicitar o correto preenchimento das requisições ao auxiliar responsável pela separação ou conferência caso estas estejam incorretas;
- Completar as requisições com todas as informações referentes ao item solicitado como dosagem, tamanho etc.;
- Dar saída dos itens das requisições recolhidas na posição de estoque para cada centro de custo solicitante;
- Verificar, a cada saída, o estoque atual a fim de confirmar se o estoque indicado na planilha de controle de estoque está igual ao estoque indicado na ficha de prateleira;
- Arquivar as requisições de medicamento e material baixadas na posição de estoque;

#### ***16) Identificação das Prateleiras e Armários***

- Elaborar as etiquetas de identificação das prateleiras e armários onde deverá constar: logo da unidade, descrição do material/ medicamento e estoque mínimo (baseado no

consumo mensal), sendo que, drogas de alto alerta são identificados com etiqueta na cor amarela e psicotrópicos são identificados com etiqueta na cor laranja.

- Identificar as prateleiras e armários;
- Solicitar a substituição das etiquetas sempre que identificado aumento ou diminuição do estoque mínimo ou desgaste delas;

#### ***17) Compilação dos Dados para a Elaboração dos Indicadores Mensais***

- Compilar no primeiro dia de cada mês os dados abaixo relacionados ao mês anterior:
- Número de requisições de materiais e medicamentos atendidas;
- Número de requisições de materiais e medicamentos conferidas e não conferidas;
- Número total de itens inventariados (inventário mensal): farmácia (medicamentos e curativos) e almoxarifado (materiais);
- Número total dos itens com divergência no inventário mensal;
- Número total de itens obsoletos;
- Número total de notas fiscais recebidas – almoxarifado;
- Número total de notas fiscais recebidas – farmácia;
- Número total de materiais e medicamentos distribuídos de forma incorreta;
- Número total e valores das perdas de materiais e medicamentos por quebra e validade;
- Valor do estoque – Almoxarifado;
- Valor do estoque – Farmácia.

#### ***18) Controle da Temperatura do Refrigerador***

- Verificar a temperatura do refrigerador três vezes ao dia às 7:00, às 14:00 e às 19:00 horas e anotar na planilha de controle de temperatura de refrigerador a temperatura do momento (TMO), a máxima (TMA) e a mínima (TMI);
- Comunicar imediatamente ao Farmacêutico qualquer irregularidade identificada nas verificações conforme orientação da escala de temperatura;
- Corrigir a temperatura regulando o botão de controle do termostato que fica no interior do refrigerador;
- Verificar a estabilidade dos medicamentos e insumos termolábeis;

- Arquivar a planilha de verificação mensal no primeiro dia útil do mês seguinte e disponibilizar aos auxiliares a nova planilha para o mês vigente;
- Validar a planilha semanalmente e corrigir qualquer intercorrência que houver.

### ***19) Controle da Temperatura do Ambiente***

- Verificar a temperatura do ambiente três vezes ao dia às 7:00, às 14:00 e às 19:00 horas e anotar na planilha de controle de temperatura de ambiente a temperatura do momento (TMO), a máxima (TMA) e a mínima (TMI);
- Comunicar imediatamente ao Farmacêutico qualquer irregularidade identificada nas verificações;
- Arquivar a planilha de verificação mensal no primeiro dia útil do mês seguinte e disponibilizar aos auxiliares a nova planilha para o mês vigente;
- Validar a planilha semanalmente e corrigir qualquer intercorrência que houver.

### ***20) Distribuição de Drogas de Alto Alerta***

- Realizar o processo de recebimento das Drogas de Alto Alerta;
- Imprimir as etiquetas de identificação das Drogas de Alto Alerta onde deverão constar: nome do medicamento, dosagem, lote e validade;
- Etiquetar as drogas de alto alerta;
- Armazenar em área identificada para armazenamento de Drogas de Alto Alerta;
- Solicitar à Farmácia através de requisição de medicamentos e materiais as drogas de alto alerta levando no momento da solicitação e o casco do Medicamento solicitado quando aplicável (frasco- ampola) para que a farmácia possa dispensar;
- Retirar do estoque, dar baixa na ficha de prateleira subtraindo a quantidade dispensada;
- Solicitar a conferência do medicamento separado para o farmacêutico;
- Conferir o medicamento separado de acordo com a requisição de materiais e medicamentos (esta deverá estar completamente preenchida para a conferência);
- Repor a caixa de armazenamento da Droga de Alto Alerta e lacrar;

### **RELAÇÃO DE DROGAS DE ALTO ALERTA**

- Adrenalina 1mg/ml
- Amiodarona 50mg/ml - ampola com 3mL

- Atropina 0,25mg/ml ampola 1ml
- Bicarbonato de Sódio 8,4%
- Cloreto de Potássio 19,1% - KCl ampola com 10mL
- Cloreto de Sódio 20% - NaCl ampola com 10mL
- Dobutamina 12,5mg/ml - ampola com 20mL
- Fenitoína 250mg/5ml
- Fentanila 0,05mg/ml - ampolas com 02mL - 05mL - 10mL
- Glicose de 25% e 50% - ampolas com 10mL
- Gluconato de Cálcio 10%
- Heparina 5.000UI/ml - Frasco com 05mL
- Insulina Humana Regular 100UI/mL - Frasco com 10mL
- Lidocaína 2% c/ vaso
- Midazolam 3ml/5ml/10ml
- Noradrenalina 2mg/ml - ampola com 4mL
- Sulfato de Magnésio 10% e 50% - ampolas com 10mL
- Terbutalina 0,5/1ml
- Verapamil 2,5 ml /ml ampola 2ml

### ***21) Unitarização de Medicamentos***

- Realizar o processo de recebimento dos medicamentos, conforme rotina;
- Avaliar, de acordo com nosso estoque, a quantidade de comprimidos/ampolas que deverão ser unitarizados;
- Fazer e imprimir as etiquetas de identificação, que deverão constar: nome do medicamento, lote, validade, nº de série e nome da instituição.
- Imprimir sempre uma etiqueta além da quantidade a ser unitarizada e colar no controle de unitarização e preencher os campos com os dados do medicamento; (anexo)
- Solicitar ao farmacêutico que confira os dados do medicamento com a etiqueta impressa e com o controle de unitarização;
- Conferir os dados na etiqueta com o medicamento e o controle de unitarização. Se estiver tudo correto, carimbar e vistar o campo de conferência da emissão da etiqueta;

- Higienizar devidamente as mãos e se paramentar os com os EPI's necessários no ambiente próprio para unitarização;
- Realizar a unitarização prestando a atenção necessária, evitando o contato com outros profissionais;
- Anotar no controle de unitarização o horário que iniciou a unitarização e o horário de término da unitarização;
- Conferir na totalidade a unitarização realizada pelo auxiliar de farmácia e se estiver tudo correto, carimbar e vistar o campo de conferência final do fracionamento;
- Armazenar os medicamentos nas respectivas colmeias;
- Supervisionar e orientar o cumprimento desta rotina.

## ***22) Avaliação dos Fornecedores***

- Preencher a Avaliação dos Fornecedores arquivada em computador no ato do recebimento;
- Preencher os Indicadores de Avaliação dos Fornecedores de acordo com as informações contidas nas Avaliações preenchidas pelos auxiliares;
- Compilar os dados no Indicador da Avaliação dos Fornecedores;
- Validar as informações do Indicador da Avaliação dos Fornecedores e enviar ao corporativo de Almoxarifado com cópia para Coordenadora Ambulatorial todo 1º dia útil de cada mês.

## ***23) Plano de Contingência para Medicamentos Termolábeis***

- No caso de alteração de temperatura do termo-higrômetro, avisar com brevidade o farmacêutico.
- Toda vez que existir queda de energia elétrica na Unidade de Farmácia, deve acompanhar a temperatura da geladeira, manter o refrigerador fechado e já providenciar a caixa térmica com gelox até que atinja a temperatura ideal.
- Quando a queda de energia elétrica ocorrer nos fins de semana, a Gerência Administrativa deve ser avisada brevemente (15 minutos);
- Caso a energia não retorne brevemente e a temperatura da geladeira esteja caindo, transferir os medicamentos para as caixas térmicas com gelox, se já estiver na temperatura adequada;



- Após o armazenamento dos medicamentos nas caixas térmicas deve ser priorizada o retorno da energia ou aquisição de outro refrigerador assim como a compra de gelox.

#### ***24) Plano de Contingência para Falta de Medicamentos e Materiais***

- Comunicar o Farmacêutico os medicamentos e materiais com situação crítica (estoque insuficiente).
- Entrar em contato com a Unidade de Compras para situar-se sobre a aquisição do item com estoque crítico.
- No caso de impossibilidade de aquisição do item, o Coordenador da Clínica / Especialidade deve ser comunicado para identificar a possibilidade de substituição por equivalente terapêutico.
- Comunicar a Administração sobre as intervenções realizadas na assistência.

#### ***25) Notificação de Farmacovigilância***

- Realizar busca ativa de farmacovigilância nas clínicas semanalmente.
- Comunicar o farmacêutico no caso de surgimentos de reações adversas ou desvios de qualidade de medicamentos.
- Investigar as reações adversas e desvios de qualidade e realizar registros.
- Realizar notificação de farmacovigilância pelo site da CVS (Centro de Vigilância Sanitária)

#### **Diretrizes gerais no Gerenciamento Farmacológico**

O IGPP implantará o Sistema de Prescrição Eletrônica através do Modulo de Assistência Farmacêutica do Sistema de Informação que será implantado.

O IGPP só utilizará os produtos farmacêuticos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e deverá manter um estoque de medicamentos suficiente para assegurar os tratamentos prescritos, não se admitindo falta de medicamentos e insumos que venham a prejudicar e comprometer a assistência dispensada aos usuários. É vedada a utilização de materiais e substâncias proibidas.

A padronização de medicamentos e materiais médicos deverá ser apresentada previamente pelo IGPP, de forma a ser avaliada pela Comissão Municipal de Farmácia e Terapêutica.

Considerando a reorganização da assistência, a missão das unidades de Pronto Socorro nesse contexto, e a política de assistência farmacêutica, o IGPP compromete-se integralmente com a regulamentação nacional e suas repercussões para as urgências e emergências no âmbito municipal.

A Farmácia da Unidade irá garantir o uso racional dos medicamentos, com assistência farmacêutica em tempo integral, abrangendo o controle de estoque, condições adequadas de armazenamento, segurança na dispensação e no uso com rastreabilidade, bem como atividades de farmácia clínica, com o monitoramento de eventos adversos (Farmacovigilância), desenvolvimento de protocolos de farmácia clínica, análise da prescrição, prestação de assistência clínica farmacêutica e implantação de comissão de validação/padronização do rol de medicamentos, materiais médicos e outros insumos (Comissão de Farmácia e Terapêutica) com regimento aprovado de acordo com as legislações vigentes dos Conselhos de Farmácia e ANVISA.

Para tanto, nossos profissionais e gestores seguirão a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), bem como a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) que serão os instrumentos mestres para as ações de planejamento, seleção de medicamentos e de organização da assistência farmacêutica na unidade. Juntamente com o RENAME nossas equipes, em especial os prescritores utilizarão o Formulário Terapêutico Nacional como auxílio na escolha da melhor terapêutica.

Outro instrumento que poderá ser utilizado nas rotinas terapêuticas e de prescrição serão os Protocolos Clínicos e as Diretrizes Terapêuticas (PCDT- [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=25315](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25315)) que padroniza o emprego do medicamento, estabelecendo claras condições de uso para os profissionais de saúde.

O IGPP estruturará espaço físico suficiente, compatível com o grau de complexidade das funções, para o pleno desenvolvimento das atividades da Assistência Farmacêutica. A distribuição dos espaços físicos será bem planejada, considerando-se todos os aspectos técnicos pertinentes. A estrutura física terá boas localização, fácil acesso com áreas bem

definidas e sinalizadas, condições ambientais apropriadas, além de cumprir todos os requisitos afeitos à higienização e a limpeza.

O dimensionamento da área não seguirá, de antemão, nenhum padrão pré-estabelecido. A necessidade e o dimensionamento do espaço físico dependerão do volume das atividades, demandas, modalidade da aquisição, número de equipamentos, de mobiliários, de pessoas, entre outros aspectos. Além disso, será preciso pensar em expansão futura, para novas ações e atividades.

Definir a padronização dos medicamentos e correlatos utilizados no IGPP é extremamente importante pois só a partir daí é possível criar as rotinas de trabalho. A elaboração da padronização deve ser criada por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica, composta por multiprofissionais, que levará em consideração todas as terapias executadas nos serviços. Conhecer mais profundamente os protocolos clínicos é importante para se discutir a utilização de cada produto escolhido. Considerar os produtos com menor custo, maior qualidade e segurança para o paciente.

Para organizar a logística do serviço, deve-se criar, internamente, rotinas diárias para cada cargo (Exemplo, farmacêutico plantonista diurno e/ou noturno) e, externamente, em conjunto com os outros setores, para a dispensação de medicamentos e correlatos.

Para individualizar os tratamentos é necessário estabelecer um serviço de fracionamento de medicamentos. Minimamente, deve-se fracionar sólidos e soluções orais. Idealmente, deve-se fracionar os injetáveis, porém para tal é necessário uma estrutura física mais complexa e um alto investimento financeiro inicial.

Dentro da Unidade de Saúde, cada setor tem uma especificidade diferente, com isso recomenda-se que a dispensação de medicamentos seja feita com os sistemas abaixo:

- Admissão: setor de emergência, dispensação coletiva. A reposição pode ser feita mediante cópia da prescrição dos atendimentos ou por formulário próprio com o estoque máximo de cada medicamento.
- Enfermaria: dispensação individualizada ou por dose unitária, se possível.
- Farmácia Ambulatorial: dispensação individualizada mediante receituário médico.

Para todos os setores com estoque prévio de medicamento, o elenco destes deve ser

selecionado considerando todas as intercorrências que podem ocorrer no setor, em comum acordo com a enfermagem e equipe médica.

Os correlatos devem ser liberados por sistema coletivo, com reposição programada, diária ou semanal ou por turnos, através de formulário próprio para cada setor. Previamente deve ser definido o elenco de materiais que serão utilizados em cada setor e suas respectivas quantidades. É importante considerar mudanças sazonais e de perfil de pacientes atendidos, como o uso de novos produtos para alterações no estoque.

Cada setor da Unidade de Saúde deve ter no mínimo um carro de urgência e emergência à sua disposição, conforme perfil de atendimento. O elenco de medicamento deve considerar se o uso será em adultos ou recém-nascido, e atender à necessidade terapêutica de cada um em situações especiais. O controle de validade e estoque de medicamentos deverá ser feito por farmacêutico, através de um checklist mensal. O controle de correlatos também pode ser feito pelo farmacêutico ou pela enfermagem. O carro deve ser mantido lacrado e sua abertura deverá ser controlada e registrada.

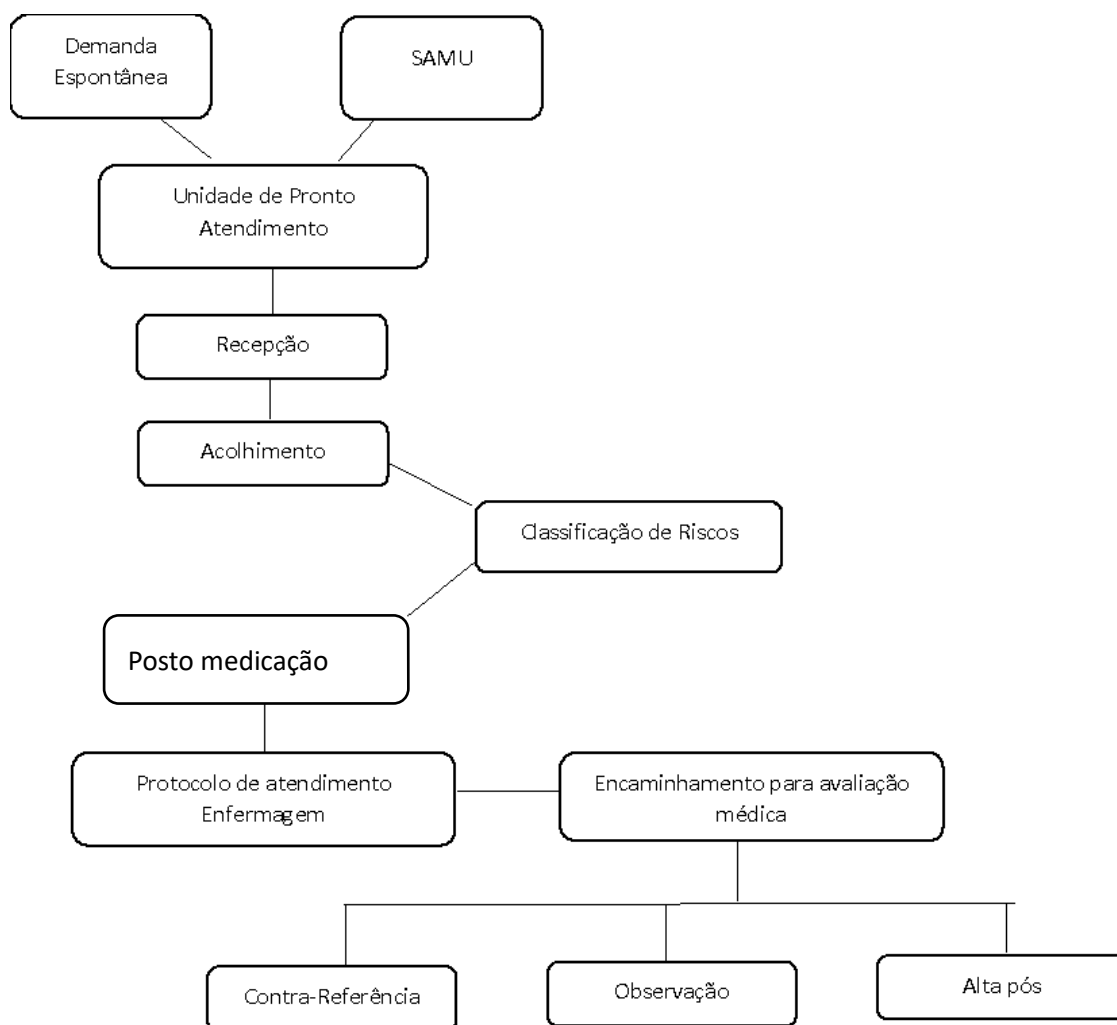
A forma ideal de fazer um controle de estoque fidedigno é utilizar um sistema informatizado. Atualmente existem vários modelos de programa, com diferentes possibilidades gerenciais. Uma ferramenta que ajuda, sendo de fácil aplicação, é a ficha de prateleira, utilizada para registrar as entradas e saídas dos medicamentos e correlatos no local onde são armazenados.

Para fins de desempenho pleno das atividades da unidade de Pronto Atendimento serão utilizadas as medicações que constam da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME – Ministério da Saúde – Brasil) e da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME – Secretaria Municipal de Saúde de São João da Boa Vista – SP).

### **Posto de Medicação**

Todos os pacientes que necessitem de alguma medicação endovenosa serão encaminhados para sala de medicação. Paciente que necessitem de medicações EV que demandarem tempo superior a 60', deverão ser encaminhados à Observação.





## UNIDADE DE ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS

O Serviço de Arquivo de Prontuários é um serviço imprescindível a Unidade de Saúde e sua existência decorre da necessidade de sua organização através da confecção, manutenção, conservação e guarda de prontuário de pacientes que necessitam de assistência médica e é uma fonte de pesquisa científica, reunindo as atividades de Arquivo, Registro e Estatística.

**Seção de Arquivo** - Controla, confere, ordena e arquiva o prontuário de pacientes do ambulatório e internação. O Prontuário do Paciente é o documento legítimo e

individual deste, contendo dados e informações pessoais, bem como do ponto de vista médico social - tratamento clínico, resultados de exames, situação de internação, descrição cirúrgica, resultados e conclusões. É um instrumento dinâmico que uma vez iniciado permanece aberto por tempo indeterminado, atendendo sempre que a paciente recorrer à instituição.

**Objetivo do Serviço** - Realizar arquivo da documentação dos pacientes, garantindo a segurança e a confidencialidade das informações, elaborando estatísticas e relatórios gerenciais para a instituição e demais órgãos competentes.

O Serviço de Prontuário de Paciente tem como função básica ter todos os cuidados específicos com o prontuário do paciente, desde a sua abertura, arquivamento, até a coleta, consolidação e análise dos dados para realização de estatísticas.

Um dos pontos de maior criticidade para o SAME está em manter a rastreabilidade do prontuário. Para isso deve registrar toda a movimentação do paciente e controle de prontuários, zelando por estes documentos. A unidade manterá o arquivo físico dos prontuários conforme normatização específica.

**Solicitação de Prontuários** - A solicitação de cópia de prontuários médicos deve ser feita unicamente na recepção, em qualquer horário e dia da semana. A retirada dos documentos impressos é realizada posteriormente em até 10 dias úteis, também na recepção nos seguintes horários: de segundas às sextas feiras, das 08h00min às 17h00min.

**Prontuários de pacientes de alta, óbito e transferência.** - Diariamente a equipe do SAME encaminha prontuários de pacientes que saíram de alta, óbito ou transferência. Esses prontuários são conferidos mediante protocolo e encaminhados para análise e codificação de procedimentos. Depois de codificadas, as contas são encaminhadas para emissão de Autorização de Internação. As contas autorizadas são digitadas em sistema próprio do SUS e posteriormente é emitido um resumo gerado pelo próprio sistema. Esse resumo é anexado ao prontuário juntamente com a conta rascunhada e digitada. Os prontuários são devolvidos ao SAME após a finalização de todo processo de digitação e conferência de dados.

**Prontuários de pacientes internados** - Mensalmente a equipe de Faturamento analisa todos os prontuários dos pacientes que ainda estão internados, pois o sistema permite que o faturamento das contas de alta complexidade a cada procedimento cirúrgico realizado não importando o tempo e o intervalo de cada cirurgia. Essas contas são codificadas pelos médicos auditores e na finalização é informada alta administrativa. O processo de digitação e conferência segue o mesmo fluxo de pacientes de alta.

**Atendimentos ambulatoriais e emergenciais** - Diariamente a equipe do Pronto Socorro encaminha todas as fichas e consultas realizadas no dia anterior. O Faturamento codifica e lança os dados em planilha elaborada pela Unidade de Faturamento. No final de cada mês essa informação é digitada em sistema de BPA-C (Boletim de Produção Ambulatorial – Consolidado) e BPA-I (Boletim de Produção Ambulatorial – Individualizado).

**Guarda de Prontuários** - A responsabilidade pelo prontuário cabe ao médico e aos outros profissionais assistentes que o utilizam, à hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias de clínica, diretor da divisão médica, diretor técnico (Resolução CFM n.º 1.638/02). A guarda do prontuário é da responsabilidade da Unidade que lhe presta atendimento. De acordo com a Resolução do CFM n.º 1.639/02, é norma legal os documentos médicos em suporte de papel serem arquivados por tempo não inferior a vinte anos, a partir da data do último registro de atendimento do paciente. Os prontuários de parto serão arquivados por dezoito anos, conforme estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente (artigo 10). Findo o prazo, o original poderá ser substituído por outros métodos de registro que possam restaurar as informações nele contidas (Lei n.º 5.433/68; Resolução do CFM n.º 1.639/02; Parecer do CFM n.º 23/89), isto é, arquivados eletronicamente em meio óptico, magnético ou microfilmado para manutenção permanente. Não é concedido aos médicos de estabelecimento com arquivo coletivo manter prontuários em sua guarda. Em casos de perda ou extravio de prontuário, a direção da instituição aplicará medidas existentes para essas situações e do ponto de vista legal há que se recorrer aos dispositivos referentes aos direitos do cidadão, e a direção da instituição deve elaborar um



documento à parte interessada com a informação de que o prontuário não foi localizado apesar dos esforços empenhados com esse objetivo.

**Destruição do Prontuário** - É infração à ética médica. A eliminação do suporte de papel só será autorizada após consulta e análise obrigatória da comissão permanente de avaliação de documentos da unidade à qual pertence o arquivo de revisão de prontuário e garantida a preservação permanente em meio eletrônico, isto é, informatização, microfilmagem ou outros meios (Resolução CFM n.º 1.639/02). A microfilmagem dificulta pesquisas, mas dura cerca de cem anos e pode ser refilmada (Carvalho, 1977).

**Arquivo Paralelo ou “Morto”** - Tendo em vista o valor dos prontuários para o ensino e a pesquisa, sua extinção configura perda patrimonial irrecuperável. Para solucionar essa questão, a microfilmagem e a informatização têm sido utilizadas para conservação permanente dos documentos e economia de espaço para arquivamento. “Arquivo morto” é denominação criticável, tem configuração de gíria. Em rigor, morto é o estado em decorrência de óbito do ser que viveu. Nesse arquivo, em geral, guardam-se prontuários de casos inativos ou que completaram cinco ou mais anos desde a última consulta. Há muitos prontuários de pacientes falecidos. Diz-se tecnicamente arquivo passivo ou paralelo. A preocupação do responsável técnico da instituição e da comissão de prontuário de promover ações adequadas para o desenvolvimento desse importante setor pode evitar perdas documentais irremediáveis.

**Possibilidade de Gerenciamento Eletrônico de Documentos** - Serviços integrados, ágeis, seguros e eficientes poderão ser viabilizados para guarda, digitalização e organização de documentos, modernizando os processos. A Digitalização e Indexação de Documentos permitem armazenamento nos servidores, acessíveis sete dias por semana, 24 horas por dia. Vantagens: consulta via web com segurança, agilidade e facilidade; possibilidade de acesso por mais de um usuário; possibilidade de envio dos documentos via e-mail; redução do desgaste físico do documento; redução no tempo de recuperação da informação; redução de cópias impressas; cópias de segurança; redução de áreas de arquivamento; alta disponibilidade e segurança garantida para os seus dados.

## Aspectos Legais e Éticos

O IGPP adverte e tem consciência que o prontuário poderá ser instrumento de defesa e de acusação. É muito comum, no meio médico a seguinte frase: “o que não está escrito no prontuário não aconteceu”! Por conseguinte, será pertinente anotar, com detalhes, todas as dificuldades no atendimento do usuário, de qualquer natureza. A falta de certas condições materiais (equipamentos e medicamentos) para o atendimento adequado dos usuários, a ausência de infraestrutura e o consequente uso de substitutos inadequados e outras anormalidades, deverão ser anotadas. Tal iniciativa não desobrigará o profissional de comunicar essas irregularidades à Chefia imediata. Para se evitar aborrecimentos e questionamentos no ambiente judicial, os profissionais deverão descrever com detalhe, clareza e precisão de localização anatômica, as lesões subsequentes à violência, em usuários dos serviços atendidos nessa condição.

O prontuário será o principal documento constituinte das provas judiciais. Nos processos contra médicos, dentistas e enfermeiros, o acusador – geralmente o usuário –, deverá comprovar que o profissional agiu com imprudência, negligência ou imperícia, isto é, ele (o usuário) ou seu representante legal deverá apresentar provas de que houve erro de conduta, pelo qual foi prejudicado. Nesse ponto, vale insistir: o que terá valor decisivo será o prontuário, no qual se poderão colher as provas que negarão, ou não, a responsabilidade do profissional sobre o fato.

Graças ao prontuário, poderá se provar, ou não, que os cuidados profissionais aplicados ao reclamante usuário foram adequados. Assim, em casos de registros omitidos ou irregulares, o profissional poderá perder a possibilidade de comprovação de seus atos. Nesse caso, as alegações do usuário passarão a ter mais validade judicial que a memória do profissional. A falta ou a insuficiência dos registros poderão ser substituídas por prova testemunhal ou pericial.

A “medicina de defesa” reforça a importância do prontuário e de seu preenchimento completo. Conhecimentos e informações que proliferam aceleradamente, exigência de superespecializações, ânsia do profissional pela impossibilidade de permanente atualização, recursos médicos de alta tecnologia, revolução farmacológica, procedimentos mais invasivos, solicitações de exames destinados a prever danos às



vezes improváveis, atendimentos onerosos e outras circunstâncias, exigirão da atividade médica, extremos cuidados para se evitar iatropatogenias e ações judiciais. A medicina defensiva reforçada com a contínua incorporação de tecnologias modernas, não substitui o preciso preenchimento do prontuário.

O documento, para ser admitido em juízo como elemento de prova, necessitará ter sua autenticidade reconhecida, estar datado e assinado. A ausência destes elementos demonstrará má qualidade da assistência prestada ao usuário dos serviços de saúde. Rasuras comprometerão o valor legal do prontuário. Em casos de retificações, aconselhar-se-á escrever entre parênteses indicações como sem efeito, digo, ou expressões análogas e, a seguir, escrever a correção.

Segundo o Código Penal, a anotação incorreta, incompleta, falseada ou inexistente no prontuário, quanto aos fatos relacionados ao usuário, poderá caracterizar falsidade ideológica: “Omitir, em documento público ou particular declaração que dele devia constar, ou nele inserir, ou fazer inserir declaração falsa, ou diversa da que devia ser escrita, com o objetivo de prejudicar o Direito ou criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante, acarretará pena de reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) ano a 3 (três) anos e multa, se o documento é particular”. Se o agente for funcionário público e cometer o crime, prevalecendo-se do cargo, aumenta-se a pena da sexta parte. Falsidade ideológica refere-se à formação de documento, cuja materialidade é perfeita, mas, o conteúdo é falso.

## Proposta de Capacitação e Treinamentos

### Política

Capacitar e desenvolver os colaboradores que compõem o corpo assistencial, visando garantir a assistência com excelência;

### Objetivo Geral

Implantar e garantir o modelo assistencial através da Educação Permanente, através da capacitação dos profissionais nas atividades assistências, ensino, pesquisa e gestão, com



a perspectiva interdisciplinar, e de acordo com os princípios do SUS e da Política Nacional de Humanização.

## Introdução

O desenvolvimento regular e sistemático de atividades educativas, visando mudanças no processo de trabalho para a qualidade e o aperfeiçoamento contínuo da equipe de saúde, dentro de um Programa de Educação Permanente, é uma atribuição da Coordenação de Enfermagem, visando o aperfeiçoamento constante de seus profissionais.

A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA tem como finalidade prestar um cuidado resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados de natureza clínica, prestar primeiro atendimento aos casos cirúrgicos ou traumáticos, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo a necessidade ou não de encaminhamento a outros serviços de atenção à saúde.

Deste modo, os profissionais que ingressam nessa UPA necessitam de uma instrumentalização específica para atuar nessas unidades.

Desde 2004 o Ministério da Saúde, lançou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que teve reorientações em sua implementação em 2007, voltada para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), como uma proposta de ação capaz de contribuir para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde.

Nesta perspectiva, a educação permanente (EP) passa a ser fundamental e estratégica para a consolidação do SUS, a fim de alcançar perfis profissionais orientados pelas demandas da população, em cada realidade regional e nível de complexidade.

A EP visa a aprendizagem significativa no trabalho, realizada a partir das reflexões críticas dos profissionais em relação às necessidades no dia a dia, permitindo a transformação das práticas e a organização do trabalho, em que o ensinar e o aprender se incorporam ao cotidiano das pessoas e da instituição.



### Funcionamento das Atividades

As atividades da EP serão desenvolvidas, continuamente, por meio de planos de ação, sendo:

- Identificação das necessidades de aprimoramento dos profissionais de enfermagem e dos serviços, por meio da coleta de dados em cada ambiente.
- Viabilização dos espaços para a realização dos treinamentos, oficinas, seminários, cursos etc.
- Elaboração e divulgação do cronograma dos treinamentos.
- Sensibilização dos profissionais sobre a importância da participação nas atividades educativas.

Todas as atividades são desenvolvidas conforme a necessidade e respeitando o perfil de cada grupo profissional, de forma que todos recebam as capacitações previstas em cronograma.

Como já citado no escopo deste projeto muitas iniciativas de EP, se concretizam pela formalidade e necessidade técnica da Educação Continuada que se organiza segundo o cronograma do IGPP, por entendimento de que algumas temáticas devem ser continuadas e permanente.

A EPS trabalha com ferramentas que buscam a reflexão crítica sobre as práticas de atenção, gestão e formação, sendo, por si só, um processo educativo aplicado ao trabalho, possibilitando mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas e uma melhor articulação para dentro e para fora das instituições. Processo Necessário para sustentação do Modelo de Cogestão.

Os treinamentos são divididos em 2 blocos:

1. Básico: Este bloco constitui o treinamento mínimo obrigatório que todos os setores envolvidos com a assistência ao paciente devem desenvolver.
2. Específico: Este bloco é realizado de acordo com a necessidade de cada setor/equipe. Nesta situação, além do treinamento, são planejados conjuntamente os processos de atualização de normas e rotinas, de avaliação e de supervisão sistemática.

### Funcionamento das Atividades

As atividades da EP serão desenvolvidas, continuamente, por meio de planos de ação, sendo:

- Identificação das necessidades de aprimoramento dos profissionais de enfermagem e dos serviços, por meio da coleta de dados em cada ambiente.
- Viabilização dos espaços para a realização dos treinamentos, oficinas, seminários, cursos etc.
- Elaboração e divulgação do cronograma dos treinamentos.
- Sensibilização dos profissionais sobre a importância da participação nas atividades educativas.

Todas as atividades são desenvolvidas conforme a necessidade e respeitando o perfil de cada grupo profissional, de forma que todos recebam as capacitações previstas em cronograma.

#### Treinamentos Permanentes

O Treinamento Permanente pode ser entendido como processo contínuo de Educação. Seu intuito é de desenvolver os colaboradores, levando-os a melhorar suas competências e ter maior satisfação no trabalho, com a valorização profissional e institucional, tendo como papel estratégico a prática assistencial de excelência. Assim, fundamenta-se em uma prática baseada em evidências científicas, da capacidade de tomada de decisão, da preocupação em desenvolver a liderança, na comunicação verbal e escrita, na melhoria do relacionamento interpessoal, da visão no resultado que efetivamente colabora para o estabelecimento de uma excelente relação de cuidados entre a equipe multiprofissional, o paciente e sua família.

A capacitação da equipe é realizada por meio de um plano anual de desenvolvimento estratégico de treinamentos. Esta estratégia de treinamento é flexível mediante a necessidade de intervenção pontual na ocorrência de eventos, de não conformidades em processos, na busca ativa, nos resultados dos indicadores assistenciais, na implantação de rotinas e na capacitação específica de um procedimento técnico.

### Treinamento de Integração

O treinamento de integração é um processo de aprendizagem de curta duração que, mediante uma técnica ou uma combinação de procedimentos, visa dotar funcionários novos de habilidades, conhecimentos e competências de forma a melhorar seu desempenho no cargo atual.

A integração, também conhecida por socialização organizacional, visa ajudar os colaboradores a compreenderem os aspectos sociais, técnicos e culturais de seu novo local de trabalho. A instituição precisa socializar, integrar seus novos colaboradores adequadamente em sua forma de trabalho, em geral, criar um ambiente agradável e acolhedor na fase inicial do emprego.

Tudo se inicia na recepção do profissional na empresa, nesse momento ele precisa receber informações básicas referente a estrutura organizacional, missão, visão, valores, atribuições da empresa e junto as boas-vindas ao novo ambiente.

### Treinamento do colaborador

Durante o treinamento de integração, os novos contratados receberam orientações gerais sobre o trabalho na unidade, sobre as normas e rotinas da unidade e diversos esclarecimentos.

Através do Treinamento, envolvemos a transmissão de conhecimentos específicos relativos ao trabalho, podemos aprender conhecimentos e habilidades para um futuro definido, além de nos adequar para exercer determinada tarefa, função ou cargo na empresa, assim, ajuda a alcançar os objetivos da instituição, fornecendo a possibilidade e oportunidade para o crescimento, a prática e a conduta adquirida na organização.

### Objetivo do Programa de integração

O principal objetivo do treinamento é preparar as pessoas para a execução imediata das diversas tarefas inerentes de seu cargo.

O Programa de Integração é um programa formal e intensivo de treinamento inicial destinado a novos colaboradores. Um Programa de Integração envolve muito mais do que o mero repasse de informações. Consiste em buscar a melhor relação entre o





colaborador e a instituição, de forma que o recém-chegado possa conhecê-la e tornar-se parte dela, visando ajustá-lo ao ambiente.

Portanto, visa ajudá-lo a compreender os aspectos sociais, técnicos e culturais do local de trabalho. Este treinamento não é apenas um detalhe da delicadeza humana que devemos a todos, mas também se constitui numa estratégia gerencial.

#### Realização do Programa de Integração

O IGPP sugere um Programa de Integração de pelo menos 2 dias, onde serão apresentados conteúdos informativos do funcionamento de diversos setores da unidade.

Conteúdos sugeridos:

- Tour pela unidade;
- Breve história da Saúde Pública no Brasil e princípios do SUS;
- Rede de atenção Urgência e emergência (RUE) – especificidade dos dispositivos – UPA;
- Processos relacionados a segurança do trabalho e Biossegurança;
- Características institucionais e físicas da unidade;
- Processos e fluxos do Departamento Pessoal; Hierarquias, Organogramas e Fluxogramas da unidade; Legislação Trabalhista;
- Direitos e deveres dos colaboradores da unidade;
- Relacionamento Interpessoal e etiqueta profissional;
- Apresentação do Manual de Normas e Rotinas do setor de trabalho, onde o profissional terá o descritivo das atividades desenvolvidas no setor que este prestará serviço.

Espera-se que com o Programa de Integração todos os funcionários contratados da unidade horas, sintam-se acolhidos e demonstrem seu aprendizado na prática cotidiana, no atendimento e assistência; mantenham-se qualificados dentro das diretrizes institucionais e fundamentados pelos princípios do SUS, trazendo benefícios para a instituição, retendo e motivando o profissional a dedicar-se ao trabalho reconhecendo a instituição como uma aliada na sua ascensão profissional e pessoal.



### Acompanhamento

Será apresentado mensalmente à secretaria de saúde o cronograma de educação continuada ou informar quando não houver curso no período.

### APRESENTAÇÃO DE PROJETO EM EDUCAÇÃO PERMANENTE COM VISTA À CAPACITAÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR DA UNIDADE

A educação permanente dos profissionais da unidade de saúde constitui importante estratégia para desenvolver a reflexão crítica sobre as práticas dessa equipe. No entanto, para que haja um processo dialético entre os saberes dos profissionais e os saberes da comunidade, é preciso que o projeto de educação permanente esteja orientado para a transformação do processo de trabalho, englobando as necessidades de aprendizagem das equipes com conhecimentos, habilidades, atitudes e valores da comunidade.

A qualificação crescente dos profissionais das equipes irá se refletir na maior qualidade da atenção oferecida à população, possibilitando-lhe melhores condições de saúde e de qualidade de vida.

O processo de desenvolvimento do programa de Educação Permanente – EP implica na reflexão sobre a conjuntura e as contingências institucionais, sob o ponto de vista ético e político. Assim, deve ser concebido dentro das premissas básicas de ser um processo constante de promoção e desenvolvimento integral e contextualizado da equipe, centrando-se nas circunstâncias e problemas de seu processo de trabalho, de modo crítico e criativo.

Em suma, saberes, habilidades e valores deverão ser apropriados pela equipe no contexto do trabalho, para que ela possa desempenhar suas atividades, de forma satisfatória para todos – profissionais e comunidade.

O planejamento de um processo de educação permanente precisa estar adequado às necessidades loco-regionais, utilizando todos os recursos potenciais, especialmente o aparelho formador de recursos humanos.

### Objetivos:



1. melhorar a qualidade dos serviços, mediante um processo educativo permanente e comprometido com a prática do trabalho;
2. aumentar a resolubilidade das ações frente aos problemas prevalentes;
3. fortalecer o processo de trabalho da equipe da unidade;
4. fortalecer o compromisso com a saúde da população por parte dos membros da equipe

#### Etapas do Projeto de Educação Permanente:

1. levantamento das necessidades da comunidade, dos profissionais e da equipe de gestores;
2. elaboração dos objetivos de aprendizagem;
3. seleção de conteúdo ou temas;
4. definição dos métodos e técnicas de ensino-aprendizagem;
5. organização sequencial do currículo/grade programática;
6. definição das atividades;
7. execução do programa com contínua avaliação do processo e dos resultados

Anualmente é realizado levantamento junto as equipes e gestores sobre as necessidades das rotinas de trabalho, bem como, sugestões de temas a serem desenvolvidos nas ações de Educação Permanente. Também poderá ser utilizado como base para as escolhas de temas, os resultados das avaliações de desempenho da equipe, agrupando os itens de maior prevalência. Após o levantamento, os temas sugeridos pelos colaboradores são analisados pela equipe técnica, sendo elaborado um cronograma anual de atividades para cada categoria profissional. Os temas poderão ser revistos semestralmente.

#### Avaliação:

Na abordagem de treinamento, a avaliação é a forma mais utilizada para medir a eficácia e eficiência dos esforços aplicados.

#### Níveis de avaliação:

☐ Reação ou Satisfação: reflete os sentimentos e opiniões dos treinandos sobre o treinamento. Essa avaliação é realizada logo após o treinamento e visa identificar as necessidades de melhoria dos materiais e métodos de instrução adotados.

☐ Aprendizado: este nível avalia a retenção de conhecimento transmitido no treinamento pelos treinandos.

☐ Comportamento ou Aplicação: é observada a extensão da mudança de conduta e de procedimentos que ocorre após a participação em um programa

☐ Resultados: enfatiza a contribuição do treinamento para a realização da missão e objetivos organizacionais.

Serão realizadas avaliações de reação junto aos funcionários. A avaliação será realizada logo após o treinamento com formulário próprio. Também será solicitado aos gestores um feedback dos resultados alcançados pelo treinamento.

De posse dos resultados a equipe definirá os temas que serão continuamente aplicados, os temas que deverão deixar a grade de palestras e os temas que deverão ser incluídos. Deverão fazer parte permanente dos treinamentos os seguintes temas: humanização/acolhimento, gestão de risco e segurança do paciente e temas frequentemente identificados na avaliação de desempenho dos funcionários.

## MODULO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE MULTIPROFISSIONAL

### ÁREAS TRANSVERSAIS

#### Modulo- Práticas integrada

|                                                          |
|----------------------------------------------------------|
| Acompanhamento dos eventos sentinela e eventos adversos. |
| Biossegurança.                                           |
| Dispositivos intravasculares centrais e periféricos.     |
| Isolamentos/ Precauções.                                 |
| Linhas de cuidado.                                       |
| Plano terapêutico.                                       |
| Prevenção de infecção.                                   |
| Prevenção de Quedas.                                     |

|                                               |
|-----------------------------------------------|
| Protocolos assistenciais.                     |
| Sustentabilidade.                             |
| Técnicas de comunicação.                      |
| Transferência de pacientes interna e externa. |

#### Modulo- Gestão em Saúde

|                                                             |
|-------------------------------------------------------------|
| Organização em saúde e suas implicações para a gestão.      |
| Organização do trabalho em saúde e do trabalho gerencial.   |
| Planejamento estratégico situacional, tático e operacional. |
| Qualidade em saúde: conceitos e ferramentas.                |
| Acesso e continuidade do cuidado.                           |
| Melhoria da qualidade e segurança do paciente.              |
| Construção e definição de indicadores de qualidade.         |

#### Modulo- Cuidado Seguro

|                                               |
|-----------------------------------------------|
| Identificação do paciente.                    |
| Transferências de informações.                |
| Treinamentos em segurança do paciente.        |
| Higiene das mãos.                             |
| Prática segura na utilização de medicamentos. |
| Segurança em narcóticos.                      |
| Papeis e responsabilidades da equipe.         |
| Transferência interna.                        |

#### - Áreas Específicas

##### Módulo- Área específica para corpo clínico

|                                                   |
|---------------------------------------------------|
| Conhecimento do Aporte Tecnológico Institucional. |
| Atualização sobre normas e rotinas.               |
| Atuação no plano terapêutico.                     |
| Atuação nas linhas de cuidado.                    |

|                                         |
|-----------------------------------------|
| Cultura de qualidade.                   |
| Cultura de segurança.                   |
| Capacitação de liderança para gestores. |
| Interdisciplinaridade.                  |

Módulo- Área específica para enfermagem

|                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------|
| SAE- Sistematização da assistência de enfermagem.                       |
| Taxionomias diagnósticas, de intervenção e de resultados de Enfermagem. |
| Classificação de complexidade dos cuidados em enfermagem – FUGULIN.     |
| Enfermagem Obstétricas                                                  |
| Farmacoterapia e condutas de enfermagem em QT.                          |
| Emergências Obstétricas                                                 |
| Reanimação Neonatal                                                     |
| Cuidados na administração de trombolíticos.                             |
| Cuidados na administração de medicamentos.                              |
| Cuidados com drogas de alto alerta.                                     |
| Cuidados na passagem de Sondas Nasogástrica e Nasoenteral.              |
| Cuidados na manutenção de Cateteres Venosos Centrais.                   |
| Assistência em parada cardiorrespiratória em adultos e infantil         |
| Coleta de exames e preparo e acompanhamento do cliente para exames.     |
| Preparo do corpo pós-morte.                                             |
| Gestão de qualidade e gestão de processos.                              |
| Liderança, criatividade e comunicação na Enfermagem.                    |
| Enfermeiro como Gestor da Unidade e do Cuidado.                         |
| Enfermagem Clínica.                                                     |
| Protocolos COVID19                                                      |

Modulo- Área específica para Farmácia

|                       |
|-----------------------|
| Guia Terapêutico.     |
| Formas Farmacêuticas. |

|                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Classes terapêuticas.                                                                     |
| Vias de administração.                                                                    |
| Dose Unitária.                                                                            |
| Drogas de Alto Alertas.                                                                   |
| Farmacovigilância.                                                                        |
| Interações Fármaco X Fármaco / Interações Fármaco X Nutrientes/                           |
| Garantia e controle de qualidade- CTQF.                                                   |
| Dispensação de psicotrópicos.                                                             |
| Descarte de resíduos/ Conferência do carro de emergência/ Dispensação de antimicrobianos. |
| Preparo de medicamentos.                                                                  |
| Farmácia clínica e segurança do paciente.                                                 |
| Logística em farmácia.                                                                    |
| Gestão em Farmácia.                                                                       |
| Análise Farmacoterapêutica.                                                               |

#### Modulo- Área específica para Serviço Social

|                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Interfaces entre questão social, adoecimento e tratamento.                                                                                                                                    |
| Pressupostos para a sistematização das práticas dos assistentes sociais em clínicas cirúrgicas.                                                                                               |
| Pressupostos para a sistematização das práticas dos assistentes sociais em especialidades clínicas.                                                                                           |
| Atividades do Serviço Social com grupos, na perspectiva de garantia de direitos sociais da população usuária do SUS.                                                                          |
| Apoio psicossocial e acolhimento de paciente e/ou famílias em situação de urgência/emergência.                                                                                                |
| Localizar familiares de pacientes, dar suporte, acolher, mediar informações e providenciar onde familiares vão permanecer durante o período de internamento.<br>Disponibilizar Casa de Apoio. |
| Orientações quanto aos direitos sociais e encaminhamentos as redes de referência do                                                                                                           |



município e região.

Modulo- Área específica para Serviços Administrativos

|                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estrutura e organização do trabalho do auxiliar administrativo na Diretoria de Enfermagem |
| Habilidades Interpessoais no trabalho                                                     |
| Noções de Direito Administrativo e Processo Administrativo Disciplinar                    |
| Sistema informatizado e relatórios estatísticos                                           |
| Atendimento e cadastro de usuários                                                        |
| Faturamento                                                                               |
| Gestão de Suprimentos                                                                     |

## Ações para a Gestão dos Serviços de Saúde Mental

### Rede de Atenção Psicossocial

Os sistemas de saúde de muitos países, inclusive o do Brasil, têm passado por importantes reformas que buscam melhorar não apenas sua relação custo-benefício, mas, principalmente, a cobertura da atenção básica, a gestão descentralizada, a melhora na qualidade do cuidado e o aumento da participação da comunidade.

Em relação a organização da assistência à saúde mental, cada vez menos se busca separar a saúde física da saúde mental. Ou seja, atualmente estamos inseridos em uma sociedade com intensas transformações tecnológicas, farmacêuticas, industrialização, mudanças no mercado do trabalho, culturais, questão de gênero, entre outros. Neste contexto, nas últimas décadas, concomitantemente com a instituição do Sistema Único de Saúde – SUS – o cuidado em saúde mental tem passado por um processo de mudança de concepção histórica, na forma de perceber os transtornos mentais, o tratamento clínico, o uso abusivo de drogas, a violência psicológica, as pessoas que sofrem angústias profundas, como ansiedades, medos, entre outros. Neste sentido, institui-se a **Rede de Atenção Psicossocial – RAPS**.



A RAPS proporcionou a construção de uma linha de cuidado na atenção psicossocial, instituindo nas regiões de saúde a necessidade de ações e serviços de atenção psicossocial para serem constituídas. Portanto, para a garantia do cuidado a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, a RAPS é constituída por vários componentes que devem estar interligadas pelos processos de trabalho e ações intersetoriais.

Tais mudanças tem atingido todo o sistema de saúde brasileiro, especialmente a saúde mental, que nos últimos cinquenta anos tem vivido um movimento mundial de reversão do modelo manicomial. Este movimento desencadeou importantes experiências alternativas e iniciativas regionais que estão transformando as organizações, sua operacionalidade, e principalmente, a ideologia e os paradigmas conceituais que os sustentam, almejando o cuidado em liberdade e o respeito aos direitos humanos.

A RAPS tem como finalidade a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre as principais diretrizes da RAPS, é importante destacar:

- ✓ Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- ✓ Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- ✓ Combate a estigmas e aos preconceitos;
- ✓ Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- ✓ Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- ✓ Desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- ✓ Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- ✓ Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- ✓ Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

A desinstitucionalização prevista na reforma psiquiátrica implica em ampliar o conceito de cidadania, no sentido de admitir a pluralidade dos sujeitos com suas diferenças e diversidades, colocando-os no mesmo patamar de sociabilidade e dando-lhes o real direito ao cuidado, para que possam receber ajuda em seu sofrimento, sua positividade e em sua possibilidade de sujeito de desejos e projetos.

As políticas públicas em saúde mental vigente no País, dispõem sobre os direitos do indivíduo e redirecionam o modelo assistencial em saúde mental. Os estados e municípios devem realizar uma política de saúde mental equânime, inclusa, com base comunitária. Os gestores devem possibilitar condições técnicas e políticas que garantam o direito ao tratamento, a organização de uma rede de atenção integral a saúde através de dispositivos sanitários e socioculturais que integrem várias dimensões da vida do indivíduo. Esta lógica de rede deve fazer com que os CAPS sejam dispositivos estratégicos, capazes de funcionar como centros articuladores das instâncias dos cuidados básicos de saúde, incluindo estratégia de saúde da família, rede de ambulatorios, atendimento terciário, atividades de cuidado e suporte social.

Diante disso, a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estabeleceu diretrizes e objetivos para cada ponto da rede, definições estas que colocam em evidência a capacidade resolutiva e operativa esperada para cada instituição que a compõe. O funcionamento adequado da RAPS é uma proposta complexa que visa a integralidade da atenção à saúde mental e desafia o trabalho conjunto entre os CAPS, a Atenção Básica em Saúde, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, as unidades de urgência e emergência.

Na proposta das RAPS, mecanismos adequados para estabelecer a comunicação entre os diversos pontos de atenção são fundamentais para a rede. A divergência e desatualização de informações lançadas nas bases de dados do CNES e do SIA/SUS e, principalmente, a baixa utilização do prontuário eletrônico dificultam ainda mais o acompanhamento e continuidade do projeto terapêutico do usuário dentro dos serviços de saúde mental.

Neste contexto, dentro da construção da *Rede de Atenção Psicossocial – RAPS* – que pudesse suprir as necessidades de cuidado do portador de sofrimento psíquico e assim

substituir a assistência/desassistência prestada pelos hospitais psiquiátricos. Nesse contexto, os **Centros de Atenção Psicossocial – CAPS** – surgiram como uma proposta de cuidado mais adequado aos princípios e diretrizes do processo de Reforma Psiquiátrica.

### Centro de Atenção Psicossocial- CAPS

Os **CAPS** nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da RAPS: **serviços de saúde de caráter aberto e comunitário** constituídos por equipe Multi profissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial e são **substitutivos ao modelo asilar**.

Nessa perspectiva, o CAPS opera nos territórios, compreendidos não apenas como espaços geográficos, mas territórios de pessoas, de instituições, dos cenários nos quais se desenvolvem a vida cotidiana de usuários e de familiares e constituem-se como um “lugar” na comunidade. Lugar de referência e de cuidado, promotor de vida, que tem a missão de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de familiares.

Os CAPS têm papel estratégico na articulação da RAPS, tanto no que se refere à atenção direta visando à promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, quanto na ordenação do cuidado, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde, articulando e ativando os recursos existentes em outras redes, assim como nos territórios.

O cuidado, no âmbito do CAPS, é desenvolvido por intermédio de **Projeto Terapêutico Singular (PTS)**, envolvendo, em sua construção, a equipe, o usuário e sua família; a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do CAPS e/ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso. As práticas dos CAPS são realizadas em ambiente de “portas abertas”, acolhedor e inserido nos territórios das cidades, dos bairros. Os PTS, acompanhando o usuário, em sua história, cultura, projetos e vida cotidiana, ultrapassam, necessariamente, o espaço



do próprio serviço, implicando as redes de suporte social e os saberes e recursos dos territórios.

Algumas das ações dos CAPS são realizadas em coletivo, em grupos, outras são individuais, outras destinadas às famílias, outras são comunitárias e podem acontecer no espaço do CAPS e/ou nos territórios, nos contextos reais de vida das pessoas. Poderão compor, de diferentes formas, os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), de acordo com as necessidades de usuários e de familiares, as seguintes estratégias:

**Acolhimento inicial:** primeiro atendimento, por demanda espontânea ou referenciada, incluindo as situações de crise no território; consiste na escuta qualificada, que reafirma a legitimidade da pessoa e/ou familiares que buscam o serviço e visa reinterpretar as demandas, construir o vínculo terapêutico inicial e/ou corresponsabilizar-se pelo acesso a outros serviços, caso necessário.

**Acolhimento diurno e/ou noturno:** ação de hospitalidade diurna e/ou noturna, realizada nos CAPS III como recurso do PTS de usuários, objetivando a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário.

**Atendimento individual:** atenção direcionada aos usuários visando à elaboração do PTS ou do que dele deriva. Comporta diferentes modalidades, incluindo o cuidado e o acompanhamento nas situações clínicas de saúde, e deve responder às necessidades de cada pessoa. Atenção às situações de crise: ações desenvolvidas para manejo das situações de crise, entendidas como momentos do processo de acompanhamento dos usuários, nos quais conflitos relacionais com familiares, contextos, ambiência e vivências causam intenso sofrimento e desorganização. Esta ação exige disponibilidade de escuta atenta para compreender e mediar os possíveis conflitos e pode ser realizada no ambiente do próprio serviço, no domicílio ou em outros espaços do território que façam sentido ao usuário e a sua família e favoreçam a construção e a preservação de vínculos.

**Atendimento em grupo:** ações desenvolvidas coletivamente, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitando experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania.

**Práticas corporais:** estratégias ou atividades que favoreçam a percepção corporal, a autoimagem, a coordenação psicomotora, compreendidos como fundamentais ao processo de construção de autonomia, promoção e prevenção em saúde.

**Práticas expressivas e comunicativas:** estratégias realizadas dentro ou fora do serviço que possibilitem ampliação do repertório comunicativo e expressivo dos usuários e favoreçam a construção e a utilização de processos promotores de novos lugares sociais e a inserção no campo da cultura.

**Atendimento para a família:** ações voltadas para o acolhimento individual ou coletivo dos familiares e suas demandas, que garantam a corresponsabilização no contexto do cuidado, propiciando o compartilhamento de experiências e de informações.

**Atendimento domiciliar:** atenção desenvolvida no local de morada da pessoa e/ou de seus familiares, para compreensão de seu contexto e de suas relações, acompanhamento do caso e/ou em situações que impossibilitem outra modalidade de atendimento.

**Ações de reabilitação psicossocial:** ações de fortalecimento de usuários e de familiares, mediante a criação e o desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, que garantam o exercício de direitos de cidadania, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida.

**Promoção de contratualidade:** acompanhamento de usuários em cenários da vida cotidiana – casa, trabalho, iniciativas de geração de renda, empreendimentos solidários, contextos familiares, sociais e no território, com a mediação de relações para a criação de novos campos de negociação e de diálogo que garantam e propiciem a participação dos usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação de redes sociais e sua autonomia.

**Fortalecimento do protagonismo de usuários e de familiares:** atividades que fomentem: a participação de usuários e de familiares nos processos de gestão dos serviços e da rede, como assembleias de serviços, participação em conselhos, conferências e congressos; a apropriação e a defesa de direitos; a criação de formas associativas de organização. A assembleia é uma estratégia importante para a efetiva configuração dos

CAPS como local de convivência e de promoção de protagonismo de usuários e de familiares.

**Ações de articulação de redes intra e intersetoriais:** estratégias que promovam a articulação com outros pontos de atenção da rede de saúde, educação, justiça, assistência social, direitos humanos e outros, assim como com os recursos comunitários presentes no território.

**Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da atenção básica, urgência e emergência, e dos serviços de referência:** apoio presencial sistemático às equipes que oferte suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental por meio de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, e contribua no processo de cogestão e corresponsabilização no agenciamento do projeto terapêutico singular.

**Ações de redução de danos:** conjunto de práticas e de ações do campo da Saúde e dos Direitos Humanos realizadas de maneira articulada inter e intrassetorialmente, que busca minimizar danos de natureza biopsicossocial decorrentes do uso de substâncias psicoativas, ampliar o cuidado e o acesso aos diversos pontos de atenção, incluídos aqueles que não têm relação com o sistema de saúde.

**Acompanhamento de serviço residencial terapêutico:** suporte às equipes dos serviços residenciais terapêuticos, com a corresponsabilização nos projetos terapêuticos dos usuários, que promova a articulação entre as redes e os pontos de atenção com o foco no cuidado e no desenvolvimento de ações intersetoriais, e vise à produção de autonomia e à reinserção social.

**Apoio a serviço residencial de caráter transitório:** apoio presencial sistemático aos serviços residenciais de caráter transitório, que busque a manutenção do vínculo, a responsabilidade compartilhada, o suporte técnico-institucional aos trabalhadores daqueles serviços, o monitoramento dos projetos terapêuticos, a promoção de articulação entre os pontos de atenção com foco no cuidado e nas ações intersetoriais, e que favoreça a integralidade das ações.

Apresentando uma normatização básica e generalista, haja vista a complexidade de ações a serem desenvolvidas, observa-se que a gestão dos CAPS, assim como de outros





programas de saúde, depende de aspectos políticos, técnicos e institucionais de cada município a influenciar seu funcionamento. Não obstante as diversidades decorrentes da regionalização dos serviços, espera-se o reconhecimento de estruturas mínimas capazes de conferir aos CAPS a oferta e o cumprimento de atividades para as quais se propõem.

Tais serviços necessitam de uma estrutura adequada para atender a população, exposta a diversos problemas socioeconômicos e, em muitos casos, vulnerabilidade social. Em geral, verifica-se que os CAPS necessitam de uma estrutura capaz de atender às demandas da rede psicossocial, como também prestar outros atendimentos, para os quais são reconhecidos como competentes, dada sua qualificação de porta de entrada do sistema de saúde: atendimentos encaminhados pela Segurança Pública e pelo sistema carcerário, acompanhamentos solicitados pelo sistema judiciário, atendimentos da população em situação de rua e de outros diversos casos, que mesclam o sofrimento mental com conflitos sociais da população. Tais situações reforçam a necessidade de uma estrutura que permita a adequada interlocução com os demais serviços do município e da região.

O Ministério da Saúde estabelece requisitos para a construção dos CAPS em suas diferentes modalidades e condiciona o envio dos recursos para construção de novas instalações à adequação desses parâmetros, demonstra uma tentativa, em escala nacional, de padronizar e estabelecer serviços com estrutura adequada. Não obstante, recomendações e até mesmo exigências devem ser estabelecidas com o intuito de adequar os CAPS já habilitados e em plena atividade. Importante salientar que as adaptações devem ser propostas não apenas sob o ponto de vista sanitário, como mais um estabelecimento de saúde e sim, sobretudo, incluindo recomendações que prezem pela ambiência dos serviços. Os CAPS devem proporcionar um ambiente acolhedor ao processo de produção de saúde, capaz de oferecer conforto físico e subjetivo, promover e intensificar relações interpessoais nos pacientes.

A atuação dos profissionais é um fator determinante para a estruturação e resolutividade dos CAPS como um serviço estratégico da Saúde Mental. O estabelecimento de uma equipe coesa e resolutiva para conduzir o plano terapêutico

dentro desses serviços é importante, tanto para a adesão e vínculo dos usuários quanto para a oferta de tratamento adequado, evitando o encaminhamento desses usuários a serviços maiores e mais complexos, distantes de sua residência, simplesmente por inoperância da rede local.

Nessa nova proposta de assistência do cuidado em redes, é exigido dos profissionais de saúde um conhecimento teórico – prático para a condução de um processo que atenuar o sofrimento, mas que produza uma atenção de cuidado organizada, efetiva e resolutive na gestão da atenção em saúde mental.

A legislação que implantou os CAPS e estabeleceu a equipe mínima de profissionais permanece válida e sem alterações. Entretanto, é notável que a equipe mínima estabelecida se baseava em um contexto da década passada. Na atualidade, o crescimento dos estabelecimentos e a complexidade das atribuições exigidas implicam a readequação do número de profissionais alocados nos CAPS. Considerando-se que a implementação de legislações foi fundamental para a consolidação da reforma psiquiátrica, é necessário que se acompanhe a evolução dos serviços e busquem-se novos marcos legais, não só para implantar como também aprimorar a qualidade dos serviços ofertados na Saúde Mental.

Neste contexto, surge uma nova exigência para a formação dos profissionais de saúde, ou seja, uma formação baseada pelos princípios do SUS e direcionada para a atuação nas diversas redes de cuidados necessários, dentre elas a RAPS, principalmente para que esses profissionais fossem capacitados para implementar, gerenciar e operacionalizar este novo modelo de atenção à saúde proposto. Quando foi implantado, concomitante a um novo modelo de gestão e sistema de saúde no Brasil, percebeu-se a necessidade da participação ativa dos **enfermeiros** para a viabilidade de sua consolidação. Isto porque em seu contexto a enfermagem entendida como prática social, e exercendo a sua autonomia, auxiliaria na superação da crise.

O enfermeiro, pode e deve realizar uma articulação direta aos gestores de saúde, na formulação, planejamento e avaliação das políticas de saúde, modelos de atenção, e na representação nas instâncias colegiadas de decisão do SUS, com o objetivo de discutir

os problemas e elaborar propostas para o aperfeiçoamento do sistema de saúde nos seus diferentes níveis.

Os **psicólogos** são os profissionais de nível superior com maior representatividade nos CAPS, principais responsáveis por conduzir a gestão do serviço. Os psicólogos participam ativamente das ações de **matriciamento**, estabelecendo contato direto com a atenção básica, NASF e outros pontos da RAPS, situação em que permite o fortalecimento da integração da rede entre os serviços locais. O **farmacêutico** é outro profissional estratégico para a composição do CAPS, visto que sua atuação é indispensável na gestão dos medicamentos e, principalmente, na composição da equipe disciplinar, realizando intervenções e participando do projeto terapêutico dos usuários. O **médico psiquiatra**, outro profissional fundamental para o serviço busca viabilizar a evolução da prática clínica, além da realização de atendimentos de urgência e acolhimento de novos usuários. O Ministério da Saúde tenta fixar o profissional ao priorizar a aprovação de vagas de residência em serviços da RAPS, contudo, reconhece-se a necessidade de implantar estratégias para a permanência desse profissional nos CAPS também após o período de residência.

De acordo com a normatização do Ministério da Saúde, os CAPS estão organizados nas seguintes modalidades:

**CAPS I:** Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 15 mil habitantes;

Equipe mínima: 1 médico com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 3 profissionais de nível universitário\*, 4 profissionais de nível médio\*\*.

**CAPS II:** Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços

sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes.

Equipe mínima: 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 4 profissionais de nível superior\*, 6 profissionais de nível médio\*\*.

**CAPS III:** Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPSad. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 150 mil habitantes.

Equipe mínima: 2 médicos psiquiatras; 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 5 profissionais de nível universitário\*, 8 profissionais de nível médio\*\*.

Para o período de acolhimento noturno, a equipe deve ser composta por: 3 técnicos/auxiliares de Enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, 1 profissional de nível médio da área de apoio. Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por: 1 profissional de nível universitário\*, 3 técnicos/auxiliares de Enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, 1 profissional de nível médio da área de apoio.

**CAPSad:** Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes.

Equipe mínima: 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; 4 profissionais de nível universitário \*, 6 profissionais de nível médio\*\*.

**CAPSad III:** Atende adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com sofrimento psíquico intenso e necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos de hospitalidade para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes.

Equipe mínima: 60 horas de profissional médico, entre psiquiatra e clínicos com formação e/ou experiência em saúde mental, sendo mínimo 1 psiquiatra; 1 enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental; 5 profissionais de nível universitário\*, 4 técnicos de Enfermagem; 4 profissionais de nível médio; 1 profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa.

Para os períodos de acolhimento noturno, a equipe mínima ficará acrescida dos seguintes profissionais: 1 profissional de saúde de nível universitário, preferencialmente enfermeiro; 2 técnicos de Enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; e 1 profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa. No período diurno aos sábados, domingos e feriados, a equipe mínima será composta da seguinte forma: 1 enfermeiro, 3 técnicos de Enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, 1 profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa.

**CAPSi:** Atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes.

Equipe mínima: 1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 1 enfermeiro, 4 profissionais de nível superior\*\*\*, 5 profissionais de nível médio\*\*.

*\* Profissionais de nível universitário entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, educador físico ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.*

*\*\* Profissionais de nível médio entre as seguintes categorias: técnico de Enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesanato.*

*\*\*\* Profissionais de nível universitário para o CAPSi entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.*

O Município de **SÃO JOÃO DA BOA VISTA** conta em sua Rede de Atenção Psicossocial com as modalidades CAPS II, CAPSad, CAPSi, além de uma Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental – e-MAESM, comprovando assim seu compromisso e eficácia em sua Política de Saúde Mental, serviços cuja gestão aqui proposta seguirá todos os princípios e diretrizes que regem a Política de Atenção Psicossocial instituída no país.

Considerando os objetivos dos CAPS e as práticas a serem desenvolvidas, o “espaço CAPS” e os espaços do CAPS assumem fundamental relevância: trata-se de projetar serviços públicos de saúde, substitutivos ao modelo asilar, de referência nos territórios, comunitários, de livre acesso e local de trocas sociais. Em síntese: serviços de atenção psicossocial do SUS, espaços de cuidar e apoiar pessoas com experiências do sofrimento e, ao mesmo tempo, espaço social no senti do de produção de projetos de vida e de exercício de direitos, e de ampliação do poder de contratualidade social.

Nessa perspectiva, projetar o “espaço CAPS” e os espaços do CAPS requer considerar, em particular:

- ✓ A afirmação da perspectiva de serviços de portas abertas, no sentido literal e simbólico: espaços e relações de “portas abertas”;
- ✓ A disponibilidade e o desenvolvimento de acolhimento, cuidado, apoio e suporte;
- ✓ A configuração de um serviço substitutivo, territorial, aberto e comunitário;
- ✓ Espaços que expressem o “cuidar em liberdade” e a afirmação do lugar social das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico e da garantia de seus direitos;

- ✓ A atenção contínua 24 horas compreendida na perspectiva de hospitalidade;
- ✓ A permeabilidade entre “espaço do serviço” e os territórios no sentido de produzir serviços de referência nos territórios.

Como recomendação para seu adequado funcionamento, os CAPS devem contar, no mínimo, com os seguintes ambientes:

**Espaço de acolhimento:** local onde acontece o primeiro contato do usuário e/ou seus familiares/acompanhantes e a unidade. Diferente de uma sala de atendimentos coletivos ou individuais, trata-se de espaço acessível, acolhedor, com sofás, poltronas, cadeiras para comportar as pessoas que chegam à unidade, mesas para a recepção. A sala de arquivo deverá ficar de fácil acesso à equipe.

**Salas de atendimento individualizado:** acolhimento, consultas, entrevistas, terapias, orientações. Um espaço acolhedor que garanta privacidade para usuários e familiares nos atendimentos realizados pela equipe multiprofissional. É necessário que contenha uma mesa com gavetas, cadeiras, sofá e armário, e se for necessário, algum recurso terapêutico. Nesta sala estarão o(s) profissional(is) da equipe do CAPS, o usuário e/ou familiar(es) ou acompanhante. É importante que pelo menos uma das salas de atendimento individual contenha uma pia para higienização das mãos, maca disponível, se necessário, para as avaliações clínicas e psiquiátricas.

**Salas de atividades coletivas:** espaço para atendimentos em grupos, e para o desenvolvimento de práticas corporais, expressivas e comunicativas; um dos espaços para a realização de ações de reabilitação psicossocial e de fortalecimento do protagonismo de usuários e de familiares; ações de suporte social e comunitárias; reuniões com familiares etc. Espaço que contemple atividades para várias pessoas de forma coletiva. É importante que a disposição dos móveis seja flexível permitindo a formação de rodas, minigrupos, fileiras, espaço livre etc. Poderá contar com equipamentos de projeção, TV, DVD, armário para recursos terapêuticos, pia para higienização das mãos e manipulação de materiais diversos. Algumas salas poderão contar também com um espaço anexo que sirva de depósito e guarda de materiais.



**Espaço interno de convivência:** espaço de encontros de usuários, familiares e profissionais do CAPS, assim como de visitantes, profissionais ou pessoas das instituições do território, que promova a circulação de pessoas, a troca de experiência, bate-papos, realização de saraus e outros momentos culturais. Este deve ser um ambiente atrativo e aprazível que permita encontros informais. É importante lembrar que o espaço de convivência não é equivalente a corredores.

**Sanitários públicos, adaptados para pessoas com necessidades especiais:** deverão ter, no mínimo, dois banheiros, um feminino e um masculino, ambos com adaptação para pessoas com deficiência. O número de sanitários deverá ser adequado ao fluxo de pessoas.

**Posto de enfermagem:** espaços de trabalho da equipe técnica para execução de atividades técnicas específicas e administrativas, com bancada, pia, armários e mesa com computador. É desejável que seja próximo aos quartos.

**Farmácia:** espaço climatizado, destinado a programar, receber, estocar, preparar, controlar e distribuir medicamentos ou afins. Possui pia, armários para armazenamento de medicamentos e mesa com computador. É interessante que a porta seja do tipo guichê, possibilitando assim maior interação entre os profissionais que estão na sala e os usuários e os familiares. A farmácia destina-se ao armazenamento e à dispensação de medicamentos exclusivamente para usuários em acompanhamento no CAPS.

**Sala de aplicação de medicamentos (Sala de medicação):** espaço com bancada para preparo de medicação, espaço para ministrar medicação oral e endovenosa, pia e armários para armazenamento de medicamentos dispensados no dia. É interessante que a porta seja do tipo guichê, possibilitando assim maior interação entre os profissionais que estão na sala, os usuários e os familiares. É desejável que seja próximo ao posto de enfermagem.

**Quarto coletivo com acomodações individuais (para Acolhimento Noturno com duas camas), com banheiro contíguo:** todos os CAPS poderão ter ao menos um quarto com duas camas e banheiro para atender usuários que necessitem de atenção durante 24 horas. Pelo menos um dos quartos com banheiro deverá ser adaptado para pessoas com deficiência. O número de quartos é superior para os CAPS III e para os CAPSad III, já que

devem possuir capacidade para acolhimento em tempo integral. No caso dos CAPSad III, um dos quartos deverá conter duas camas do tipo hospitalar e neste ambiente haverá banheiro adaptado para pessoas com deficiência. Cada quarto, projetado para duas pessoas, deve ser um espaço acolhedor e expressar a perspectiva de hospitalidade; deve ter armários individuais para que os usuários possam guardar seus objetos de uso pessoal.

**Quarto de plantão (Sala de repouso profissional), com banheiro contíguo:** ambiente com cama ou afim, cadeiras confortáveis e armários individuais para que os profissionais possam guardar seus objetos de uso pessoal. Este ambiente deve ser previsto apenas para CAPS que oferecem atenção contínua 24 horas.

**Banheiro com vestiário para funcionários:** ambiente com sanitário, pia, chuveiros e vestiário. É recomendável que o banheiro comum seja compartilhado por usuários, familiares e profissionais da equipe. Entretanto, caso o gestor opte por inserir um banheiro apenas para funcionários, as dimensões estão previstas neste documento. O número de sanitários deverá ser adequado ao número de profissionais.

**Sala administrativa:** um escritório; espaço com mesa, computador, cadeiras e armários.

**Sala de reunião:** sala que comporte mesa redonda ou mesa retangular grande para reuniões de equipe, reuniões de projetos com usuários e familiares, reuniões intersetoriais, com pessoas externas à unidade, supervisão clínico-institucional, ações de educação permanente etc. Deverá contemplar espaço para retroprojeção.

**Almoxarifado:** espaço com prateleiras e/ou armários para armazenamento de materiais necessários.

**Arquivo:** sala com armário e/ou arquivos para circulação de duas pessoas. É a sala onde ficam armazenados os prontuários. Poderão ser prontuários eletrônicos. É oportuno que fique próximo ao espaço de acolhimento.

**Refeitório:** o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o Projeto Terapêutico Singular de cada usuário. O refeitório deverá permanecer aberto durante todo o dia, não sendo para uso exclusivo no horário das refeições. Preferencialmente, com mesas pequenas ordenadas e organizadas de forma a propiciar um local adequado e agradável para as refeições como momentos de convivência e de trocas.

**Cozinha:** espaço para preparo, cozimento e manipulação de alimentos, assim como para realização de ações coletivas com os usuários, contendo pias, bancadas, fogão, refrigerador e armários. Além do espaço de preparo, a cozinha será composta de ambientes para higienização, depósito de mantimentos e depósito de utensílios de cozinha.

**Sala de utilidades:** destinada à guarda dos materiais e das roupas utilizadas na assistência aos usuários do serviço, além de guarda temporária de resíduos.

**Área de serviços:** ambiente destinado à limpeza dos materiais e das roupas utilizadas na assistência aos usuários do serviço. Poderá ter tanque de lavagem, lavadora de roupas e espaço para secagem. Também poderá, oportunamente, ser utilizado pelos usuários do serviço.

**Depósito de material de limpeza (DML):** sala destinada à guarda de aparelhos, utensílios e materiais de limpeza, dotado de tanque de lavagem.

**Rouparia:** espaço pequeno, com armário ou recipientes que separem as roupas limpas das sujas. Não será usado para descarte de material contaminado. Este ambiente pode estar conjugado com o depósito de material de limpeza (DML). Pode ser substituído por armários exclusivos ou carros roupeiros.

**Abrigo externo de resíduos comuns:** áreas para descarte de lixo doméstico. Vide Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos e Regulamento Técnico da Anvisa/ MS sobre gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

**Área externa para embarque e desembarque:** espaço externo suficiente para entrada e saída de automóveis e ambulâncias.

**Área externa de convivência:** área aberta, de circulação de pessoas, com espaços para ações coletivas (reuniões, oficinas, ações culturais e comunitárias etc.) e individuais (descanso, leitura), ou simplesmente um espaço arejado no qual os usuários e/ou os familiares possam compartilhar momentos em grupo ou sozinhos, projetado como espaço de conviver. Pode ser um gramado, uma varanda, semelhante a uma praça pública, com bancos, jardins, redes, de acordo com os contextos socioculturais etc.

**Abrigo GLP:** espaço destinado ao abrigo de botijão de gás.

A partir do apresentado, observamos que a proposta da **Secretaria de Saúde de SÃO JOÃO DA BOA VISTA** encontra-se em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas, tendo a reforma psiquiátrica, o cuidado em liberdade e o respeito aos direitos humanos como eixos estruturantes para a reorganização do modelo de atenção psicossocial na rede municipal de saúde. Correlacionado a isso, a proposta de Política de Saúde Mental preconizada pela atual gestão da saúde no município, em consonância com a Política Nacional, busca extinguir a necessidade de internações de residentes do município em instituições psiquiátricas privadas de liberdade, públicas ou privadas, sejam elas requisitadas pela rede pública de serviços ou pela imposição do poder judiciário. O cuidado proposto passa necessariamente pela liberdade e pelo respeito aos direitos humanos.

Diante desse contexto, o município vem dispensando esforços para a conformação da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, buscando a readequação dos modelos de atenção e de gestão municipais, bem como a necessária articulação com a região de saúde em que está inserido. É nesse ponto que o trabalho de gestão ora proposto para os serviços de saúde mental municipais se torna estratégico para a qualificação do cuidado em saúde mental no município.

## AÇÕES TERAPÊUTICAS

As ações desenvolvidas se pautarão pela ética da inclusão, do convívio com a diferença e pelos princípios da reforma psiquiátrica brasileira, especialmente nos seguintes itens:

- “1. Que a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica ligada à Atenção Primária de Saúde no contexto dos Sistemas Locais de Saúde permite a promoção de modelos alternativos fundamentados nas comunidades e em suas redes sociais;*
- 2. Que a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na Região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador da Unidade Psiquiátrica na prestação de serviços;*
- 3. Que os recursos, cuidados e tratamentos fornecidos devem:*
  - a) salvar, invariavelmente, a dignidade pessoas e os direitos humanos e civis,*
  - b) basear-se em critérios racionais e tecnicamente adequados,*

c) *propender à manutenção do doente em seu meio comunitário;*”

Tais princípios encontram respaldo legal na lei federal nº 10.216 de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. Também na Lei nº 10.708 de 2003, que institui o auxílio reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas, além das diretrizes de redução de leitos constantes nas portarias GM 52 e 53/2004 do Ministério da Saúde que estabeleceram a redução progressiva de leitos psiquiátricos no país e, particularmente em relação ao CAPS, pelas portarias 336 e 189 do Ministério da Saúde publicadas em 2002.

Assim, irão compor as estratégias de funcionamento dos serviços de saúde mental municipais:

- Tal como previsto em documentos do Ministério da Saúde, os CAPS desenvolverão ações de atendimento individual, grupal e de atenção aos familiares;
- A participação dos usuários e familiares na condução do serviço através de assembleias e da construção de um conselho local de saúde do CAPS;
- O desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial para os usuários com perda de autonomia, com ênfase nas ações grupais, porém não desconsiderando a importância de atendimentos singularizados, individuais quando necessário;
- A constituição de um polo de oficinas para a geração de renda, com o intuito de oferecer trabalhos significativos e não alienantes para os interessados;
- O reforço do papel estratégico dos CAPS como organizador da rede comunitária de cuidados em Saúde Mental, apoiando ações na ESF através do apoio matricial e estabelecendo fluxos organizados com os demais serviços da rede de saúde municipal e regional;
- O atendimento intensivo aos usuários em situação de maior fragilidade, provendo suporte que busque evitar as internações psiquiátricas, envolvendo maior frequência ao serviço, especial atenção a sua inserção no território (visitas domiciliares, aproximação com a Unidade Básica de Saúde, família, garantindo suporte noturno e aos finais de semana, buscando parceria com outras instituições de abrigo do município e até mesmo fora dele), de acordo com seu projeto terapêutico;

- Qualificar a atenção às urgências psiquiátricas, capacitando os profissionais da rede municipal de atenção às urgências e emergências;
- Desenvolver ações no território dos usuários e, sempre que necessário, desenvolvendo ações no próprio domicílio;
- Auxiliar na construção de Projetos Terapêuticos Singulares para cidadãos residentes do município que hoje estejam como “moradores” em hospitais psiquiátricos, implementando alternativas que permitam a desinstitucionalização deles;
- Realizar visitas aos hospitais quando algum usuário for internado, de modo a não interromper o vínculo com a equipe dos CAPS e reduzir o período de internação;
- Garantir Projetos Terapêuticos individualizados para cada um dos usuários e um trabalho integrado entre os profissionais da equipe, com o estabelecimento de equipes e profissionais de referência para cada um dos usuários inseridos nos CAPS;
- Colaborar para a formação de novos quadros de trabalhadores em Saúde Mental, a partir da oferta dos CAPS como campo de estágio para instituições formadoras.

Ainda que sejam regulados por portarias e leis, os Centros de Atenção Psicossocial podem e devem considerar as questões locais em sua constituição. O referencial para o desenvolvimento das ações terapêuticas dos CAPS municipal pretende considerar as grandes questões envolvidas na reforma psiquiátrica brasileira, além das peculiaridades e questões específicas do município.

Sabemos que grande parte dos usuários vinculados ao CAPS é constituída basicamente de pessoas de baixa renda, alguns em situação de rua e, por vezes, com diversas internações psiquiátricas anteriores. Embora a maioria dos usuários apresente um diagnóstico de psicose ou neurose grave, este não deverá ser o *único* critério para admissão ao cuidado no serviço. De forma geral, as pessoas que podem se beneficiar do tratamento serão aquelas que passaram por um processo de adoecimento psíquico, com sofrimento intenso, comprometimento do seu dia a dia, baixo grau de autonomia e uma vida social fragilizada, ou seja, de grande vulnerabilidade. Este é o perfil dos usuários geralmente atendidos pelo CAPS, dessa forma, nem sempre determinado de forma simplista por um diagnóstico.

Assim, pretendemos espelhar na formulação e constituição do serviço, aquilo que acreditamos ser fundamental na atenção a cada um dos futuros usuários: referenciais éticos gerais que pautem as ações, sem deixar de garantir o respeito à singularidade das pessoas em suas necessidades específicas.

## MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL

Também devemos considerar aqui o importante papel da equipe do CAPS como **"matriciadores"** em Saúde Mental, com o importante auxílio das equipes de Saúde da Família, na constante reflexão sobre essa ação. O matriciamento pode ser considerado um poderoso instrumento para o processo de construção de novas práticas na Atenção Básica, reconhecendo nas equipes da Estratégia de Saúde da Família – ESF – o potencial para desenvolver olhares e propostas aos seus territórios que contemplem de forma mais integral as necessidades em saúde da população sob sua responsabilidade no campo da saúde mental.

Dessa forma, a equipe do CAPS, como elemento regulador das ações em Saúde Mental no município, deverá se organizar para responder a essas necessidades, em conjunto com a ESF. Cada profissional de nível superior da equipe do CAPS deverá dedicar parte do tempo de sua atuação no acompanhamento de uma equipe de ESF, na discussão de casos, atendimentos conjuntos, visitas domiciliares, procurando qualificar as necessidades apontadas por essas equipes e seus encaminhamentos, e estimular a elaboração de projetos que contemplem um olhar mais abrangente sobre a saúde mental da população.

Um dos modos propositivos se dá através da realização de oficinas externas, utilizando espaços comunitários, buscando a articulação com o território, podendo-se recomendar que essa prática seja mais explorada pelos CAPS, como uma das atividades a serem mais desenvolvidas pelos gestores. A desinstitucionalização na Saúde Mental fundamenta-se na superação dos espaços de tratamento, sejam eles hospitais ou Centros de Atenção Psicossocial, onde os usuários têm a oportunidade de viver em comunidade, local privilegiado de interação e vinculação dos sujeitos. As diretrizes da RAPS reforçam a necessidade da autonomia dos usuários para o exercício da cidadania, e o ambiente



onde eles podem exercer essa função é justamente a comunidade, em contato com instituições, grupos organizados e pessoas com as quais convivem. A inserção de equipamentos comunitários na prática diária dos CAPS demonstra a capacidade dos serviços para propor o tratamento dos pacientes no contexto local, assimilando a proposta de um dispositivo de apoio e atenção aos usuários no espaço da comunidade onde estão inseridos.

**Matriciamento** ou **apoio matricial** é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.

No processo de integração da saúde mental à atenção primária na realidade brasileira, esse novo modelo tem sido o norteador das experiências implementadas em diversos municípios, ao longo dos últimos anos. Esse apoio matricial, formulado por Gastão Wagner Campos (1999), tem estruturado em nosso país um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção básica.

Tradicionalmente, os sistemas de saúde se organizam de uma forma vertical (hierárquica), com uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe, havendo uma transferência de responsabilidade ao encaminhar. A comunicação entre os dois ou mais níveis hierárquicos ocorre, muitas vezes, de forma precária e irregular, geralmente por meio de informes escritos, como pedidos de parecer e formulários de contrarreferência que não oferecem uma boa resolubilidade.

A nova proposta integradora visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação. Os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos dessa lógica tradicional podem vir a ser atenuados por ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais.

Na horizontalização decorrente do processo de matriciamento, o sistema de saúde se reestrutura em dois tipos de equipes: a equipe de referência e a equipe de apoio matricial.

Na situação específica do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) funcionam como equipes de referência

interdisciplinares, atuando com uma responsabilidade sanitária que inclui o cuidado longitudinal, além do atendimento especializado que realizam concomitantemente. E a equipe de apoio matricial, no caso específico desse guia prático, é a equipe de saúde mental. Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.

O apoio matricial é distinto do atendimento realizado por um especialista dentro de uma unidade de atenção básica tradicional ou de ESF. Ele pode ser entendido como um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações.

O matriciamento deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população. Assim, também se diferencia da supervisão, pois o matriciador pode participar ativamente do projeto terapêutico.

O matriciamento constitui-se numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades.

Os instrumentos a serem utilizados no processo de matriciamento são os seguintes:

**PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR – PTS:** é um recurso de clínica ampliada e da humanização em saúde. Segundo Carvalho e Cunha (2006), o uso do termo “singular” em substituição a “individual”, outrora mais utilizado, baseia-se na premissa de que nas práticas de saúde coletiva – e em especial na atenção primária – é fundamental levar em consideração não só o indivíduo, mas todo o seu contexto social.

Os projetos podem ser familiares, coletivos e até territoriais, o que restringe o uso da palavra “individual”. E ainda que o centro de um projeto terapêutico singular seja, de fato, um indivíduo apenas, olhar para os cuidados de alguém – em especial na saúde mental – exige um foco abrangente que incluiu o seu entorno familiar e territorial. Essa

concepção é extremamente importante para um matriciador quando ele aborda algum caso com a equipe de referência.

A descrição de sintomas durante a construção do PTS pode não configurar exatamente diagnósticos psiquiátricos. O matriciador, ao dialogar sobre diagnósticos específicos, deve cuidar para não intimidar a equipe sob seu apoio, procurando reforçar a capacidade de identificar quadros, mesmo sem o grau de precisão psicopatológico de um especialista. Outros eixos irão focar em outras áreas importantes na vida do paciente, como o seu estilo de personalidade (e eventualmente, transtornos da personalidade ou transtornos do desenvolvimento, como a deficiência intelectual), seus problemas de saúde, seu grau de capacidade ou incapacidade e a presença de questões sociais que influenciem no quadro.

Uma das importâncias de um diagnóstico amplo que não fica somente centrado no componente biológico ou nosológico é justamente potencializar o que pode ser feito dentro da atenção primária, sem esquecer, é claro, dos cuidados que podem ser ofertados por outras esferas de atenção, caso sejam necessárias. Então, com base no conjunto de dados obtidos, o matriciador deve estimular a equipe da rede básica a refletir sobre como deverá ser o plano terapêutico singular do caso em discussão.

Por fim, cabe ressaltar a importância do trabalho em equipe: “quem faz o que” é absolutamente fundamental. É preciso haver clareza quanto à delimitação das tarefas, que devem ser factíveis, e quanto à definição dos responsáveis por cada tarefa. Destacamos ainda que uma boa prática é a retomada periódica dos PTS para atualizar o caminhar dos casos, repactuar e reformular os novos PTS e, também, para avaliar o que deu certo e o que não deu.

**INTERCONSULTA:** a interconsulta caracteriza-se por uma ação colaborativa entre profissionais de diferentes áreas. Existem diversas modalidades de interconsulta, que vão desde uma discussão de caso por parte da equipe ou por toda ela até as intervenções, como consultas conjuntas e visitas domiciliares conjuntas. Esse encontro de profissionais de distintas áreas, saberes e visões permite que se construa uma compreensão integral do processo de saúde e doença, ampliando e estruturando a



abordagem psicossocial e a construção de projetos terapêuticos, além de facilitar a troca de conhecimentos, sendo assim um instrumento potente de educação permanente. Porém, dentro da prática do matriciamento, a interconsulta tem como objetivo específico a estruturação do projeto terapêutico no caso.

Um aspecto que caracteriza a interconsulta é o fato de ela conter a discussão do caso. Essa é uma das partes do processo e está sempre presente, mesmo que se avance para formas mais complexas de interconsulta, como é a consulta conjunta. É importante que essa discussão ocorra dentro de uma visão biopsicossocial que incorpore as diferentes dimensões dos problemas e a contribuição dos distintos saberes.

A discussão de casos certamente é a forma mais conhecida de interconsulta e mais frequentemente realizada. Permite que a clínica e os problemas trazidos pelo usuário ou pela equipe sejam analisados pelos diversos ângulos, dentro de uma perspectiva interdisciplinar. É um espaço de troca em que os profissionais envolvidos partilham os diferentes entendimentos e questionamentos que têm do caso. Um aspecto muito positivo é a possibilidade de discutir as dificuldades pessoais dos profissionais com o paciente e sua situação. Porém, dentre todas as formas de interconsulta que podem ser realizadas, essa é a que tem menor campo de visão, estando limitada pela visão individualizada dos profissionais envolvidos. O problema na discussão de casos é o que não chega a ser trazido para a discussão.

A discussão de casos em equipe interdisciplinar é outra forma mais ampla do que uma discussão entre profissional de referência e matriciador, essa forma de interconsulta permite que a equipe construa estratégias em comum, com base em um projeto terapêutico organizado coletivamente. Quanto mais diferentes sejam as fontes de informação e as diferentes visões presentes, maior a possibilidade de se obter uma visão abrangente e de se construir um projeto terapêutico realmente ampliado e singular.

**VISITA DOMICILIAR CONJUNTA:** o recurso da visita domiciliar faz parte do arsenal terapêutico dos serviços de saúde de base territorial. Supõe-se que centros de atenção psicossocial e equipes de saúde da família competentes realizem, com regularidade,

visitas domiciliares a usuários que, por diversas razões – em especial, dificuldade de deambulação ou recusa –, não podem ser atendidos nas unidades de saúde. No entanto, o foco das equipes de saúde mental e de saúde da família costuma diferir quando em ação no domicílio do paciente.

As equipes dos CAPS, em geral, fazem o seguimento domiciliar de pacientes portadores de transtornos mentais graves e persistentes, comumente de maior gravidade, o que acentua um caráter quase terciário a esse tipo de atendimento e um papel importante do psiquiatra. Visitas domiciliares de outros profissionais também acontecem, mas costumam ter um escopo mais delimitado.

A discussão sobre um caso de visita domiciliar, que tende a ser mais complexo, deve incluir o maior número de participantes possível, mesmo que nem todos possam estar presentes no domicílio do usuário. A presença concomitante de variadas ideias e visões facilita o surgimento de percepções e de ações que podem vir a ser bem-sucedidas. Aqui vale lembrar sobre a importância da participação de profissionais da saúde mental e da atenção básica, e que o papel dos agentes comunitários de saúde é, muitas vezes, fundamental. A ausência do ACS na visita domiciliar conjunta só deve acontecer se houver uma justificativa muito importante.

**CONTATO A DISTÂNCIA: USO DO TELEFONE E OUTRAS TECNOLOGIAS DE COMUNICAÇÃO:** o meio mais simples e tradicional é o telefone que, com a redução de custos e abrangência das redes de telefonia móvel, tornou-se mais acessível para as equipes de saúde. Embora à primeira vista possa parecer um “luxo” a equipe de matriciamento contar com um celular, a avaliação do custo-benefício desse serviço pode ser compensadora, considerando o aproveitamento do tempo dos profissionais e outros custos relacionados a transporte e mesmo à efetividade da atenção à saúde da população.

Como em qualquer relação de trabalho, se as equipes optarem pela comunicação a distância, ela deverá ser regulada pelo vínculo e disponibilidade dos profissionais. Inclusive os registros, necessários para a assistência em saúde e preservação dos direitos de usuários e trabalhadores, devem ser adaptados a esse tipo de comunicação.



Atualmente os serviços básicos de saúde já começam a ter acesso a um atendimento mais estruturado, como é o Teles saúde. Nesse caso, a disponibilidade de um terminal com acesso à internet, tendo como referência um outro polo com a opinião de especialistas, é bastante adequado ao que se propõe a prática do matriciamento. Na saúde mental, o uso de câmeras e microfones pode minimizar o efeito da distância no contato entre as pessoas, personalizando o atendimento. Em serviços como o Teles saúde, além da comunicação imediata e mediada por recursos como e-mail ou fóruns, há possibilidade de agregar outras funcionalidades, como os prontuários eletrônicos, o acesso à informação científica e as atividades educativas.

## INTERVENÇÕES EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

### GRUPOS

O trabalho com pequenos grupos é um recurso fundamental nas práticas de saúde desenvolvidas na atenção primária. Seu manejo adequado permite organizar melhor os processos de trabalho e ampliar a capacidade assistencial, sem perda de qualidade, muitas vezes até ampliando-a.

Tradicionalmente os grupos realizados na atenção primária são os de educação em saúde, dentro da proposta de promoção e prevenção, tão importante nesse nível assistencial e tão valorizada pela Estratégia de Saúde da Família. De maneira geral, esses grupos são considerados como ações educativas e, infelizmente, muitas vezes são realizados em modelos clássicos de transmissão de informações, em que profissionais fazem palestras para falar sobre as principais patologias e problemas de saúde. Esse modelo apresenta dificuldades relativas à adesão dos pacientes, não estimula a participação nem a corresponsabilização no processo de construção da saúde, além de ser monótono e repetitivo. Também nesse tipo de modelo perdem-se várias ações terapêuticas que os grupos desempenham como, por exemplo, a reflexão e a mudança de uma atitude passiva para ativa.

Muitas vezes a participação de profissionais de saúde mental junto aos profissionais da atenção primária nesses grupos, em coordenação conjunta, facilita o aprendizado



desses últimos quanto ao manejo dos aspectos subjetivos do processo grupal, perante os quais eles muitas vezes se sentem inseguros.

Trabalhar com grupos dentro de um modelo mais ampliado pressupõe conhecer um pouco mais as dificuldades que surgem no contexto desse trabalho. Um grupo que se organiza como grupo de trabalho (quando todos estão focados em alcançar seus objetivos), atuando de forma madura, é um caminho permanente que muitas vezes atravessa períodos de funcionamento bastante regredidos, ou seja, sempre haverá resistências que deverão ser vencidas. Um bom exemplo disso são os grupos de estudo que a maioria de nós fez na faculdade, em que pouco se estuda (grupo de trabalho) e muito se conversa (grupo regredido).

Outra característica típica dos grupos são os papéis que as pessoas tendem a assumir no processo de cada sessão grupal. Identificar esses diversos papéis vai facilitar o manejo do grupo. Essa identificação pode ocorrer pela observação das dificuldades que as pessoas vêm encontrando para o desempenho de suas tarefas, quaisquer que elas sejam, como, por exemplo, a tarefa de cuidar corretamente de si e de sua saúde.

Por fim, vale destacar a importância do trabalho em grupo com as equipes, mais uma das funções presentes nas atividades de matriciamento em saúde mental. São grupos de capital importância, uma vez que propiciam:

- ✓ Ampliar a consciência da equipe sobre sua prática;
- ✓ Gerar espaço para discutir e solucionar possíveis conflitos internos da equipe;
- ✓ Oferecer continente para possíveis dificuldades de qualquer membro da equipe em relação à sua prática (holding);
- ✓ Construir modelo de cuidado e empoderamento;
- ✓ Contribuir para a prevenção da síndrome de esgotamento no trabalho (burn out);
- ✓ Contribuir para criar uma linguagem comum da interdisciplinaridade;
- ✓ Reforçar a solidariedade e o sentimento de responsabilidade de todos sobre o trabalho.

## EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL





Uma primeira barreira a ser enfrentada no processo de matriciamento em saúde mental é a desconstrução do que os profissionais da ESF entendem por saúde mental, sendo a “educação em saúde mental” fundamental na rotina dos espaços matriciais.

Primeiramente, deve-se dissociar o conceito de saúde mental do conceito exclusivo de “doença” mental. É necessário apontar para os profissionais de saúde da família que, ao fazerem atividades de promoção e prevenção à saúde, como grupos de atividade física (caminhada, por exemplo), grupos de artesanato, momentos de confraternização com a comunidade em datas comemorativas, estão promovendo saúde e, consequentemente, a saúde mental.

Ainda nesse sentido, os profissionais que realizam essas atividades coletivas e comunitárias devem ser sensibilizados, ou mesmo acompanhados em atividade compartilhada de matriciamento, de modo a oferecer espaço de escuta e de acesso da população aos serviços da unidade. Dessa forma, amplia-se o escopo de atenção, propiciando diagnóstico precoce de diversas morbidades, inclusive as relacionadas ao transtorno mental (prevenção secundária).

A educação em saúde mental deve ocorrer de forma longitudinal no processo de matriciamento com base nas questões e problemáticas cotidianas e utilizando métodos variados. A reunião de equipe da ESF é um espaço precioso para a discussão de temas relacionados à promoção de saúde e à desconstrução dos preconceitos relacionados ao adoecimento psíquico, por meio, por exemplo, de leitura de textos, discussão de casos e planejamento conjunto de atividades de grupos variados.

### **Intervenções Terapêuticas na Atenção Básica**

Na abordagem dos pacientes com sofrimento emocional/transtorno mental na atenção básica, não há mais dúvida de que os profissionais podem e devem atuar nesse nível de atenção, exercendo algum grau de cuidado. Do acolhimento ao tratamento farmacológico ou não farmacológico, devem atuar como terapeutas e gestores da atenção, referenciando aos serviços de saúde mental quando necessário.

Para tanto, a atuação dos profissionais da atenção primária em conjunto com os profissionais especialistas em saúde mental pode ser determinante para o sucesso terapêutico e a segurança dos profissionais da ABS.

Geralmente, desde o primeiro contato com o paciente os profissionais não sabem que podem ser terapêuticos e ignoram o poder terapêutico do vínculo. Na atenção básica, a facilidade de acesso aos profissionais de saúde e o cuidado longitudinal no decorrer do tempo fazem desse nível de cuidado um ótimo local para estreitamento do vínculo com o paciente.

Essas intervenções atuam terapeuticamente na redução do sofrimento emocional e até mesmo na reestruturação pessoal e na resolução dos transtornos mentais presentes nos pacientes. Além disso, as intervenções terapêuticas na atenção primária também apresentam impacto na melhoria da capacidade de enfrentamento dos problemas da vida e no aumento da autoestima e da resiliência.

Uma vez feito o diagnóstico do sofrimento emocional, com a presença ou não de algum transtorno psíquico, os médicos e enfermeiros podem utilizar intervenções terapêuticas específicas para tais condições, as quais necessitarão de treinamentos específicos. A literatura internacional e a experiência nacional apontam que essas intervenções podem também ser realizadas por profissionais especializados em saúde mental, em conjunto com os profissionais da atenção primária.

O matriciador deve estar atento para as intervenções terapêuticas efetivas nesse setting de cuidado para capacitar e estudar em conjunto com os profissionais da atenção primária.

As intervenções desenvolvidas e/ou já testadas para aplicação na atenção primária são as seguintes:

- Reatribuição de sintomas somáticos sem explicação médica;
- Terapia de Solução de Problemas;
- Terapia Interpessoal Breve;
- Terapia Comunitária;
- Intervenção breve para dependências químicas;
- Outras terapias cognitivas comportamentais: ativação;

- Práticas corporais e integrativas.

Outras intervenções terapêuticas podem ser construídas a partir da principal característica do matriciamento, que é o encontro entre duas ou mais categorias profissionais. Quando profissionais de saúde mental, como terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, psicólogos, musicoterapeutas e outros são envolvidos, uma gama maior de alternativas terapêuticas pode ser implementada.

Em outras palavras por fim, o matriciamento consiste em uma prática voltada à estruturação da rede de saúde por meio do fortalecimento das relações entre os profissionais e, conseqüentemente, destes com os outros atores sociais, incluindo usuários e gestores. O matriciamento, tema deste estudo, é tratado aqui em sua capacidade de fortalecimento dos sujeitos e coletivos, pela sua proposta de compartilhamento de saberes e práticas entre atores diversos, pela democratização das relações e pela transformação e superação de modelos hierarquizados.

Para tanto, torna-se imprescindível a abertura de novos canais de diálogo, o que implica, necessariamente, civilizar fronteiras, dissolver as barreiras existentes entre especialistas e generalistas, entre clínica e gestão, entre quem fórmula e quem executa. Nesse sentido, a estratégia de matriciamento busca promover encontros entre equipes que devem estar juntas em um processo contínuo de comunicação para a integração de saberes e práticas. Vale ressaltar que não se trata apenas de um compartilhamento de saber como transmissão de informação, mas da construção de saberes, que se dá por intermédio desses encontros produtivos e, sobretudo, de corresponsabilização pela prática de cuidado.

Logo, o gestor, em suas funções de planejamento, coordenação, regulação, controle e avaliação de ações, tem papel importante também nessa proposta de matriciamento, podendo tanto representar um obstáculo a essa prática (pela tentativa de controle dos sujeitos) quanto possibilitar a reinvenção do trabalho, pela certeza de que o processo de gestão envolve todos os atores implicados na produção de saúde, conforme trazido pela Política Nacional de Humanização.

Apesar de termos clareza de que o processo de gestão não está restrito a um único sujeito, corroboramos o entendimento de que os gestores, formalmente designados

como tais, ocupam um papel específico que os diferenciam dos outros atores que participam do processo de gestão, tanto nas responsabilidades, na forma de produzir e exercitar o poder.

Por tudo isso, pensamos ser relevante considerar as concepções dos gestores a respeito do matriciamento, para refletirmos sobre as possibilidades concretas de reversão de uma prática de gestão historicamente hierarquizada para outra voltada à cogestão. Isso porque a política em si, no papel, não garante sua efetividade. Compreendemos que o modo como esses profissionais gestores entendem a proposta de matriciamento e atuam em relação a ela interfere diretamente na possibilidade de concretização ou não dessa prática em toda a sua capacidade de produção de autonomia, de integralidade do cuidado e da intersectorialidade da atenção.

As situações de sofrimento psíquico trazem uma complexidade não só pela vivência em si, mas também pela pouca proximidade dos profissionais de saúde com essa temática em suas formações, o que pode dificultar ainda mais o manejo desses casos. Nesse contexto, no plano do ideal, o matriciamento tem papel importante de promover o compartilhamento de responsabilidades e práticas a partir do encontro entre equipes, atenuando as sobrecargas de uma ou outra equipe por esse cuidado e ampliando as possibilidades de invenção de alternativas resolutivas de cuidado. No entanto o matriciamento também pode ter efeito contrário, caso seja tomado como um espaço de fiscalização do que está sendo ou não feito. Por conseguinte, torna-se ainda mais provável que a frustração aconteça, já que normalmente tais situações de sofrimento psíquico, diante de toda a complexidade discutida, necessitam do envolvimento de vários atores sociais, o que extrapola o setor saúde, para a efetivação da integralidade da atenção. Isso não significa aquele idealizado bem-estar físico, mental e social, mas a ampliação dos sentidos de vida dessas pessoas.

É importante que o matriciamento em saúde mental se afirme legitimamente como uma estratégia de suporte mútuo entre as equipes, para que as frustrações (que possivelmente surgirão, uma vez que estamos operando pela mudança de paradigmas historicamente consolidados) não se revertam em desistência desse trabalho nem/ou na sucumbência à perspectiva do isolamento e da exclusão das pessoas em sofrimento

psíquico. Os serviços de saúde, especialmente a Atenção Básica, vêm crescentemente recebendo casos que expressam a realidade social dos territórios nos corpos e nas vidas das pessoas. Isso tem provocado angústia e sentimento de impotência nesses trabalhadores e gestores. Por conseguinte, faz-se importante a ampliação do olhar sobre o território, o que afirma, mais uma vez, a importância do encontro produtivo entre o saber da saúde mental e o saber generalista da Atenção Básica.

Normalmente, as equipes precisam se sentir matriciadas para assumirem a responsabilidade pelo cuidado, ainda mais no que diz respeito à saúde mental, por toda a estigmatização já discutida. Para tanto, há que se operar certo abandono dos protocolos, no sentido de se disponibilizar mais a estar e fazer com o outro, independentemente da situação que se apresenta, ao contrário de uma postura defensiva de fluxos fechados, que consolidam barreiras aos encontros produtivos necessários ao cuidado. Se a equipe da Atenção Básica, por exemplo, solicita esse matriciamento, mesmo de maneira equivocada, é porque ela visualiza nele certa possibilidade de cuidado, fora ser uma importante oportunidade de educação continuada, educação permanente, formação de vínculo — indispensável à criação de uma proximidade para posterior promoção de autonomia — e abertura para o território, necessário à promoção à saúde e à desinstitucionalização do cuidado.

Tudo isso requer o encontro produtivo, obstaculizado por uma sociedade regulada pela lógica capitalista, a qual incentiva a fabricação de um sujeito competitivo e individualista em detrimento de princípios solidários. Pode-se dizer, assim, que são muitas as barreiras ao encontro efetivo e produtivo, uma vez que também esse estar com o outro muitas vezes ameaça o poder daqueles que centralizam ações e saberes, ou, ainda, expõe cada um que se dispõe ao trabalho conjunto a ter seus conhecimentos e práticas questionados pelas diferentes visões de mundo ali presentes. Por outro lado, somente esse fazer interativo possibilita o cuidado integral, efetivamente produtor de saúde, já que entendemos saúde como um amplo espectro de fatores ligados à vida, em que um único saber e prática jamais conseguirão assegurá-la.

Por tudo isso, salientamos mais uma vez a importância de essas práticas matriciais serem colocadas constantemente em análise, corroborando as preocupações de

Onocko-Campos e Gama (2008, p. 417) de que as "políticas públicas de saúde podem facilmente se converter em aparato de poder servindo para a reprodução de condições do interesse do capital e controle sobre o modo de vida da população", em detrimento das inter-relações e interações pretendidas à produção de saúde que buscamos, por meio também da lógica matricial.

## Ações para Gestão das Unidades e Serviços de Atenção Primária

### Implantação das Equipes de Atenção Domiciliar

A atenção domiciliar consiste numa modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

Os critérios de inclusão nas modalidades de Atenção Domiciliar deverão seguir a Portaria nº 963 de 27/05/2013 do Melhor em Casa e distribuição territorial das equipes do município.

**Ação:** Ampliação e qualificação da atenção domiciliar.

**Para quem:** Pacientes egressos dos serviços de urgência e emergência, oriundos da Atenção Básica e/ou demanda espontânea.

**Para que serve:** Ofertar atendimento qualificado com vistas à humanização da atenção, redução da demanda e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

O objetivo é levar o atendimento às casas de pessoas com necessidade de reabilitação motora, idosos, pacientes crônicos sem agravamento ou em situação pós-cirúrgica.

O programa contará com equipes multiprofissionais de atenção domiciliar, constituídas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas. Outros profissionais poderão ser agregados às equipes multiprofissionais de apoio, a saber: (assistente social, fonoaudióloga, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional).

O atendimento é destinado a pacientes moradores que residem no município de São João da Boa Vista de todas as idades, segundo os critérios de elegibilidade estabelecidos no Programa Melhor em Casa, conforme território de abrangência/influência da Unidade de Saúde

### Gestão da Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família

A Atenção Básica envolve ações que se relacionam com aspectos coletivos e individuais e visa resolver os problemas de saúde mais frequentes e de maior relevância para a população. Ela deve ser a porta preferencial de entrada do cidadão no Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo assim o seu acesso e os princípios de universalidade, integralidade e equidade da atenção através do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

O município de São João da Boa Vista desenvolve um trabalho na **Atenção Básica (AB)** em consonância com “A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)” atualmente regulamentada pela **Portaria nº2436 de 21 de setembro de 2017**, com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas.

Na Atenção Básica, o município de São João da Boa Vista conta com:

- 08 equipes da Estratégia de Saúde da Família, 08 Equipes de Saúde Bucal
- 04 EAP com Saúde Bucal – UBS, localizados em Bairros da zona urbana do município e nos distritos,
- 01 Academia da Saúde
- 01 Unidade Móvel de Saúde (trailer) que além do seu trabalho diário, e, participa em eventos levando profissionais para aferição de pressão arterial, diabetes, testes rápidos de HIV, Hepatite e Sífilis, serviços de orientação, promoção e prevenção à saúde, bem como a prevenção em saúde bucal, vacinação volante nas campanhas, atividades educativas de promoção e prevenção a saúde em Empresas e Escolas na zona urbana, rural e prisional.
- 01 Unidade Odontológica Móvel com serviços de orientação, promoção, prevenção e assistência em saúde bucal, vinculada a equipe de saúde bucal cadastrada no SCENES.



01 Núcleo Ampliado à Saúde da Família (NASF) criado pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil e ampliar as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade. Configura-se como equipe multiprofissional que atua de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (ESF) e as equipes de atenção básica. NOTA TÉCNICA Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, dessa forma, a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes NASF-AB. Com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe. O gestor municipal pode então cadastrar esses profissionais diretamente nas equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP), ampliando sua composição mínima. Poderá, ainda, manter os profissionais cadastrados no SCNES como equipe NASF-AB ou cadastrar os profissionais apenas no estabelecimento de atenção primária sem vinculação a nenhuma equipe.

### **Atenção Básica**

Para concretizar os objetivos propostos o IGPP irá desenvolver atividades de Atenção Básica, dispostas na Política Nacional de Atenção Básica (Portaria de Consolidação GM/MS nº 02, de 28 de setembro de 2017, e alterações posteriores), durante todo seu horário de trabalho, conforme agenda definida junto à sua respectiva UBS e/ou USF e sob diretriz e supervisão de sua coordenação administrativa e técnica e correspondem a realização planejada e programa das seguintes atividades:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações

que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial etc.);

- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da Atenção Básica;
- Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;
- Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;
- Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;
- Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
- Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;
- Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e

implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;

- Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;
- Prever nos fluxos da Rede de Atenção à Saúde entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;
- Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;
- Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;
- Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;
- Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na Atenção Básica;
- Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência - ILP, abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;
- Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a UBS;
- Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando

incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada - reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);

- Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;
- Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;
- Realizar ações de educação em saúde à população subordinada, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento das Unidades de Saúde;
- Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidades de Saúde;
- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;
- Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias;
- Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

### Acolhimento

As unidades irão receber e ouvir todas as pessoas que a procuram, de modo universal e sem exclusões. Deve organizar-se para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta adequada, sendo capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, minorar danos e sofrimentos e responsabilizar-se

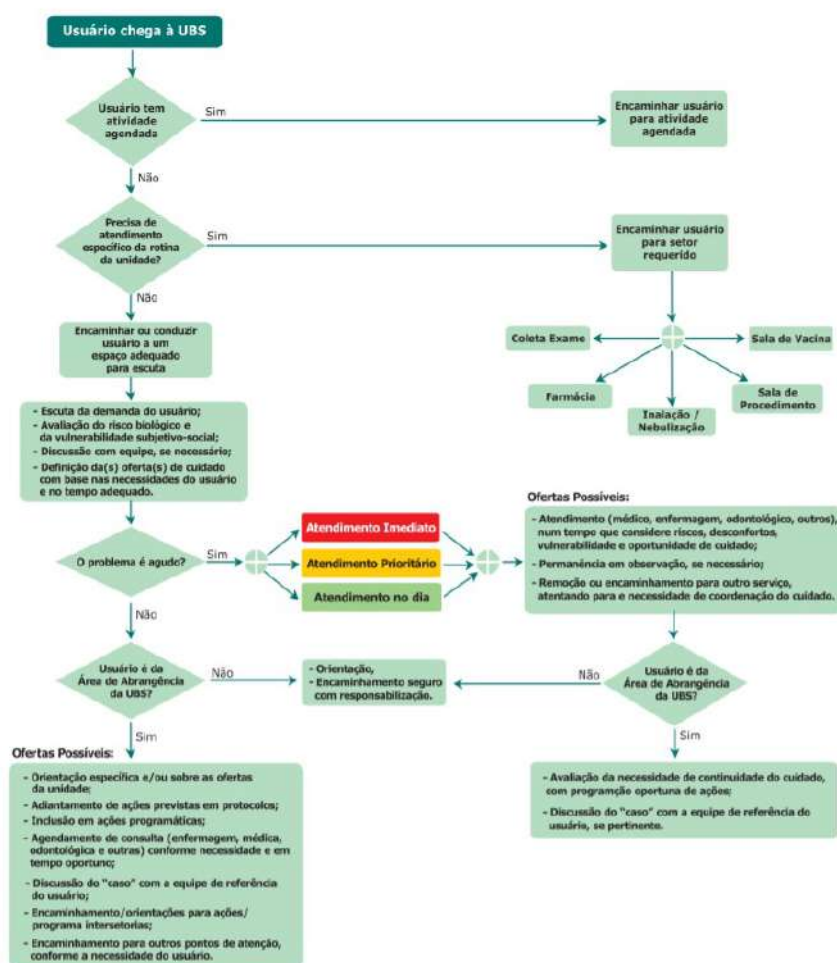


pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. Portanto, o acolhimento não deve ser apenas um lugar de escuta, triagem de risco e encaminhamento, mas um espaço onde usuário e trabalhador estabelecem vínculos de seguimento e referência

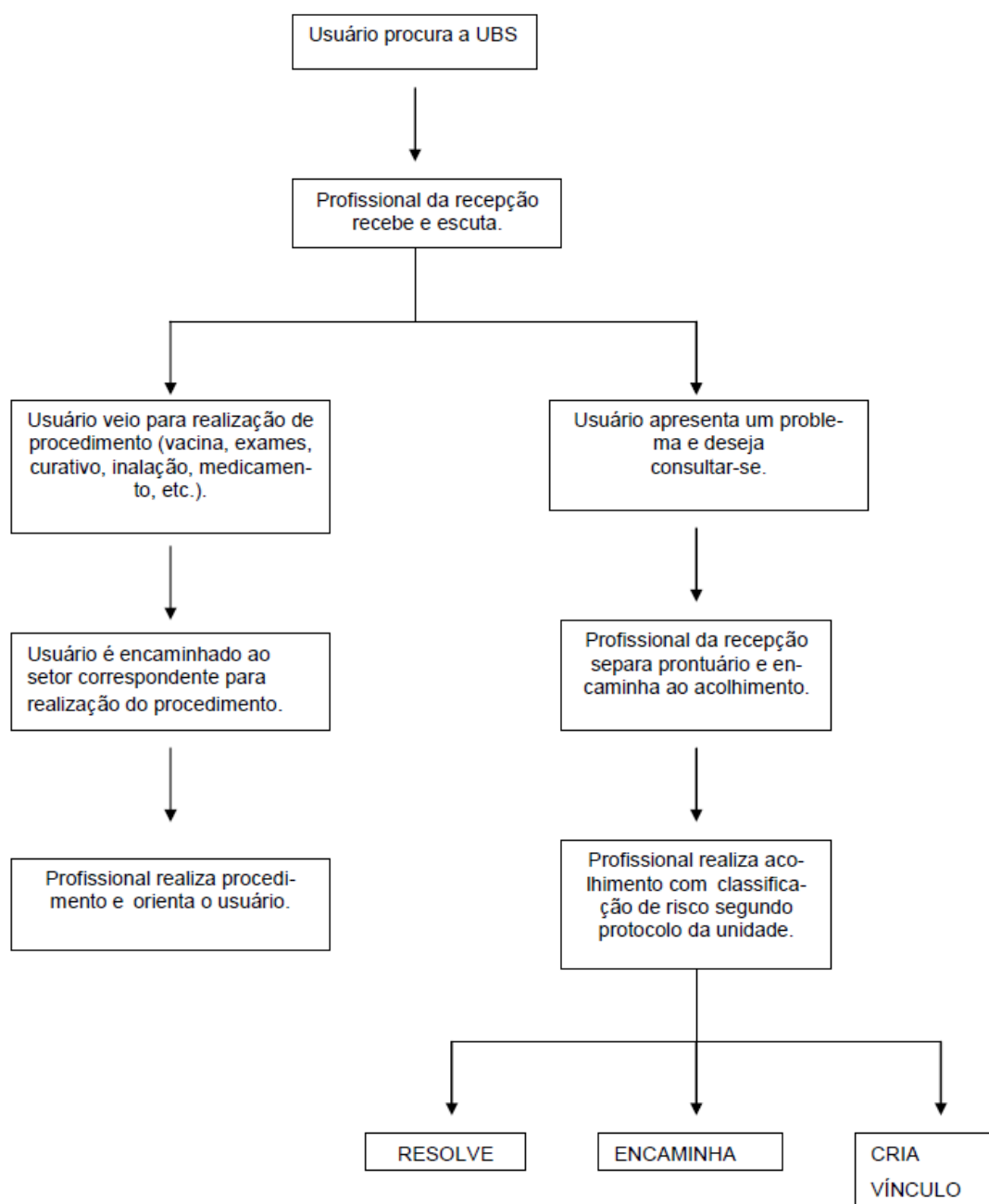
Condições importantes para um bom acolhimento:

- Adequada estrutura física para o atendimento;
- Equipamentos;
- Equipe de profissionais capacitada e que compreenda a necessidade de reestruturar o processo de trabalho no serviço;
- Sistematização das ações, de modo a reduzir ao mínimo as etapas burocráticas e necessidades de deslocamentos para o consumo de serviços;
- Redução das dificuldades e obstáculos para o atendimento do cidadão no próprio serviço;
- Presença de elementos necessários ao diagnóstico e tratamento no local.

### Fluxo do Usuário em Atendimento na Unidade Básica de Saúde

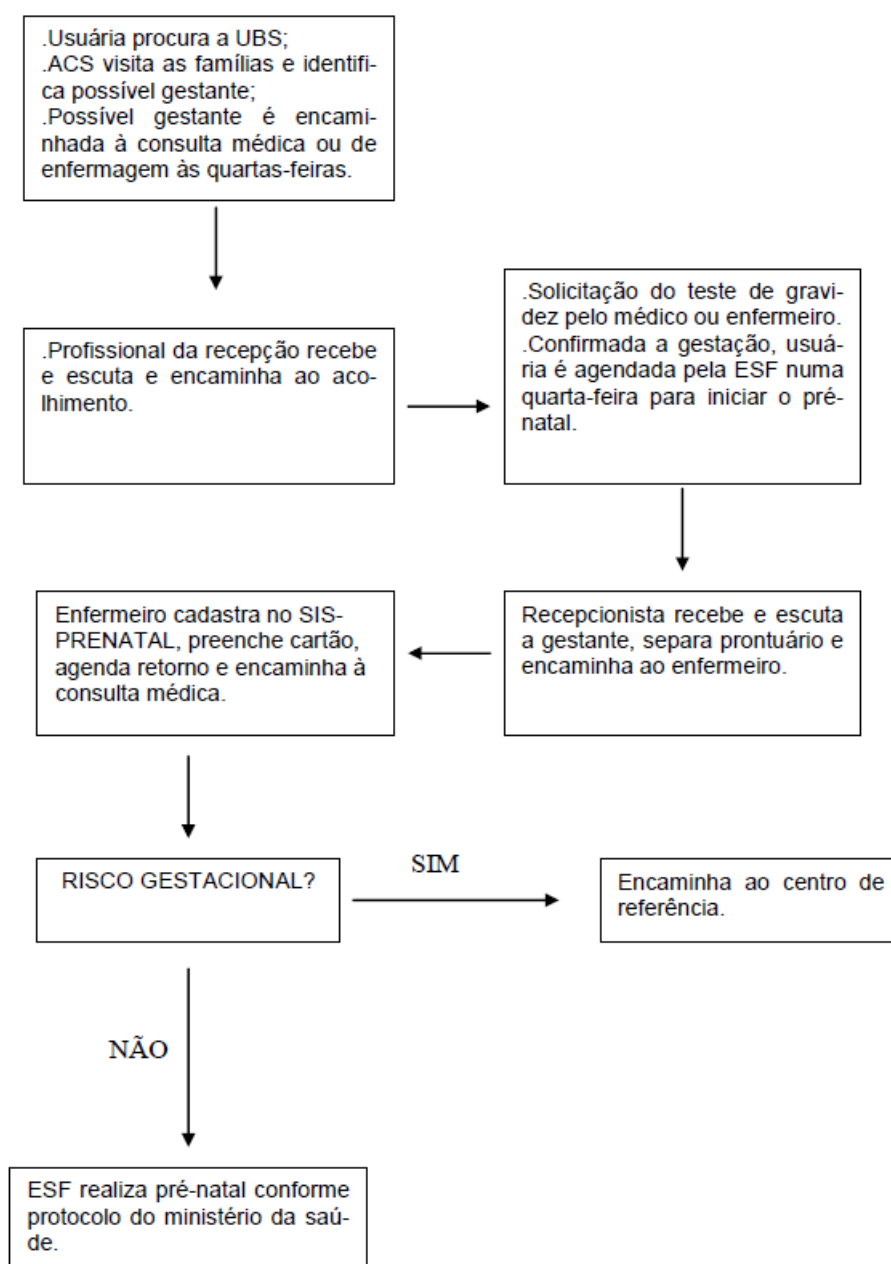


Fluxograma do Acolhimento à Demanda Espontânea na Atenção Básica

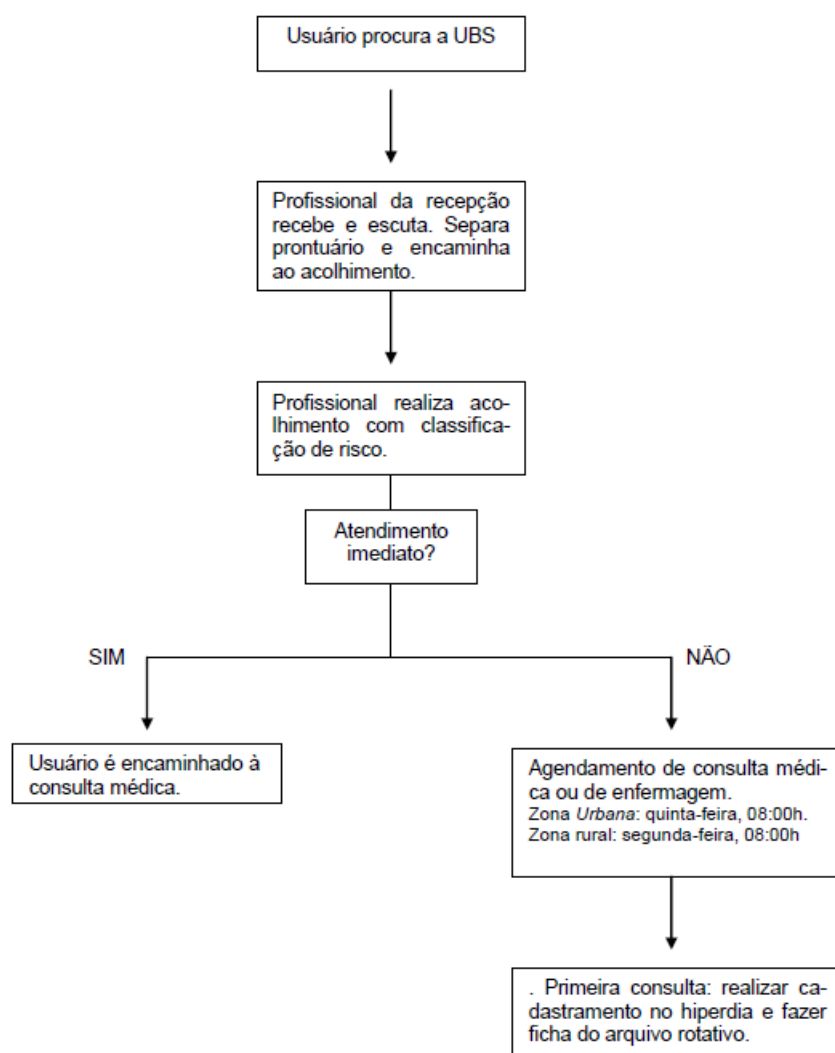


### Fluxo de Atendimento à Gestante Puérpera

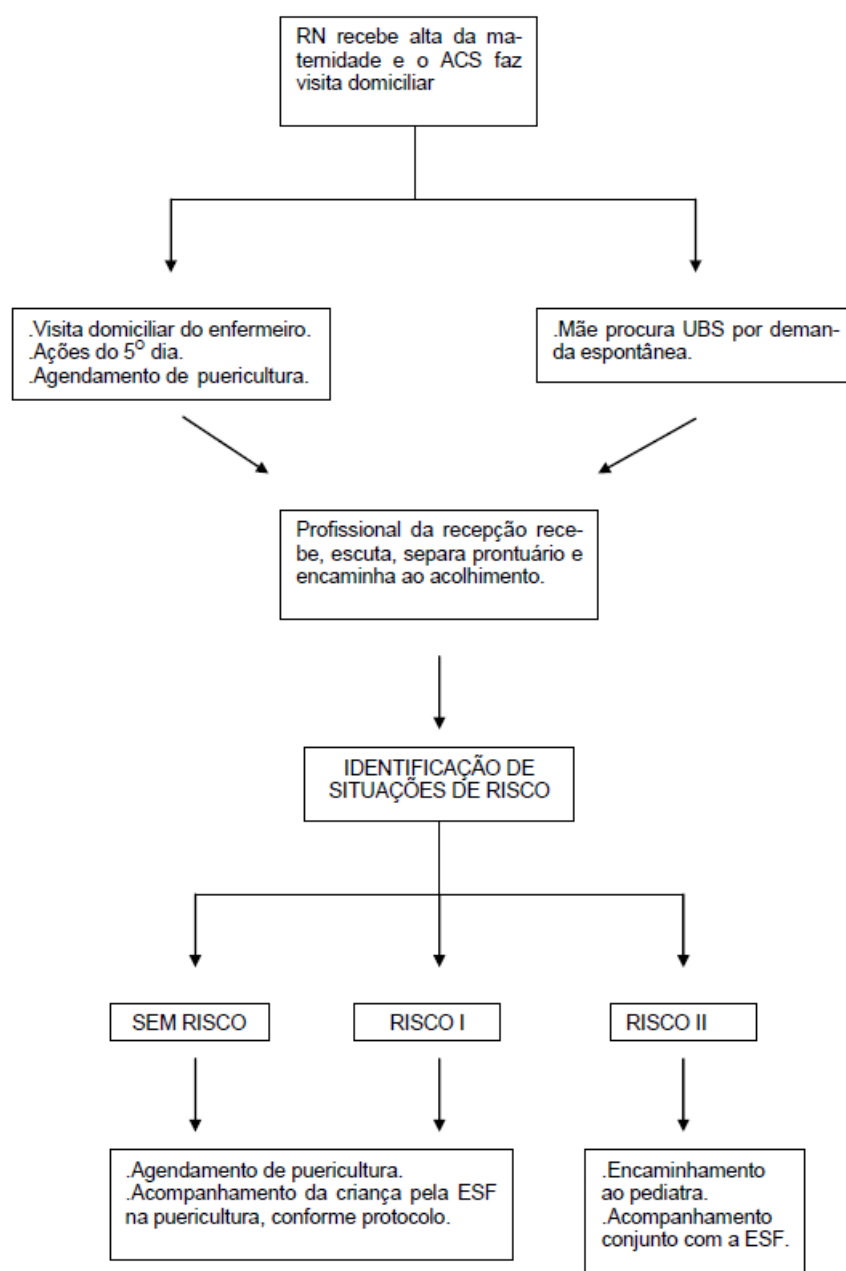




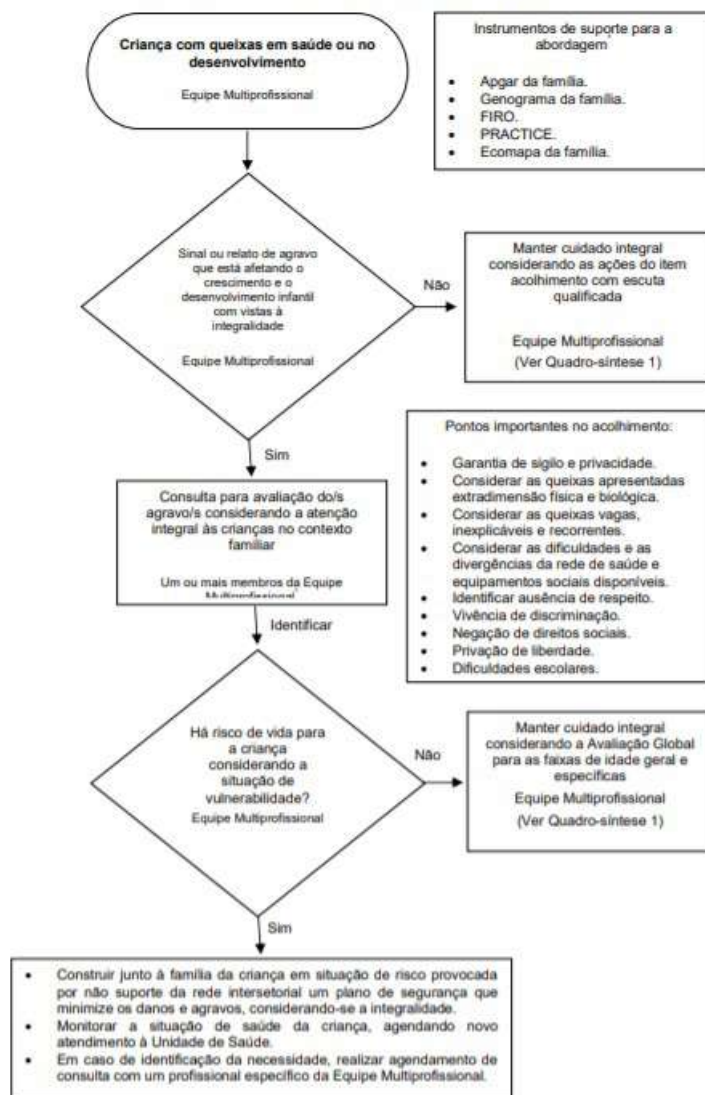
Fluxo de Atendimento ao Usuário com Doença Crônica Não Transmissível



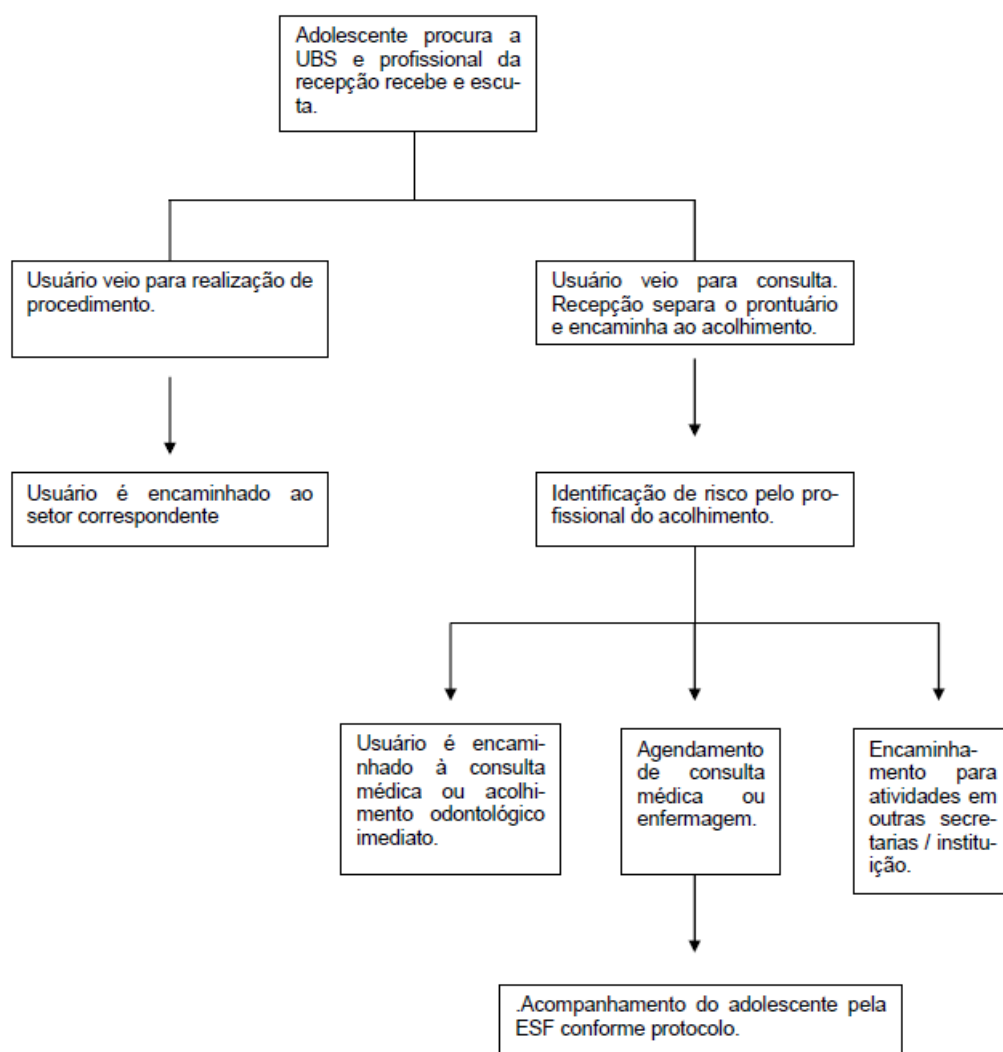
### Fluxo de Atendimento à Criança



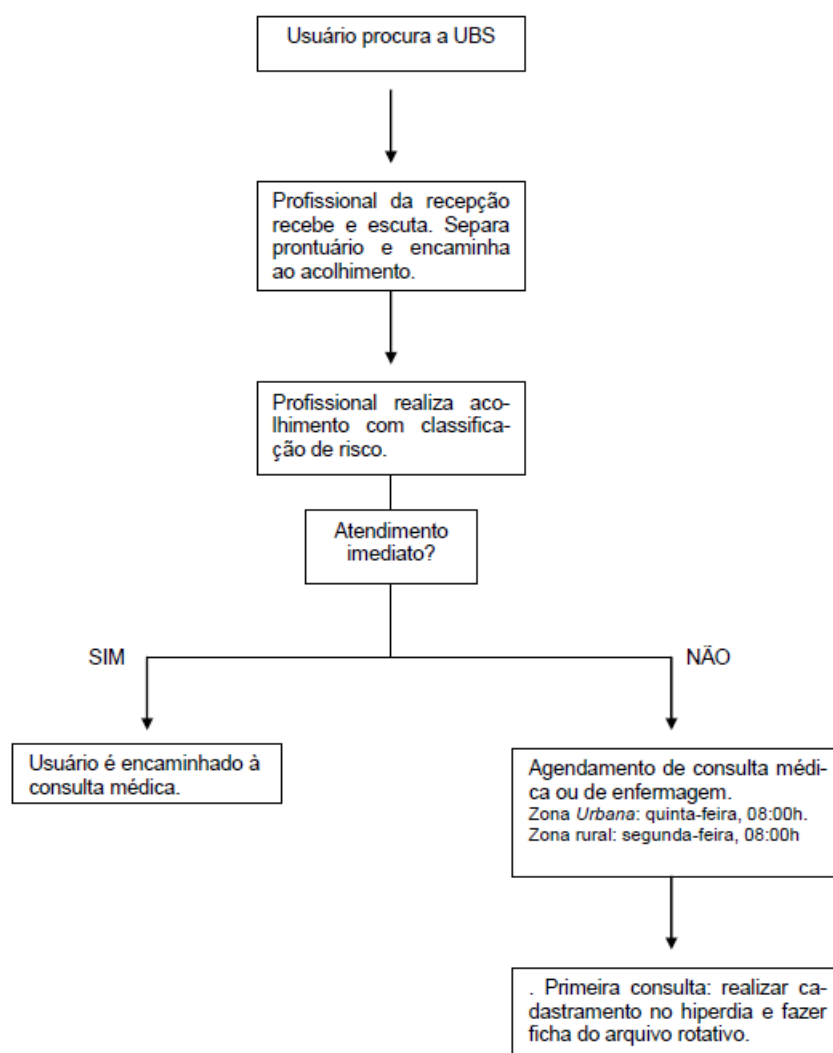
**ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS COM QUEIXAS EM SAÚDE OU NO DESENVOLVIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA**



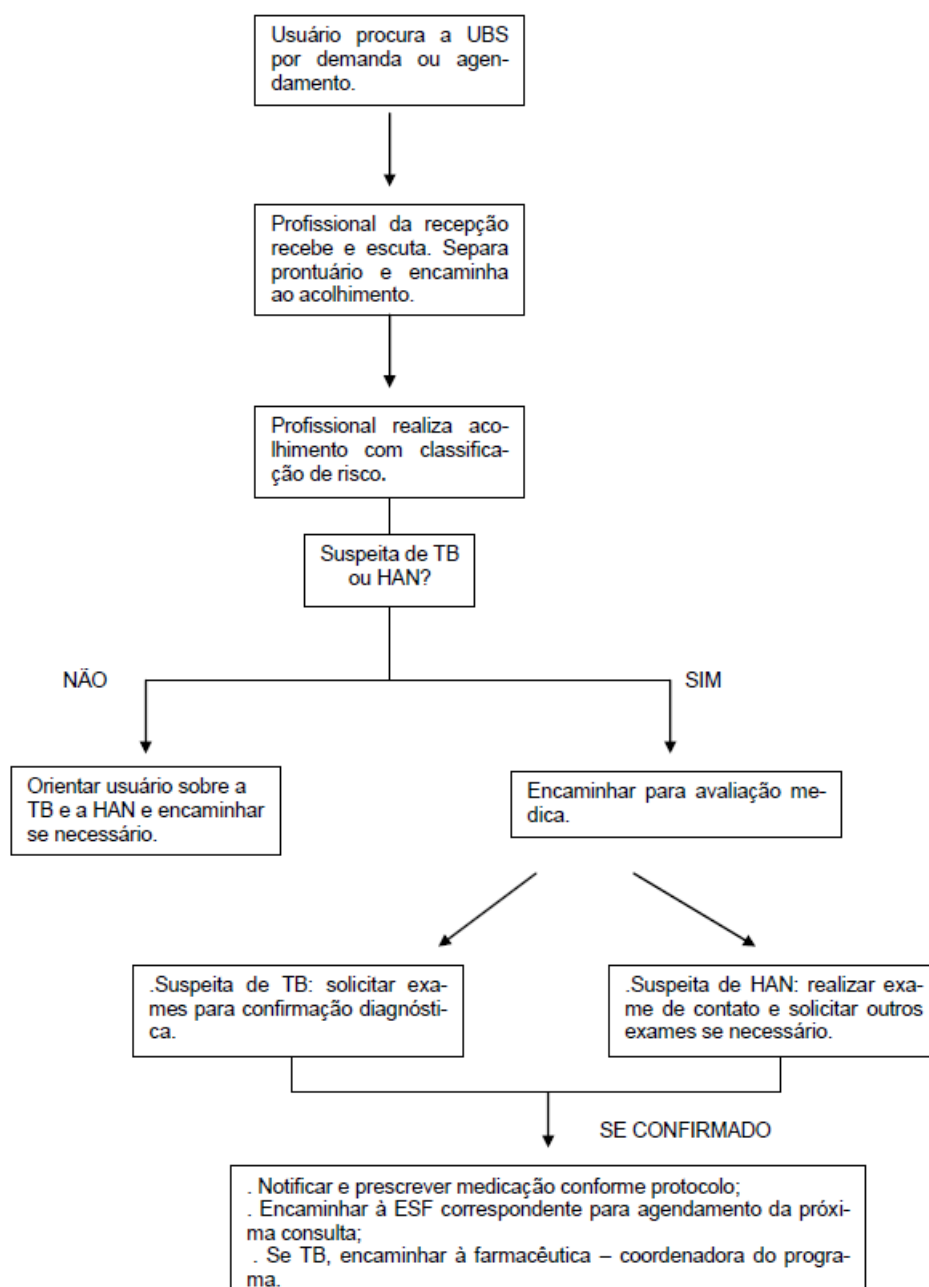
**Fluxo de Atendimento ao Adolescente**



## Fluxo de Acolhimento ao Hipertenso e Diabético

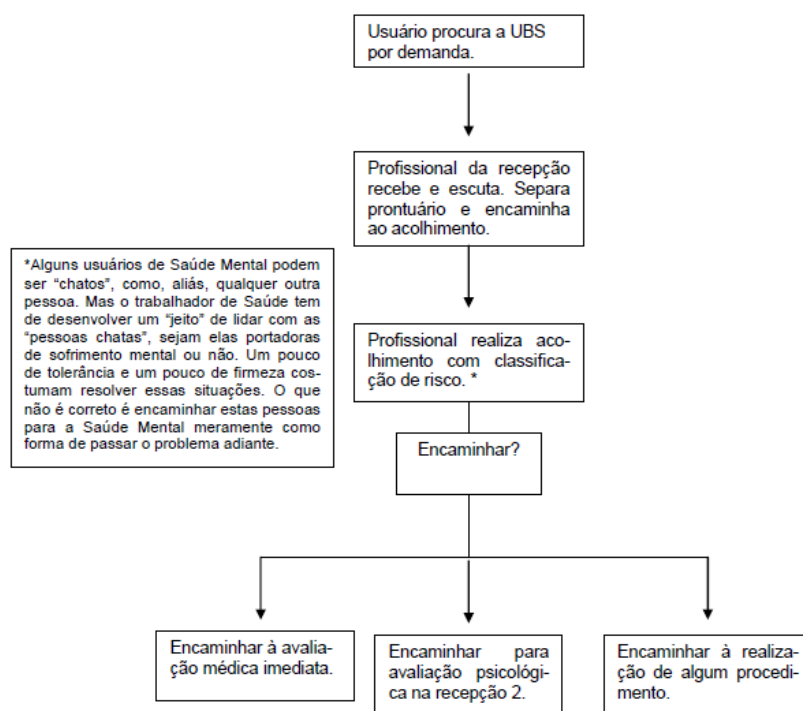


### Fluxo de Acolhimento aos Casos Suspeitos de Tuberculose ou Hanseníase



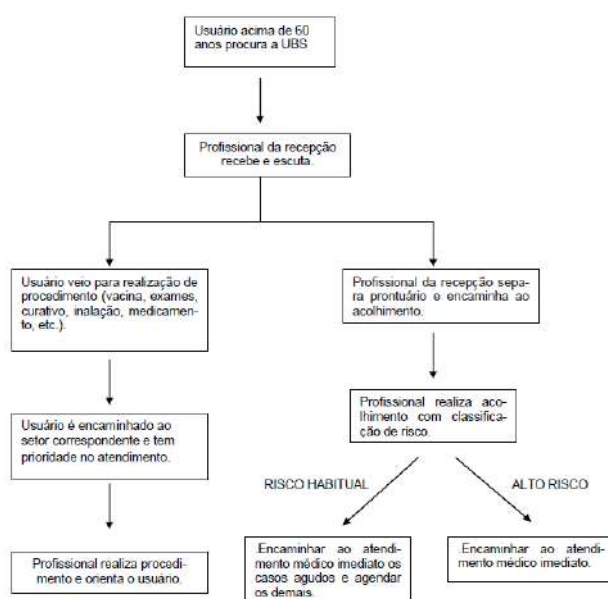
## Fluxo de Atendimento ao Portador de Sofrimento Mental



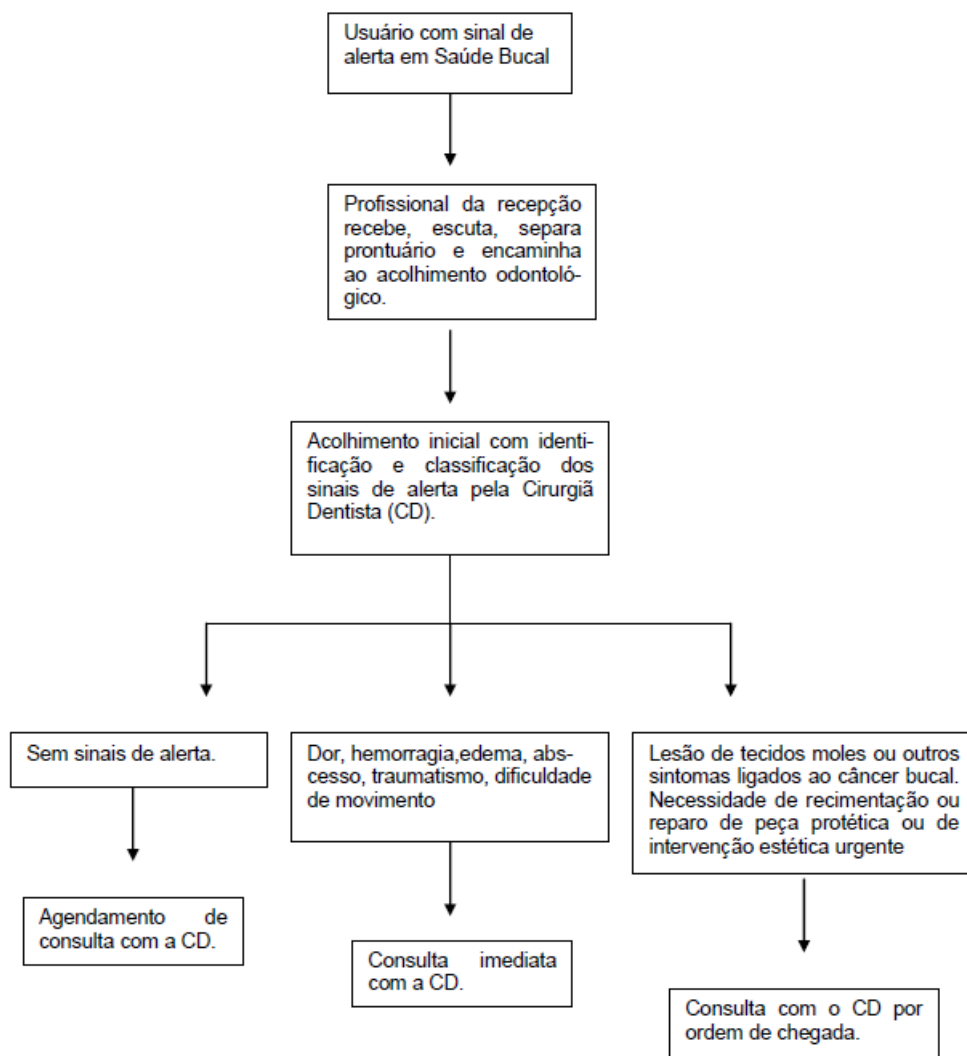


. Observação: de maneira geral, não convém deixar o acolhimento dos portadores de sofrimento mental apenas a cargo da equipe de Saúde Mental, separando-o do acolhimento dos outros usuários. Contudo, deve-se ressaltar: a qualquer momento, o técnico de Saúde Mental – em Virgolândia o psicólogo -pode e deve ser chamado para ajudar a esclarecer uma dúvida, definir um encaminhamento, participar de uma avaliação.

## Fluxo de Acolhimento ao Idoso



## Fluxo de Acolhimento em Saúde Bucal



## Fluxo para Registro de Documento

### Emissão de Declaração de Comparecimento:

O recepcionista no ato da abordagem solicita um documento (RG ou Certidão de Nascimento) do paciente ou do acompanhante para a verificação do atendimento em sistema informatizado, havendo a confirmação, preenche a Declaração de Comparecimento no sistema informatizado.

O Recepcionista carimba a Declaração de Comparecimento colocando o número de registro de entrada e seu nome de forma legível e entrega a Declaração de Comparecimento para o paciente ou acompanhante.

**Emissão e entrega de atestado médico para o paciente:**

Os atestados são emitidos em sistema informatizado pelo médico que prestou o atendimento ao paciente. Em caso de falta de sistema informatizado, o médico determina a necessidade de afastamento do paciente de suas atividades normais, em seguida, anota no verso da senha a necessidade de atestado carimbando e assinando e orienta o paciente a ir à Recepção.

O recepcionista recebe a senha carimbada pelo médico e em seguida anota no livro de controle os seguintes dados: data da solicitação, número do atestado, nome do paciente; tempo de afastamento, nome, CRM e especialidade do médico. Em seguida, assina o livro colocando o número do RE e solicita que ao paciente/acompanhante a aguardar na sala de espera e dirige-se até o consultório médico que solicitou o atestado.

O médico preenche os campos do atestado entregando-o ao recepcionista.

O recepcionista retorna para a Recepção e entrega o atestado ao paciente ou responsável.

**Registro de Usuário e Emissão da Ficha de Atendimento:**

O registro dos usuários deve ser feito de forma completa, visando garantir sua identificação rapidamente.

Nenhum usuário poderá ser atendido sem que tenha seus dados registrados no sistema informatizado utilizado na instituição.

O usuário será registrado em seu primeiro atendimento e receberá um número de prontuário gerado pelo sistema, que será único para todo e qualquer atendimento subsequente.

O segurança da entrada recepciona o paciente, verifica o motivo de sua vinda a Unidade de Saúde e entrega uma senha. Em seguida solicita que ele aguarde o chamado do recepcionista acompanhando atentamente pelo painel;

O recepcionista aciona a chamada de senhas através de sistema informatizado (sendo que deverá ser sempre chamado uma senha normal e uma senha preferencial), recepciona o paciente, solicita os documentos (RG, Certidão de Nascimento e Cartão SUS) e inicia a emissão da FA no sistema.

O recepcionista elabora a FA cadastrando ou atualizando os seus dados no sistema, realiza a impressão da FA e solicita que o paciente/acompanhante a assine e imprime a etiqueta com os dados do paciente e entrega ao mesmo. Caso haja o paciente esteja acompanhando deverá ser entregue apenas uma etiqueta de acompanhante. Devolve a senha para o paciente/acompanhante orientando que ele aguarde o chamado na espera do Acolhimento com Classificação de Risco onde a equipe de enfermagem irá chamá-lo através da mesma senha.

O recepcionista recolhe as FA's assinadas dos consultórios médicos e as organiza em ordem de Registro de Atendimento (RA). No dia seguinte as FA's deverão ser encaminhadas ao setor de faturamento.

## Diretrizes e Proposta de Regimento Interno da Unidade Básica de Saúde

### Capítulo I

#### FUNÇÕES E ATRIBUIÇÕES DOS GERENTES TÉCNICOS

- Reportar-se, sempre que necessário, aos supervisores de território;
- Gerir a Unidade de Saúde da Família, em estreita relação com os supervisores de território;
- Garantir a Gestão da Unidade de Saúde da Família, conforme a diretriz e princípios do SUS (equidade, integralidade, humanização do atendimento) e diretrizes e atributos da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família;
- Informar aos Supervisores de Território, sempre que necessário, sobre problemas identificados no desenvolvimento das ações e sobre os encaminhamentos demandados;



- Integrar as equipes Saúde da Família e demais profissionais de saúde da Unidade de Saúde da Família com a comunidade;
- Garantir que as equipes desenvolvam suas ações, conforme as diretrizes da Estratégia Saúde da Família (territorialização, cadastramento, diagnóstico de saúde, enfoque familiar, integralidade da assistência, trabalho em equipe, intersetorialidade, controle social, planejamento e avaliação e educação permanente), no eixo da Linha do Cuidado;
- Cumprir com as atribuições delegadas e/ou as determinações propostas e pactuadas;
- Repassar as informações de interesse do serviço para todos os profissionais de saúde lotados na Unidade de Saúde da Família;
- Avaliar e monitorar as ações das equipes SF e dos demais profissionais de saúde da Unidade de Saúde da Família, mantendo atualizadas as informações contidas no painel de monitoramento para ampla divulgação;
- Assegurar que o conjunto dos indicadores e metas assistenciais pactuados sejam alcançados;
- Elaborar os relatórios técnicos mensais e/ou outros necessários, descrevendo as principais atividades realizadas, identificando obstáculos e apontando recomendações;
- Utilizar os Sistemas de Informação de Saúde disponíveis para monitoramento/avaliação e planejamento das ações das equipes;
- Atuar para garantir e melhorar a qualidade das informações de saúde;
- Implantar as estratégias e protocolos assistenciais, de encaminhamento, entre outros,
- Garantir que as Equipes da Unidade de Saúde da Família desenvolvam ações de promoção à saúde, prevenção específica e de cidadania;
- Representar a Unidade de Saúde da Família em reuniões administrativas e técnica.
- Incentivar e colaborar com a pesquisa e produção de trabalhos científicos;
- Garantir a participação das Equipes da ESF nas reuniões mensais com a comunidade;
- Garantir o acolhimento da demanda espontânea e o maior grau de resolubilidade possível, entendendo que a Unidade de Saúde da Família é a porta preferencial de entrada do SUS;

- Avaliar as necessidades de capacitações e treinamentos, apontando para maior grau de resolubilidade, para os perfis profissionais exigidos para o desenvolvimento das ações da Atenção Básica à Saúde;
- Garantir que os auxiliares administrativos mantenham atualizadas todas as rotinas administrativas, bem como a alimentação de todos os Sistemas afeitos à Atenção Básica à Saúde;
- Orientar o profissional administrativo na supervisão dos serviços de limpeza, vigilância, na manutenção de equipamentos, entre outros; monitorar e otimizar o tempo de agendamento para as diferentes atividades ofertadas pela Unidade;
- Desenvolver outras atividades, conforme for determinado e acordado.

## Capítulo II

### Das Funções e Atribuições

#### Conselho Geral

O Conselho Geral (CG) é constituído por todos os elementos da equipe da Unidade, sendo reunido semanalmente.

As decisões respeitantes ao conjunto de todos os grupos profissionais são tomadas por consenso ou, caso não seja possível, recorre-se ao voto secreto, contando cada profissional com um voto. São aprovadas as decisões que obtiverem o maior número de votos.

Nas questões específicas de cada um dos grupos profissionais, as deliberações deverão ser tomadas pelos elementos desse grupo profissional com a metodologia descrita no parágrafo anterior.

São competências do CG:

1. Aprovar o Regulamento Interno, os Planos de Ação e o Relatório de
3. Zelar pelo cumprimento do Regulamento Interno e do Plano de Ação.
4. Pronunciar-se sempre que está em pauta outra questão relevante para o normal funcionamento do PSF.

As deliberações necessitam de ser aprovadas com uma maioria de 2/3 de votos.



### Conselho Técnico

O Conselho Técnico (CT), será constituído por um médico, um enfermeiro e um dentista escolhidos pelos elementos de cada grupo profissional entre os detentores de maior qualificação e experiência profissional, reúne uma vez por mês ou a pedido de um dos seus elementos e trabalha em estreita colaboração com os coordenadores das comissões das diferentes áreas da Unidade.

São competências do CT:

- Divulgar, junto da equipe, as normas emitidas pelas entidades competentes.
- Promover procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde.
- Avaliar o grau de satisfação dos usuários do PSF e dos profissionais.
- Manter atualizado o Manual de Boas Práticas.
- Promover a organização de atividades de investigação e de formação.
- Cada um dos elementos do CT pode delegar competências a outro elemento do respectivo grupo profissional do PSF.

### - Responsável Técnico

O Coordenador de Enfermagem, Medicina (CE) é o profissional escolhido para o Conselho Técnico. A duração do mandato é de 2 anos, podendo ser renovado.

São competências do Coordenador:

- Coordenar a atividade, garantindo o cumprimento do plano de ação, do regulamento interno e do Manual de Boas Práticas;
- Coordenar a substituição dos profissionais de sua categoria.
- Participar na elaboração do plano de ação e do Relatório de Atividades.
- Elaborar os horários dos profissionais de sua categoria e o plano de atividades, para posterior análise e discussão junto à gerência.
- Proceder à avaliação de desempenho dos profissionais de sua categoria e identificar necessidades de formação.



- Promover e apoiar a participação dos profissionais nas áreas da formação e investigação.
- O profissional do CT pode delegar competências a outro da mesma categoria no PSF.
- Organizar as reuniões clínicas.
- Incentivar e dinamizar a equipe na criação, manutenção e atualização de um centro de documentação / biblioteca.
- Propor atividades/projetos de pesquisa.
- Dinamizar a equipe na operacionalização dessas atividades/projetos.
- Estimular e apoiar propostas internas e externas de projetos de pesquisa.

Atribuições do agente administrativo:

- Identificar as necessidades de formação na área administrativa.
- Registrar e analisar a correspondência, circulares normativas, circulares informativas, convocações e orientações técnicas, procedendo ao seu encaminhamento.
- Registrar toda a Legislação para seu conhecimento e aplicação, procedendo ao seu encaminhamento.
- Manter atualizado o registro de ausências programadas de profissionais do PSF.
- Proceder ao registro da assiduidade de todos os profissionais do PSF, enviando o protocolo para o RH.
- Gerir as bases de dados dos usuários e dos profissionais utilizadas no PSF.
- Promover a elaboração das instruções de trabalho para o Manual de boas práticas.
- Participar nas reuniões de coordenadores administrativos.

São tarefas mensais:

- Registrar a assiduidade de todos os profissionais.
- Elaborar a escala mensal da assiduidade de todos os profissionais do PSF e sua conferência no RH.

### **Estrutura de prestação de cuidados**

A estrutura de prestação de cuidados é constituída por médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de Enfermagem, Auxiliares de consultório dentário e Agentes comunitários de saúde, organizados em 2 equipes cujo funcionamento é descrito no ponto seguinte.



O trabalho em equipe multidisciplinar exige cooperação e comunicação entre todos os seus membros para que seja eficiente. As reuniões e a existência de um sistema Organização Interna e Cooperação Interdisciplinar de informação comum desempenham um papel fundamental na consolidação dele.

As principais estratégias de desenvolvimento são:

- Modelo de equipe multidisciplinar – O PSF é uma rede de comissões abertas com funcionamento flexível e controle descentralizado. Cada comissão define-se pela presença das competências nucleares para a saúde da família, podendo envolver um número variável de profissionais.
- Gestão interna feita por objetivos expressamente discutidos e assumidos por todos as partes junto à gerência, através da elaboração conjunta do Plano de Ação.
- Definição clara de tarefas e responsabilidades numa perspectiva de complementaridade. Esta distribuição está definida no ponto seguinte deste regulamento.
- Manutenção de um bom sistema de informação e de comunicação dentro da equipe;
- Definição das regras de articulação interna e de comunicação entre os diversos grupos profissionais;
- Treino adequado dos diferentes elementos da equipe e atividades para desenvolver a autonomia e a auto responsabilização dos profissionais.

### **Comunicação Interna**

A comunicação interna no PSF é feita por uma multiplicidade de meios, formais e informais, cada um deles com as funções e conteúdos abaixo descritos, e a sua gestão é assegurada pelo gerente do PSF.

Os meios, funções e conteúdo são os seguintes:

- Reunião semanal de equipe, no momento inicial e quinzenal (colegiado gestor), após a inclusão das reuniões de educação permanente. Em todas as reuniões do Conselho geral é dedicado à prestação de informações a todos os profissionais com alertas para

informação muito importante e que pode ser consultada nos locais dedicados a informação em suporte de papel e em suporte digital, neste caso, nos e-mails.

- Informação em suporte de papel com conteúdo para conhecimento de todos ou de alguns sectores ou grupo profissional ficam acessíveis do seguinte modo à afixação em mural/local próprio na sala de coordenação, durante 15 dias.
- Arquivados em dossiê próprio, junto ao livro de ponto/presenças por um período mínimo de 30 dias.
- Atas das reuniões do Conselho Geral
- Atas das reuniões de formação
- Apresentações / slides das reuniões
- Textos, documentos e protocolos do PSF
- Outros

### **Comunicação externa**

- O PSF desenvolve uma estratégia própria de comunicação externa que inclui o desenvolvimento e consolidação de uma imagem junto da comunidade. Esta função é, para fins formais e institucionais, assegurada pelo(a) coordenador (a), apoiado(a) num núcleo multiprofissional dedicado ao desenvolvimento desta função.
- As Intervenções e Áreas de Atuação dos Diferentes Grupos Profissionais que integram e/ ou colaboram com a Equipe, definidas para as diferentes atividades no manual de boas práticas, em construção.

## **Capítulo IV**

### **Compromisso Assistencial**

1. A Unidade encontra-se aberta entre as 7:00 e as 17:00 horas, de segunda a sexta-feira, estando encerrado o atendimento aos sábados, domingos e feriados.
2. Definição da Oferta de Serviços

**Definição da organização dos serviços oferecidos na Unidade por toda a equipe e sua caracterização:**

### **Carteira Básica de Serviços.**

- Conjunto de Cuidados gerais de saúde nas diferentes fases da vida à pessoa no seu contexto familiar e social. Integra cuidados antecipatórios de educação e procedimentos preventivos, bem como resposta a necessidades sentidas através de intervenções da equipe multidisciplinar.
- Estas intervenções podem desenvolver-se no seio da comunidade, nos domicílios dos usuários, ou no espaço físico da Unidade.
- Inclui acolhimento personalizado de qualquer um dos elementos da equipe técnica, envolvendo aspectos administrativos e/ou de saúde, entrevista familiar, atividades de grupo, cooperação intersetorial, consultas médicas e de enfermagem, atos administrativos e gestão da lista de inscritos.

### **ATENDIMENTO PERSONALIZADO 1:**

Iniciativa: Usuário.

População: Qualquer cidadão.

Urgência: Sim ou não.

Objetivo: Avaliação das necessidades, informação e orientação adequadas.

Local: Espaço físico da unidade.

Modo de Contato: Presencial ou por telefone.

Execução: Administrativo (na maior parte dos casos), ACS, e/ou enfermeiro e/ou médico.

Prazo: aproximado a 30 minutos.

Tempo médio previsto: 5-10 minutos.

### **ACOLHIMENTO DE SAÚDE PERSONALIZADO 2:**

Iniciativa: Usuário ou profissional.

População: Inscrita

Urgência: Sim ou não.

Objetivo: Avaliação de necessidades de cuidados, aconselhamento e orientação.



Local: salas específicas.

Decisão de marcação: Profissional (após acolhimento presencial ou por telefone do usuário).

Modo de Marcação: Presencial ou por telefone.

Execução: Enfermeiro e/ou médico, ACS.

1 Atendimento Personalizado: entende-se por atendimento personalizado a interface cidadão – unidade.

2 Acolhimento em Saúde: entende-se acolhimento em saúde as situações em que após o atendimento em saúde conclui-se pela necessidade de uma intervenção específica.

Prazo: Aproximado a 60 minutos.

Tempo médio previsto: 5-20 minutos.

#### **VACINAÇÃO:**

Iniciativa: Usuário ou profissional.

População: Inscrito.

Urgência: Não.

Objetivo: Execução do Plano Nacional de Imunização e outras vacinas prescritas.

Local: Salas específicas ou domicílio em situações particulares.

Decisão de marcação: Usuário ou profissional.

Modo de Marcação: Presencial ou por telefone.

Execução: Enfermeiro ou técnico de enfermagem.

Prazo: aproximado a 30 minutos.

Tempo médio previsto: 5-10 minutos.

No que diz respeito às consultas a tipologia adotada é a seguinte:

#### **CONSULTA ABERTA:**

Iniciativa: Usuário ou profissional (quando um destes identifica que o problema tem critérios para ser encaminhado para consulta no próprio dia Consulta Aberta).

População: Inscrita.



Urgência: Sim. (O problema necessita ser avaliado no próprio dia, ou não pode esperar por uma consulta programada).

Objetivo: Tratamento e outros.

Local: Consultório.

Decisão de marcação: Usuário e profissional.

Modo de Marcação: Presencial ou por telefone.

Execução: Médico ou, se necessário enfermeiro e médico.

Prazo: Próprio dia.

Tempo médio previsto: 10-20 minutos.

#### **CONSULTA AGENDADA:**

Iniciativa: Usuário ou profissional.

População: Inscrito.

Urgência: Não.

Objetivo: Procedimentos preventivos, aconselhamento e/ou tratamentos.

Local: Consultório.

Decisão de marcação: Usuários e profissional.

Modo de Marcação: Presencial ou por telefone.

Execução: Médico ou, se necessário enfermeiro e médico.

Prazo: Aberto, com garantia de tempo máximo de 3 semanas para situações não urgentes, mas com necessidades de curto prazo.

Tempo médio previsto: 20 minutos.

#### **CONSULTA AGENDADA DOS PROGRAMAS DE SAÚDE (SAÚDE DA CRIANÇA, SAÚDE DA MULHER, DIABETES, HIPERTENSÃO):**

Iniciativa: Usuário ou profissional.

População: Inscrito.

Urgência: Não.

Objetivo: Procedimentos preventivos, aconselhamento e eventuais tratamentos.

Local: salas específicas.



Decisão de marcação: Profissional (após acolhimento presencial ou por telefonema do utente).

Modo de Marcação: Presencial ou por telefone.

Execução: Enfermeiro e/ou médico.

Prazo: Aberto

Tempo médio previsto: 20-60 minutos.

### **CONTATOS TELEFÔNICOS:**

Iniciativa: Usuário ou profissional.

População: Inscrito.

Urgência: Sim ou não.

Objetivo: Avaliação de necessidades e orientação.

Local: Salas próprias.

Decisão de marcação: Usuário e profissional.

Modo de Marcação: Telefone.

Execução: Profissional.

Prazo: Dentro do horário de funcionamento do CMS.

Tempo médio previsto: 2 10 minutos.

### **CONTATOS INDIRETOS:**

Iniciativa: Usuário ou profissional.

População: Inscrito.

Urgência: Não. PODE HAVER CONTATOS INDIRETOS URGENTES, devem ser sinalizados como tal.

Objetivo: Renovação de receituário, Avaliação de resultados de exames solicitados pelo próprio médico.

Local: salas próprias.

Decisão de marcação: Usuário e profissional.

Modo de Marcação: Presencial ou pelo telefone.

Execução: Profissional.





Prazo: Dentro do horário de funcionamento do PSF.

Tempo médio previsto: execução 2-10 minutos; tempo máximo de resposta 72 horas.

### **CONSULTA de SUBSTITUIÇÃO:**

Iniciativa: Usuário ou profissional (quando um destes identifica que o problema tem critérios para ser encaminhado para consulta no próprio dia).

População: Inscrito

Urgência: Sim. (se o problema necessita de ser avaliado no próprio dia, ou não pode esperar por uma consulta programada).

Não (na ausência do profissional para realização de serviços mínimos)

Objetivo: Tratamento e outros.

Local: Consultório.

Decisão de marcação: Usuário e profissional.

Modo de Marcação: Presencial ou por telefone.

Execução: Médico ou, se necessário enfermeiro e médico.

Prazo: Próprio dia.

Tempo médio previsto: 10-20 minutos.

### **CONSULTA/VISITA DOMICILIAR:**

Iniciativa: Usuário ou profissional (quando este identifica que a situação tem critérios para ser observado no domicílio).

População: Inscrito.

Urgência: De acordo com a avaliação do profissional.

Objetivo: Procedimentos preventivos, aconselhamento e/ou tratamentos.

Local: Domicílio.

Decisão de marcação: Profissional.

Modo de Marcação: Presencial pelo cuidador ou por telefone.

Execução: Enfermeiro e/ou médico.

Prazo: Aberto, com garantia de tempo máximo de 72h para situações não urgentes, mas com necessidades de curto prazo.



Tempo médio previsto: 30-90 minutos (inclui deslocamento).

### Justificativa

A finalidade essencial da Unidade é a promoção e proteção da saúde da população adscrita. Mantém-se, assim, o desafio de adotar um modelo de manutenção da saúde, prevenindo a medicalização e a dependência dos usuários em relação a práticas médicas e uso inadequado de recursos (tempo mal aplicado, procedimentos e exames complementares desnecessários, medicação excessiva ou inapropriada etc.). Melhorar e manter em níveis adequados a acessibilidade dos usuários às consultas médicas;

### Objetivos gerais

- Mediar/regular a oferta e os comportamentos de procura de consultas por parte dos usuários;
- Alargar o âmbito dos contatos personalizados dos usuários com os elementos da sua equipe de saúde familiar e promover o conceito e a prática de enfermagem de família.
- Qualquer usuário que solicite atendimento no próprio dia, por sentir necessidade, deverá ser posto em contato com o seu médico de família ou enfermeiro de família, o qual providenciará uma resposta adequada para a necessidade apresentada;
- Qualquer usuário que solicite atendimento no próprio dia e não possa ser atendido pelo seu médico de família, terá atendimento médico ou de enfermagem – obtendo consulta médica nesse dia se se tratar de situação que o justifique ou ficando com consulta marcada num dos próximos dias para o seu médico de família.
- Consulta programada pelo médico ou pelo usuário é a que se destina a vigilância de saúde, a controle de problemas e doenças crônicas, ou a follow up de episódio de doença
- Consulta não programada é a que é solicitada, em geral pelo usuário, pela percepção de uma necessidade não enquadrada no âmbito definido para as consultas programadas;
- Será aberto um número adequado de vagas nas agendas de todos os médicos para garantir o prazo máximo de 15 dias úteis para obtenção de consulta não programada;



- Existem apenas dois tipos de “espaços” nas agendas médicas: as vagas abertas para marcação por qualquer dos profissionais da equipe do PSF mediante a classificação e as vagas exclusivamente para acompanhamento nos programas e linhas de cuidado.

### **Incapacidade para o Trabalho**

A emissão do Certificado de Incapacidade Temporária / Atestado requer a presença do doente. Só em situações muito específicas e expressamente autorizadas por escrito pelo médico, a renovação da baixa poderá ser solicitada através do Agente comunitário de saúde (ACS).

### **Pedido de Renovação de Receituário Crônico**

Para facilitar a requisição de receituário em situações de doença crônica, naqueles casos em que o usuário não considere necessário o contato direto com o seu médico, o pedido de receituário pode ser realizado através do atendimento do Agente comunitário de saúde (ACS).

Este pedido poderá ser feito presencialmente. Para tal, o doente deverá referir o seu nome completo e número de cpf ao solicitar a medicação que esteja registrada no processo clínico, bem como a dosagem e o número de embalagens pretendidas.

Estão contemplados os seguintes outros procedimentos médicos no PSF:

- pedidos de atestado de aptidão física e psíquica para o desempenho profissional - requer consulta presencial.
- declaração para inscrição / frequência de estabelecimento de ensino – será emitida a todas as crianças que façam acompanhamento no PSF, não havendo necessidade de consulta presencial se a criança tiver estado na última consulta do programa de vigilância de saúde da criança.

Durante este horário de funcionamento do PSF haverá, sempre, pelo menos um elemento de nível superior, de preferência um de cada categoria profissional. Os regimes de trabalho dos vários grupos profissionais são os possíveis pela legislação em

vigor e os horários são estabelecidos de acordo com os regimes de trabalho de cada um dos profissionais.

Considera-se troca de caráter pontual aquela em que um profissional se dispõe efetuar, por um dia, o horário e as tarefas pertencentes a outro profissional do mesmo grupo, comprometendo-se este último a substituir o primeiro. As trocas de caráter pontual podem ser combinadas entre elementos do mesmo grupo profissional, mediante comunicação ao agente administrativo.

As trocas para a consulta de substituição devem ser registradas por escrito na escala que se encontra na sala da administração.

Considera-se troca de caráter definitivo aquela em que um profissional se dispõe efetuar, definitivamente parte ou a totalidade do horário de outro profissional do mesmo grupo, comprometendo-se este último a efetuar a parcela equivalente do horário do primeiro. As trocas de caráter definitivo podem ser efetuadas entre elementos do mesmo grupo profissional, mediante aprovação pelo gerente do PSF.

Qualquer elemento da equipe, pode solicitar ao agente administrativo do PSF a alteração do seu horário, mediante justificação e na impossibilidade de o melhorar através de trocas. Sendo dado o limite de 1 mudança a cada 3 meses, de forma a garantir a execução dos planejamentos.

## PLANO DE FÉRIAS

As férias devem ser marcadas de acordo com os interesses dos elementos do grupo, sem prejuízo de se assegurar o regular funcionamento e compromisso assistencial do PSF.

As ausências, em simultâneo, para o gozo de férias, não deverão ultrapassar 1/2 dos elementos de cada grupo profissional.

Se necessário, os meses mais pretendidos devem ser rateados, de modo a beneficiar alternadamente cada interessado, em função do mês gozado nos dois anos anteriores.

Cada elemento deverá apresentar a sua proposta de férias até ao dia 28 de fevereiro de cada ano. O coordenador de cada grupo profissional elabora o plano de férias, tendo em

conta o exposto nos parágrafos anteriores, submetendo-o à aprovação do gerente técnico do PSF.

O mapa de férias só pode ser alterado por acordo entre o elemento interessado e o coordenador do respectivo grupo profissional, mediante aprovação do gerente do PSF.

#### SUBSTITUIÇÃO

A equipe que integra o PSF assume o compromisso assistencial da sua população inscrita, designadamente a substituição dos seus elementos em situação de ausência.

Estas ausências podem ser:

Programadas (férias/formação/reuniões) -nesta situação o procedimento será o seguinte:

- não deve haver marcações no período de ausência;
- em caso de necessidade haverá escalas de prolongamento;
- nos períodos de férias, congressos e formações, o número de profissionais ausentes não deverá exceder 50% da totalidade de cada grupo profissional;
- o PSF garante sempre a presença de 1 elemento de cada grupo profissional durante o horário de funcionamento da Unidade;

Não Programadas (doença súbita/assistência à família)

Nas ausências de curta duração (até três dias úteis), estabelece-se o seguinte procedimento:

- informar o mais precocemente possível o PSF;
- os usuários programados terão nova marcação proposta, a qual deverá ser agendada o mais breve possível;
- aos usuários que necessitem ser observados naquele dia, será dada orientação para virem à consulta de acordo com sua classificação de risco;
- a consulta de substituição deverá ser assegurada entre os profissionais disponíveis.

Nas ausências prolongadas, a ausência superior a 30 dias de qualquer elemento da equipe deverá ser gerida da seguinte forma:

## AUSÊNCIA EM CONGRESSOS, ENCONTROS, JORNADAS, CURSOS E OUTROS EVENTOS CIENTÍFICOS

O agendamento das ações, que possam interessar aos profissionais do PSF, deve ser realizado, preferencialmente até dezembro do ano anterior. Todos os restantes pedidos para formação para o corrente ano devem ser solicitados até 20 dias antes da sua realização. A calendarização e a planificação dos eventos científicos devem ser agendadas na 1ª reunião de equipe de cada ano.

Os eventos científicos classificados pelo grupo como mais importantes para a melhoria da qualidade da prática clínica da Unidade terão prioridade de agendamento e participação dos profissionais em relação aos restantes.

O profissional de saúde deverá apresentar em reunião clínica uma “comunicação resumo” num prazo máximo de 15 dias sobre a ação de formação frequentada.

## AUSÊNCIA PARA REUNIÕES, AULAS E OUTRAS SOLICITAÇÕES RELACIONADAS COM A VIDA PROFISSIONAL

O profissional de saúde deve programar com a maior antecedência possível as suas ausências e de forma a não coincidirem com o seu horário de consulta e reuniões clínicas.

Os usuários marcados ou a marcar deverão ser transferidos para outro dia próximo em função das instruções do Médico e da urgência da situação, de acordo com a classificação de risco.

Nessas ausências programadas os profissionais de saúde deverão ter o cuidado, sempre que possível, de gerirem as situações burocráticas e de rotina de forma a evitar que os usuários tenham necessidade de recorrer à Unidade nesses períodos, por motivos que possam ser agendados quando da presença do médico ou do enfermeiro.

### Serviços mínimos em caso de ausência de um profissional

- Primeira consulta na vida ao RN
- Doença aguda



- Avaliação de resultado de exames complementares
- Renovação de medicação crônica

## Capítulo V

### Formação e Compromisso para a Qualidade

Neste capítulo serão descritos os compromissos da equipe em assegurar que os profissionais se mantêm habilitados a exercer a sua profissão com a melhor qualidade possível.

#### 1.Desenvolvimento Profissional Contínuo

##### DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

###### Princípios

O desenvolvimento profissional na Unidade deve sustentar-se nos seguintes valores e princípios:

1. todos os membros da equipe têm algo para ensinar e muito que aprender;
2. todos os elementos do grupo aprendem com os próprios erros e com os alheios, devendo os erros serem compartilhados num clima de sinceridade e honradez;
- 3.a clínica diária deve ser a “atividade-fonte” básica para a formação contínua;
- 4.o objetivo final da formação contínua é o aumento da qualidade da prática diária e sobretudo a melhoria da saúde do paciente.

###### Periodicidade das reuniões

As reuniões da Unidade devem realizar-se semanalmente.

###### Duração das reuniões

As reuniões do PSF devem estar programadas, em regra, para 90 minutos. Sendo seguida das reuniões individuais das equipes onde deve ser priorizado o planejamento e discussão de casos dos usuários.





Regras de funcionamento das reuniões

As reuniões clínicas / formativas são dinamizadas por um elemento da equipe a indicar, em cada caso, pelo núcleo da formação.

As reuniões de carácter clínico / formativo são abertas a todos os profissionais de saúde do PSF.

## GESTÃO DA QUALIDADE

Será elaborado um sistema de gestão da qualidade que estará descrito no Manual da Qualidade.

A Coordenação de todas as atividades relacionadas com a gestão da qualidade do PSF é efetuada pelos coordenadores e pelo gerente do PSF.

A finalidade deste Núcleo da Qualidade do PSF é dinamizar a evolução da para os parâmetros que sucessivamente forem considerados os da excelência na prestação de serviços de saúde.

Objetivos gerais:

- 1-satisfação do cidadão - dar a melhor resposta possível às necessidades dos cidadãos das comunidades abrangidas pelo PSF;
- 2 -desempenho profissional -motivar os profissionais do PSF para um exercício permanente de qualidade;
- 3-qualidade organizacional-otimizar a qualidade organizacional do PSF.

A avaliação da atuação da unidade será efetuada através da monitorização de um conjunto de dados obtidos através de informações com as seguintes origens:

-Satisfação do Cliente

Considerando-se como clientes os usuários, que colocarão suas demandas a partir de entrevistas aleatórias na porta de entrada e a partir de “caixa de sugestões” onde eles poderão depositar suas demandas para posterior avaliação pela gerência da unidade.



Outros fatores relevantes:

- população inscrita no PSF;
- dotação em recursos humanos, nas suas várias vertentes;
- atividade dos vários grupos profissionais, nomeadamente consultas e atos dos vários tipos.

A frequência anual destas análises comparativas permite monitorizar o desempenho do PSF.

-Satisfação profissional dos trabalhadores do PSF

Internamente, a unidade promoverá a avaliação a cada 6 meses sobre satisfação profissional dos trabalhadores através de um questionário adequado a esse fim.

- Monitorização e avaliação dos processos

A monitorização dos processos é efetuada a partir de indicadores com metas quantificadas anualmente, estabelecidas para cada uma das atividades no Plano de Ação do PSF. A análise dos resultados da medição desses indicadores, permite a tomada de ações preventivas no sentido de evitar o não cumprimento dos objetivos definidos para o ano em curso, caso se verifique uma tendência que configure o seu não cumprimento na próxima avaliação a ser feita em dezembro.

- Análise das não- conformidades e das reclamações

O controle das não-conformidades destina-se a assegurar que estas são identificadas e controladas, introduzindo-se melhorias no funcionamento do PSF. O PSF, em face de uma não-conformidade relatada, toma uma ou mais, das seguintes medidas:

- dá solução à não-conformidade relatada;
- autoriza a sua manutenção (caso não ponha em causa a qualidade da prestação do serviço) por um período bem definido, sendo tal autorização da responsabilidade do seu Coordenador;



- toma a ação necessária (ação corretiva/preventiva) de modo a evitar a sua recorrência.

## REGISTROS

### - Atas de reuniões

Todas as reuniões efetuadas no PSF deverão ficar registradas em ata que será arquivada na administração.

### - Registros Clínicos

Todos os atos clínicos têm de estar registrados nos prontuários de família.

### - Registros administrativos

Todos os atos administrativos têm de estar registrados

## PLANO DE AÇÃO

O Plano de Ação será elaborado pela equipe. Terá uma vigência anual, após aprovação em reunião de equipe.

## RELATÓRIO DE ATIVIDADES

O Relatório de Atividades deverá ser elaborado anualmente com o prazo limite de 31 de março do ano seguinte a que se refere.

## EXCLUSÃO DE ELEMENTOS DA UNIDADE

Quem de forma sistemática desrespeitar o presente regulamento, contribuir para o não cumprimento dos objetivos da unidade, der uma má imagem ou criar um mau ambiente interno, poderá ser excluído do Grupo. Numa primeira fase caberá ao Gerente chamar a atenção para a situação. Caso os problemas continuem deverá o assunto ser levado a uma reunião do grupo profissional respectivo onde a questão será analisada. Se as



questões persistirem serão aplicadas advertências disciplinares, suspensão e possível demissão.

## Capítulo VI

### Disposições Finais e Transitórias

#### 1. Dúvidas e Omissões

As dúvidas e omissões do presente regulamento serão resolvidas por maioria de 2/3 dos elementos da USF, incluindo o gerente técnico.

#### 2. Subscrição do Regulamento Interno por todos os Profissionais

3. O Regulamento Interno produz efeito a partir do 7º dia após sua aprovação na reunião de equipe da unidade básica.

### Normas e Rotinas das Unidades Básicas de Saúde

A Atenção Básica em Saúde (ABS) é entendida como o conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida sob a forma de trabalho em equipe e orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social.

### Acolhimento

As unidades devem receber e ouvir todas as pessoas que a procuram, de modo universal e sem exclusões. Deve organizar-se para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta adequada, sendo capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, minorar danos e sofrimentos e responsabilizar-se pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. Portanto, o acolhimento não deve ser apenas um lugar de escuta, triagem de risco e encaminhamento, mas um espaço onde usuário e trabalhador estabelecem vínculos de seguimento e referência

Condições importantes para um bom acolhimento:



- Adequada estrutura física para o atendimento;
- Equipamentos;
- Equipe de profissionais capacitada e que compreenda a necessidade de reestruturar o processo de trabalho no serviço;
- Sistematização das ações, de modo a reduzir ao mínimo as etapas burocráticas e necessidades de deslocamentos para o consumo de serviços;
- Redução das dificuldades e obstáculos para o atendimento do cidadão no próprio serviço;
- Presença de elementos necessários ao diagnóstico e tratamento no local.

O acolhimento demanda uma mudança do modo de realizar o atendimento individual para além da inclusão do “atendimento de casos agudos do dia”. Nesse sentido, a agenda dos profissionais se torna um recurso-chave tanto para garantir a retaguarda para o acolhimento, quanto para a continuidade do cuidado (programático ou não). Por isso, é fundamental uma metodologia consistente de planejamento e gestão das agendas que contemple essas diferentes situações. Apresentamos, abaixo, algumas possibilidades:

- Agenda programada para grupos específicos: abrange o atendimento de pessoas previsto nas ações programáticas, cuja periodicidade de acompanhamento também deve se pautar pela avaliação de risco e vulnerabilidade. Essas pessoas não devem “disputar” as vagas de seu acompanhamento no acolhimento, sendo necessário que já saiam de uma consulta com a marcação de seu retorno, com hora e data definidas, inclusive intercalando, por exemplo, as consultas médicas com as de enfermagem (saída do consultório do médico já com a marcação do retorno para a enfermeira garantido, e vice-versa);
- Agenda de atendimentos agudos: identificados a partir do acolhimento da demanda espontânea, estejam ou não já inseridos em acompanhamento programado, os usuários deveriam ser atendidos, de preferência, de acordo com a estratificação de risco;
- Agenda de retorno/reavaliação e de usuários que não fazem parte de ações programáticas: reserva de consultas para pessoas identificadas a partir do acolhimento e que não se incluem nas categorias anteriores, mas que demandam atenção, como o

adulto que utiliza benzodiazepínico sem avaliação médica há sete meses. Reserva de parte dos atendimentos de cada profissional para ele marcar os retornos de pessoas que precisam vir, por exemplo, para avaliar a eficácia de um tratamento prescrito e reavaliar quanto à evolução do quadro clínico, como no caso de uma criança em tratamento ambulatorial de pneumonia, que é preciso reavaliar em até 48 horas.

Mais uma vez, trata-se de uma oferta, e não de um formato de agenda que certamente dá certo em qualquer contexto. Além disso, é importante que esse tipo de agenda seja construído com base em critérios (por exemplo, é possível estimar o número de consultas programadas para gestantes por semana, na agenda do médico e do enfermeiro). Da mesma forma, é possível, com o tempo, ir ajustando o número de consultas médicas que devem ser reservadas para a retaguarda do acolhimento. Não é aconselhável manter uma programação estanque de consultas segundo categorias ou grupos, pois estas podem variar a depender das outras ofertas de cuidado e de mudanças na situação epidemiológica. Reservar consultas para gestantes não necessariamente significa que, em determinado dia ou turno, apenas elas serão atendidas, independentemente da possibilidade de ida das gestantes no horário e da existência de vagas não preenchidas (isso pode burocratizar o serviço, além de diminuir o acesso).

O planejamento e organização da agenda são importantes, assim como também é necessário o esforço para diminuir o tempo de espera para atendimento individual, sendo necessário, para isso, avaliar constantemente a agenda. Quanto maior o tempo de espera, maior a chance de os usuários buscarem outros meios de resolver os seus problemas, e maiores costumam ser as taxas de absenteísmo dos pacientes agendados (agravando o acesso).

Sempre que possível, realizar o agendamento por hora marcada, nos diferentes formatos possíveis, é uma estratégia que possibilita, por um lado, a atenção em tempo oportuno à maior parte dos “casos agudos” que apresentam maior risco ou sofrimento e, por outro lado, auxilia na melhor distribuição do número de usuários na unidade ao longo do dia, evitando superlotação, desconforto e tensões.

Por fim, é importante considerar a necessidade de as equipes definirem indicadores que serão utilizados nos processos de autoavaliação e de educação permanente, a fim de redefinir o modo como as agendas estão organizadas. Outras questões serão encontradas para ajudar a realizar esses momentos. Mais diretamente relacionadas à gestão das agendas das equipes, seguem algumas sugestões de indicadores:

- Tempo médio de espera para agendamento/realização de consulta;
- Proporção entre as diferentes ofertas da agenda (% de pessoas de ações programáticas ou de agudos atendidos);
- Proporção de dias/turnos em que a quantidade de vagas para agudos é insuficiente e em que “estoura” a agenda da equipe;
- Proporção de faltosos às consultas agendadas não programáticas;
- Proporção de faltosos às consultas programáticas;
- Proporção de usuários que chegam atrasados às consultas com hora marcada.

Além dos indicadores, é também importante estar atento ao que chamamos de “analisadores”, definidos como situações ou acontecimentos que revelam coisas, e que podem aparecer espontaneamente ou ser produzidos ativamente. Seja como for, o que importa é que os analisadores indicam tensões e possibilidades de análise e intervenção, altamente necessárias a quem coloca para si o desafio da mudança do que está instituído.

### **Acolhimento em diferentes realidades e modalidades de atenção básica**

É importante reforçar que a maneira como se organizará a agenda e a modalidade adequada para se desenvolver o acolhimento em uma unidade precisa variar, de acordo com determinadas características locais, e sim como ofertas para reflexão e experimentação.

Entre os aspectos mais fortemente relacionados com a capacidade de uma equipe decidir sobre o modo de estruturar o acolhimento, encontra-se a quantidade de pessoas e a situação social da população subordinada à sua equipe. Isso se dá porque áreas que têm uma população que vive em situações de piores condições econômicas, com pouca



oferta de serviços públicos e de restritas áreas sociais de convivência, tendem a apresentar maior quantidade de doentes. Soma-se a isso os efeitos da intensa medicalização que tem levado a perdas de capacidade de autocuidado que as pessoas foram, durante gerações, desenvolvendo. Essas características levam a que a demanda espontânea nessas áreas seja, proporcionalmente, muito maior do que naquelas de melhores condições sociais e econômicas, onde, mesmo submetidas aos mesmos processos de medicalização da vida, as pessoas têm menos exposição a fatores agressores (alimentação inadequada, falta de saneamento básico, excesso de umidade nas residências etc.) e parte delas recorre a serviços e planos privados de saúde.

Sendo assim, boa alternativa é que os municípios desenvolvam estudos sobre o perfil de sua população, considerando dados de mortalidade, morbidade, condições sociais, violência, saneamento, redes de serviços públicos e privados, entre outros, para determinar estratificações entre as diferentes regiões. Esse estudo orientaria processos de cadastramento de população ou de remapeamento das unidades, a fim de que as equipes que estão acompanhando populações mais vulneráveis fiquem responsáveis por uma quantidade menor de pessoas do que equipes que atuam em situações mais bem avaliadas. Também, como a fixação de profissionais em áreas de maior risco tende a ser mais difícil, uma estratégia que pode ter bons resultados é ofertar benefícios para os profissionais que atuem nessas áreas, tais como gratificação financeira diferenciada, entre outros.

Além da quantidade e perfil da população, um elemento fundamental para se definir o modo como deve funcionar o acolhimento é a quantidade de equipes que atuam numa mesma unidade.

Entre as modelagens propostas para reflexão em seção anterior, há algumas delas que somente são possíveis em unidades em que há mais de uma equipe atuando, de preferência número entre três e quatro. Já outras modalidades são possíveis e permitem maior qualificação quando utilizadas em unidades de apenas uma equipe.

Além desses aspectos, devemos considerar, entretanto, que o debate sobre o acolhimento deve abranger todo o universo de serviços que constituem a atenção

básica, e não apenas os que se estruturaram de acordo com a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Há anos, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo a ESF como modalidade prioritária para a reorganização dos serviços de atenção básica em todo o Brasil. Entretanto, não obstante a necessidade de continuarmos a investir nessa proposta organizacional, não podemos desconsiderar que ainda há um grande contingente de serviços, distribuídos diferentemente em todo o território nacional, que não aderiu, ou que o fez parcialmente, ao desenho de equipe e de modo de funcionamento proposto pela Estratégia Saúde da Família.

Essas unidades, muitas vezes, permaneceram como unidades tradicionais, por já apresentarem profissionais concursados para atuar em jornadas de trabalho incompatíveis com o mínimo exigido nas equipes de Saúde da Família (eSF). Ou, mesmo, porque o município e sua população avaliaram que a maneira como os serviços tradicionalmente se organizou é adequada para a sua realidade local. Em certas ocasiões, mesmo o município querendo implementar uma ESF, não foi possível em determinadas localidades por problemas relacionados à falta de recursos ou de trabalhadores interessados.

O fato é que, mesmo nessas unidades que não integram as milhares de equipes de Saúde da Família existentes, é fundamental que se reflita sobre a maneira como se dá o acolhimento e como se organiza a atenção à demanda espontânea.

Mesmo antes do desenvolvimento da ESF, há registros de que já existiam unidades básicas tradicionais que trabalhavam na lógica do vínculo, da adscrição de clientela, da responsabilização e, também, do acolhimento. Sendo assim, não ter se tornado unidade de Saúde da Família não implica, necessariamente, que a unidade deve realizar atendimento de menor qualidade ou ser mero serviço com precárias condições de infraestrutura que opera na lógica de queixa-conduta.

Por exemplo, o registro dos atendimentos realizados em prontuário individual/familiar para permitir o melhor acompanhamento e a longitudinalidade do cuidado é não apenas factível, mas necessário, em qualquer Unidade Básica de Saúde, independentemente da modalidade de equipe que nela esteja implantada.



É preciso que os profissionais que atuam nesses serviços e seus gestores destinem a estes a mesma energia que direcionam para as unidades de Saúde da Família, no que se refere à promoção da reflexão sobre o seu processo de trabalho e à construção de estratégias coletivas de desenvolvimento da gestão do cuidado.

### **Ofertas de cuidado e desmedicalização**

Com alguma frequência, vê-se o acolhimento da demanda espontânea na atenção básica se reduzir a uma triagem para o atendimento médico. E, quando a consulta médica é a principal (ou única) oferta de cuidado de uma unidade, esse risco transforma-se praticamente numa certeza. Sendo assim, se um dos efeitos e condições do acolhimento da demanda espontânea é a ampliação da capacidade clínica e de cuidado da equipe, isso tem que ser objeto de traduções concretas no cotidiano da unidade de saúde. A ampliação da capacidade clínica da equipe deve ser perseguida não apenas para estratificar os riscos (o que é fundamental) ou para realizar intervenções imediatas, ou seja, não deve se limitar ao momento do acolhimento inicial nem a respostas do tipo queixa-conduta. É crucial passar da lógica procedimento-centrada à lógica usuário-centrada.

Por quê? Todos sabemos que, nos dias de hoje, o fenômeno da medicalização da vida aumenta.

Medicalização que se caracteriza pela transformação reducionista e interessada de problemas da vida social em problemas tipicamente médicos, muitas vezes com intervenções que se antecipam aos problemas – intervenções que inventam problemas para si (CAMARGO JR., 2005). Uso exagerado de medicamentos, hiper diagnósticos, utilização maciça de exames e procedimentos, cirurgias de efetividade duvidosa, obsessão pelo controle de riscos e pela definição de estilos de vida saudáveis.

A medicalização é fortemente influenciada por interesses da indústria de medicamentos, de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, de alimentos, pelas instituições formadoras e pelas corporações profissionais. E, embora o médico possa ser um importante agente de medicalização, os outros profissionais de saúde também podem atuar, em algum grau, nesse processo, ampliando o exercício profissional para



dimensões da vida até então relativamente livres desse tipo de intervenção. Como imaginar um grupo de caminhada depender da presença incondicional de um educador físico para acontecer, por exemplo?

E o que tem a ver acolhimento com medicalização? Ele pode ser uma forma de ampliação da medicalização via ampliação do acesso (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

Mas esse risco pode ser diminuído se o conjunto das práticas da unidade (mesmo as tipicamente curativas) estiver articulado e comprometido com a construção de maiores graus de autonomia dos usuários. Por isso é importante que a unidade tenha um “cardápio” diversificado de ofertas de cuidado, e que seja capaz de apoiar e acionar redes sociais significativas e redes de cuidado comunitárias.

Grupos variados, oficinas, práticas corporais e de autocuidado, atividades lúdicas e laborais etc. Não para ignorar a necessidade de conhecimentos científicos, medicações, exames, dieta, atividade física (isso seria ingênuo e até irresponsável). Esses recursos são fundamentais, porém insuficientes. Em suma, é preciso aumentar a resolutividade clínica e a capacidade de cuidado da atenção básica, tendo como norte a diminuição do sofrimento e da dependência dos usuários, a (re) construção de graus progressivos de autonomia, a capacidade dos usuários de gerir a própria vida (com apoio e suporte dos profissionais de saúde e das redes sociais). Não de forma abrupta e indiscriminada, mas considerando as singularidades dos sujeitos e coletivos. As ofertas de cuidado de uma unidade influenciam a demanda (FRANCO; BUENO; MERHY, 2004), “para o bem e para o mal”.

E o perfil da demanda também pode indicar, com o tempo e até certo ponto, as limitações e potencialidades dos modos por meio dos quais as equipes produzem cuidado.

Conforme vimos no capítulo anterior, para se realizar o acolhimento, é fundamental que as equipes de saúde reflitam sobre um conjunto de elementos que vão desde os saberes que subsidiam o atendimento individual em saúde até a maneira como interagem na organização do processo de trabalho em equipe.

Entretanto, o desafio de organizar adequadamente o acolhimento em uma unidade de saúde exige a agregação de novos sujeitos capazes de se envolver com a gestão do cuidado. No trabalho em saúde, a produção e o desenvolvimento da gestão do cuidado são aspectos indissociáveis e que demandam a integração de mais atores do que apenas os membros das equipes mínimas da Estratégia Saúde da Família.

Por exemplo, é dado que os profissionais de saúde bucal deverão ser envolvidos no acolhimento à demanda espontânea e às urgências odontológicas. Entretanto, para que o acolhimento às situações de saúde bucal possa ocorrer adequadamente, é fundamental que atuem, em conjunto, todos os profissionais da unidade, bem como os apoiadores e gestores, os trabalhadores que atuam na regulação e em outros serviços de saúde. Isso fica evidente quando, por exemplo, as necessidades que se apresentam na unidade de Saúde da Família demandam o encaminhamento a um serviço de referência odontológica (como Centros de Especialidades Odontológicas – CEO etc.).

Em outra perspectiva, não apenas trabalhadores de saúde, mas os próprios usuários precisam compreender o que significa o acolhimento e se envolver com ele, seja para promover sua qualificação, ou mesmo para que se evitem eventuais desentendimentos no cotidiano do serviço.

### **Apoio dos gestores às equipes de saúde**

O IGPP entende que a implementação de novas lógicas de acolhimento à demanda espontânea não pode acontecer por meio de ações puramente normativas, ela dificilmente ocorre espontaneamente, a não ser quando a força dos usuários é grande a esse ponto ou quando há muita sensibilidade e iniciativa nas equipes. O mais comum é haver a necessidade de provocação, de “convite” por parte dos gestores formais às equipes. Mas, além de provocar, de pautar o tema do acolhimento, frequentemente as equipes precisam de apoio externo, pois o acolhimento à demanda espontânea costuma desestabilizar a unidade, produzindo tensões entre os profissionais e destes com os usuários e outros serviços, gerando a necessidade de arranjos e dispositivos para dar conta da nova situação.

O IGPP ressalta que é muito importante para as equipes, ter pessoas externas de referência que atuam como apoiadores, facilitando a análise do processo de trabalho e a construção de novos modos de lidar com os problemas vividos, dando suporte aos trabalhadores para que estes possam cuidar melhor dos usuários e se constituir enquanto equipe.

Vejam algumas situações comuns nas quais o apoio da gestão (e/ou externo) pode facilitar esse processo:

- É importante pensar em modos de disparar, de provocar a implementação do acolhimento da demanda espontânea. Algumas ferramentas e estratégias podem ser úteis, como a discussão de um caso fictício na equipe (como o de Joana ou o do pequeno Vítor e sua mãe), a discussão de uma situação real (problemática) de acolhimento na unidade, a leitura de um texto, a exibição e discussão de um vídeo, entre outras. Quando a equipe (ou pelo menos parte dela) está ativada, mobilizada, quando faz sentido, fica mais fácil de se engajar nesse tipo de processo. É fundamental que o acolhimento faça diferença (no bom sentido) não só para os gestores, mas, sobretudo, para os usuários e trabalhadores. Obviamente, esse tipo de processo tende a produzir desconfortos, e é necessário tomar os incômodos e tensões como matéria-prima da gestão (sem sufocá-los ou negá-los), buscando fazer com que sejam conflitos produtivos (CECÍLIO, 2006);
- O acolhimento, principalmente nos momentos iniciais, tende a sobrecarregar os profissionais, até pelo fato de abrir as portas diante de uma demanda reprimida e de novas expectativas criadas. Conforme abordado anteriormente, um dos aportes necessários, nesse caso, é a incorporação da avaliação de risco e vulnerabilidade pela equipe, bem como a diversificação das ofertas, facilitando a garantia do acesso com equidade. Também é importante, nesse momento inicial, planejamento dinâmico e flexível das agendas;
- O incentivo à experimentação de diferentes modelagens (conforme abordado anteriormente) também é algo a ser considerado. Além disso, é fundamental que as equipes tenham momentos para discussão dos problemas e dificuldades, para redefinição de ações e responsabilidades, ou seja, espaços de gestão colegiada e

educação permanente nos quais os problemas do processo de trabalho possam ser pautados e abordados em tempos e com abordagens coerentes com a complexidade desse tipo de tema. Faz parte do trabalho (é essencial) ter tempo e espaço adequado para pensar sobre o que se faz e para construir e pactuar novas ações, novos arranjos. A gestão do processo de trabalho também é feita pela equipe, não apenas pelo gerente ou coordenador local;

- Se a população subordinada às equipes é muito maior do que a capacidade delas (por exemplo, 10 mil pessoas para duas equipes de Saúde da Família, numa área de alto risco e vulnerabilidade e com poucos equipamentos sociais), isso provavelmente vai dificultar a conciliação do acolhimento à demanda espontânea com as demais atividades (consultas programadas, grupos, visitas domiciliares, reuniões de equipe etc.). Nesses casos, são muito relevantes esforços como a redistribuição da clientela subordinada com outras equipes, implantação de novas equipes ou ampliação do número de profissionais delas, dimensionamento do número de famílias por equipe conforme grau de risco da área adstrita, entre outros;
- Para o acolhimento dos casos agudos, a existência de retaguarda médica é fundamental. No entanto, não é raro que os profissionais de enfermagem tenham que pedir para que os médicos atendam aos casos agudos. Mas há situações em que os médicos discordam da avaliação de que certos casos são agudos e de que requerem intervenção médica no dia. Isso coloca a necessidade de discutir/construir/pactuar critérios de risco, bem como de organizar a agenda dos profissionais de modo a contemplar agenda programada e casos agudos, por exemplo;
- Sobre tudo, é fundamental construir diálogos, pactos e fluxos com os serviços de retaguarda, sobretudo o SAMU e as unidades de pronto-atendimento e pronto-socorro. A cooperação e suporte entre gestores e trabalhadores dessas unidades facilitam a execução do papel que a atenção básica tem na atenção às urgências, seja assumindo integralmente as “pequenas urgências”, seja prestando atendimento inicial até a remoção dos pacientes. Problemas como grandes atrasos de ambulâncias (extrapolando com frequência o horário de trabalho dos profissionais da unidade básica), envio de pacientes sem referência ou resumo de alta, por exemplo, devem ser objeto de



discussão e pactuação entre trabalhadores e gestores. Em algumas realidades, a possibilidade de os profissionais da atenção básica atuarem, também, nos serviços de urgência facilita a cooperação e o fluxo dos usuários entre os serviços. Outra estratégia é a constituição de espaços de reunião regulares, envolvendo trabalhadores e gestores da atenção básica e dos serviços de urgência típicos, nos quais sejam discutidos casos reais (para além da queixa ou denúncia) e pactuados fluxos e responsabilidades entre serviços.

- Para essas e outras situações, a existência de “apoiadores institucionais” que deem suporte aos trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde é essencial, na medida em que isso possibilita a identificação e expressão de demandas e dificuldades/problemas das equipes, bem como a construção conjunta de soluções ou o oferecimento de saídas, de alternativas aos desafios enfrentados. A presença de um ator com esse papel (de apoiador) aumenta as chances de os trabalhadores colocarem o seu próprio trabalho em análise, qualificando-o no sentido da defesa da vida dos usuários.

### Diálogo com os usuários

Se o sentido do acolhimento da demanda espontânea é fortemente marcado pela perspectiva de incorporação de novas formas de escutar e receber os usuários, não basta conduzir esse processo entre os trabalhadores e gestores. Eis algumas razões:

- Se os usuários compreenderem os objetivos do acolhimento e, nas situações concretas, se sentirem de fato acolhidos, escutados, cuidados, isso pode facilitar o entendimento de outros e diminuir algumas tensões;
- É comum que usuários agendados fiquem irritados com o fato de alguns pacientes de demanda espontânea serem priorizados, assim como acontece de aqueles com risco baixo exigirem atendimento médico imediato. Essas situações evidenciam a necessidade de haver conversas entre trabalhadores e usuários sobre o modo de funcionamento da unidade, em diferentes ocasiões, tais como: nas consultas, na sala de espera, durante as visitas domiciliares, nas atividades coletivas comunitárias, nas reuniões dos conselhos locais de saúde, nos grupos. Acolher a irritação e ansiedade dos usuários, nesses casos (em vez de reagir), escutar o conteúdo expresso nesses ruídos e problematizá-los (sem



deslegitimar a manifestação deles) são atitudes que podem facilitar a construção de consensos e entendimentos a esse respeito;

- As conversas com os usuários e, sobretudo, as experiências de acolhimento vividas por eles podem facilitar a construção de vínculos com os trabalhadores, bem como ampliar a capacidade de autocuidado, na medida em que se veem capazes de reconhecer sua situação (fatores e sinais de risco e de proteção) e seguros quanto à possibilidade de serem acolhidos na unidade de saúde;
- Não podemos esquecer que, mesmo quando o acesso se dá de forma burocratizada, é relativamente comum a existência de fluxos “paralelos” e “privilégios” de acesso, por diferentes motivos. Os usuários que tinham acesso facilitado poderão sentir que estão menos “empoderados” ou que perderam espaço, apresentando resistência ao acolhimento. Devemos dialogar com todos os profissionais que atuam na unidade de saúde e com o conjunto dos usuários sobre as resistências ao acolhimento, seja para agregar pessoas inicialmente reticentes, para reconhecer limites no modo de implementar o acolhimento ou para se fortalecer a proposta diante da maioria que passa a ter um acesso mais democratizado e justo ao serviço.

Para operar nessa perspectiva, além de espaços formais de participação popular, tais como a implantação e constante interação com o conselho local de saúde, é muito importante que as equipes estejam atentas a outras maneiras não institucionalizadas de expressão popular, tais como as redes de apoio social, os movimentos reivindicatórios, as ouvidorias coletivas, as rádios comunitárias, entre outras (VALLA, 1999; LACERDA e cols., 2006).

Cabe lembrar, uma vez mais, que as experiências de acolhimento de fato vividas, sentidas ou percebidas pelos usuários são mais efetivas do que o discurso ou a argumentação racional, ainda que isso seja necessário. Se a existência do acolhimento for produtora de cuidado e inclusão para os usuários, com o tempo, provavelmente, eles irão defender mais esse dispositivo, aumentando suas chances de sustentabilidade e, conseqüentemente, a legitimidade da atenção básica.

## Trabalho em Equipe



A atenção à demanda espontânea faz parte das atribuições de todos os trabalhadores da Unidade Básica de Saúde. Por isso, é importante que os profissionais se reúnam com regularidade para tratar da organização e avaliação do processo de acolhimento e de atendimento à demanda espontânea. Nesse momento de reflexão é oportuno que a equipe defina a modelagem que a UBS vai utilizar para essa tarefa, quais instrumentos de trabalho vai utilizar e qual será o papel de cada profissional nas diversas etapas do cuidado.

O IGPP propõe o uso da classificação de risco e a avaliação de vulnerabilidade como ferramentas geradoras de equidade e de boa prática clínica, para isso é importante que a equipe discuta o papel de cada membro em relação a esses instrumentos, de forma que seja possível um ganho potencial das intervenções das diferentes categorias profissionais no cuidado à demanda espontânea.

Vale ressaltar que situações imprevistas são inerentes à vida e, nesse caso, requerem tanto certa organização da unidade e do processo de trabalho da equipe, quanto flexibilidade nessa organização e solidariedade entre os membros da equipe. Essas situações são enorme fonte de aprendizado e construção da equipe, no esforço de compreendê-las e aperfeiçoar a intervenção sobre elas.

É importante que a UBS conte com o apoio da comunidade, por meio dos conselhos locais, para adoção compartilhada dessas ferramentas e ainda trabalhe em parceria com os serviços de remoção e referência aos quais esteja vinculada, a fim de efetivar a rede de atenção à saúde dos usuários de sua área adstrita, consolidando seu papel de porta de entrada preferencial nesta rede.

### **O Papel da Primeira Escuta do Usuário no Processo de Estratificação e Classificação de Risco**

O IGPP acredita que o principal papel do profissional que faz a primeira escuta na classificação de risco é organizar o acesso dos usuários que buscam a unidade.

No primeiro contato e na primeira avaliação, os pacientes devem ser informados a respeito do processo de trabalho da equipe e do fluxo do cuidado do usuário na demanda espontânea. O profissional deve esclarecer a possibilidade de diferentes



tempos de espera e de manejo de cada caso, considerando o processo de avaliação de risco e vulnerabilidades.

Faz parte do processo de trabalho da equipe “na primeira escuta do usuário”:

- Avaliar a necessidade de cuidados imediatos.
- Prestar ou facilitar os primeiros cuidados.
- Identificar as vulnerabilidades individuais ou coletivas.
- Classificar o risco para definir as prioridades de cuidado.
- Organizar a disposição dos pacientes no serviço, de modo a acomodar os que necessitam de observação, ou administração de medicação, ou que estejam esperando remoção para outro serviço, ou que sejam suspeitos de portar doenças infectocontagiosas de transmissão aérea (meningite, por exemplo).
- Encaminhar o usuário para o cuidado de acordo com sua classificação.

Os profissionais da Equipe de Saúde Bucal (ESB) devem ser envolvidos no processo de primeira escuta não somente no que diz respeito ao núcleo da odontologia. Os demais profissionais da Atenção Básica, quando no espaço de escuta, devem estar atentos também às necessidades de saúde bucal do usuário e ter ciência tanto da classificação de risco das urgências odontológicas, quanto do fluxo de encaminhamento desse usuário para a equipe de retaguarda para necessidades odontológicas.

A partir daí, a ESB faz a escuta mais específica do usuário, discute seu plano terapêutico, faz os encaminhamentos, se necessário, para os serviços especializados e garante o acesso para a continuidade de seu cuidado na UBS. Enquanto parte essencial da Atenção Básica, a ESB compartilha ações de seu núcleo nas reuniões, avaliações e educação permanente da equipe.

As equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) deverão dar apoio matricial às equipes de atenção básica a que estão vinculadas, tanto na educação permanente de abordagem e no manejo dos casos, na consolidação de um processo de trabalho que acolha as demandas espontâneas, no cuidado das pessoas, como auxiliando na constituição da rede de atenção à saúde relacionada àquela unidade, apoiando a articulação com os serviços de referência, por exemplo, o Centro de Atenção Psicossocial (Caps).



Outras estratégias de apoio e educação permanente são fundamentais no aperfeiçoamento do acolhimento de uma UBS. Transformar as situações do cotidiano como fonte de demandas pedagógicas para as equipes ajuda a aumentar a resolutividade e é bastante mobilizador. Dentro da própria rede é possível encontrar pessoas dispostas a dividir seus conhecimentos, sejam para a abordagem clínica dos casos ou nos fluxos da rede.

### Agendamento

A agenda da UBS deverá ser organizada na perspectiva da atenção integral, adequando-se às necessidades de saúde identificadas no perfil epidemiológico local (demografia, raça/cor, doenças mais prevalentes no território). As mudanças apresentadas na gestão das agendas deverão ser incorporadas ao Sistema Integrado de Gestão Ambulatorial - SIGA, com o objetivo de unificar paulatinamente o processo de trabalho das UBS Integrais e o registro dos dados, considerando os diferentes sistemas de informações, incluindo a plena utilização do prontuário eletrônico.

Estruturação da agenda:

- Consulta agendada: são consultas que constituem ações programáticas individuais, direcionadas para as diferentes fases do ciclo de vida, ou para determinadas doenças e agravos, as quais necessitam de um acompanhamento contínuo.
- Consulta de Reserva técnica: fazem parte das ações de cuidado continuado. Serão utilizadas pelos hospitais para agendamento das puérperas e recém-nascidos (RN), para cuidado continuado.
- Consulta não agendada: atendimento imediato após o atendimento realizado no Acolhimento e segundo as definições das condições e situações analisadas e encaminhadas para a retaguarda imediata.

Como deve ser estruturada a agenda da UBS

- Definir o quantitativo de consulta de 1ª vez e retornos, que assegure o cuidado, de acordo com os protocolos vigentes e a realidade do território.



- Disponibilizar vagas para o pronto-atendimento nas UBS. Os casos emergenciais identificados pelo Acolhimento devem ter os atendimentos realizados em tempo oportuno, de acordo com a avaliação do caso.
- Disponibilizar vagas para a reserva técnica, com o objetivo de incluir e dar continuidade ao cuidado aos usuários egressos de outros pontos de atenção (Hospitais, Prontos-Socorros e Ambulatórios de Especialidades).
- O agendamento de consultas deverá ser diário, permanente, sem data de aberturas e fechamentos de agendas, não ultrapassando 90 dias até o efetivo atendimento.
- Os retornos agendados deverão ser a critério dos profissionais e das equipes, respeitando os protocolos preconizados para cada prioridade.
- Deverá ser definido um médico para dar retaguarda aos atendimentos da demanda espontânea.

Proposta de Organização (Flexibilizada de acordo com a realidade local):

4 consultas / hora, sendo:

- 2 a 3 consultas agendadas
- 1 a 2 demanda não agendada e reserva técnica

Observação: As vagas dos faltosos deverão obrigatoriamente serem preenchidas pela procura do dia.

IMPORTANTE: Sempre que possível, agendar exames de apoio diagnóstico no mesmo dia e local, para facilitar o acesso do cidadão e reduzir o absentismo. Casos que necessitem de regulação do acesso (justificativas técnicas para priorização), seguirão os fluxos pré-estabelecidos.

## Consultas

### - Consulta Médica

Compreende a anamnese, o exame físico e a elaboração de hipóteses ou conclusões diagnósticas, solicitação de exames complementares, quando necessários, e prescrição



terapêutica como ato médico completo e que pode ser concluído ou não em um único momento. (Resolução CFM Nº1958/2010).

#### - Consulta de Enfermagem

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) na saúde coletiva deve ser construída a partir da concepção das necessidades humanas, além do conceito das necessidades básicas, considerando-as como necessidades de saúde articuladas às necessidades sociais. Esse processo pressupõe, além do método como sequência de passos definidos para o alcance de um fim específico, o cuidado centrado na pessoa a partir de uma ação em que o entendimento é fundamental, caracterizando-se como uma ação comunicativa.

#### Agendamento da consulta de enfermagem:

- Para os enfermeiros da ESF orienta-se o atendimento de 3 consultas por hora num total de 8 horas semanais de consulta, conforme agenda.
- Para os enfermeiros das UBS Integral/Tradicional orienta-se o atendimento de 03 consultas por hora, num total de 10h semanais de consultas, conforme.
- A agenda dos enfermeiros das UBS deve contemplar o agendamento do pré-natal, puericultura, hipertensão, diabetes e tuberculose, segundo protocolos estabelecidos, tomando em consideração os dados epidemiológicos do território.

#### - Consulta Odontológica

- Deve ser garantido o atendimento universal, incluindo consultas programáticas e/ou de urgências/emergências a todas as faixas etárias.
- Assegurar, para as consultas programáticas, as seguintes proporções: 30% das vagas para usuários menores de 15 anos de idade e 70% para usuários de 15 e mais anos de idade, observando-se os critérios de risco para as doenças bucais.
- Todas as urgências/emergências odontológicas devem ser acolhidas e atendidas. A urgência/emergência odontológica deve ser avaliada pelo cirurgião-dentista da Unidade





e ser atendida da forma mais resolutiva possível, incluindo a realização de exodontias, pulpotomias, pulpectomias, dentre outros procedimentos resolutivos.

- O usuário, em hipótese alguma, deverá ser encaminhado para outros serviços. Depois do atendimento da urgência/emergência deve-se orientar o usuário sobre a data mais próxima da realização, na Unidade, da triagem para o tratamento programático.

**Ações intersetoriais / Procedimentos coletivos:** As ações intersetoriais, no âmbito da saúde bucal, consubstanciam os Procedimentos Coletivos realizados em pré-escolas, escolas de ensino fundamental e outros espaços sociais. Parâmetro:

- 1 CD + 1 ASB: 600 participantes/mês incluídos em ações educativas; 600 participantes/mês realizarão a escovação supervisionada; 222 participantes/mês, em média, serão submetidos à fluorterapia intensiva, segundo avaliação de risco para a cárie dentária.

### Atividades Coletivas

- Devem ser realizadas ações coletivas como grupos educativos, oficinas, vídeos e outros que são fundamentais para abordagem das questões de saúde coletiva, a fim de promover saúde ou de reduzir riscos à saúde.
- Recomenda-se que os grupos educativos sejam realizados conforme a proposta de agenda em anexo podendo contar com a participação de outros profissionais (assistentes sociais, psicólogos, educadores, cirurgiões-dentistas e equipe de saúde bucal).
- O médico deve realizar um grupo quinzenalmente, o técnico de enfermagem deve realizar 1 grupo semanal, o enfermeiro da ESF 2 grupos semanais, enfermeiro da UBS 1 grupo semanal e o ACS deve participar de 1 grupo por semana, conforme o planejamento da equipe.

### Procedimentos Médicos e de Enfermagem Realizados na UBS

#### - Vacinação

A sala de vacina deve ser mantida em funcionamento durante todo o expediente, aproveitando todas as oportunidades para o incentivo e atualização vacinal. O



arquivamento das fichas de registro de vacinas seguirá orientação da SUVIS e COVISA. Nas UBS com ESF, o arquivamento deve ser realizado por microárea, sempre que possível, facilitando o controle, segundo a SUVIS.

#### **- Inalação, Medicação e Curativo**

Os setores devem funcionar durante todo horário de funcionamento da Unidade, com garantia de atendimento às prescrições internas e externas.

#### **- Teste Imunológico de Gravidez**

Garantir o acesso universal ao teste, durante todo horário de funcionamento da Unidade.

#### **- Coleta de Papanicolau**

Garantir o acesso universal com aproveitamento de todas as oportunidades de realizar o exame.

#### **- Coleta de material para análises clínicas**

Realizar procedimentos segundo normas estabelecidas (coleta, preparo físico do paciente, condições de armazenamento e transporte do material), em dias e horários estabelecidos, à exceção, dos casos de maior gravidade e com necessidades especiais.

#### **- Aferição de Pressão Arterial**

Deve estar disponível durante o horário de funcionamento da Unidade e ser realizada, preferencialmente, seguindo indicação dos profissionais técnicos.

#### **- Verificação de Temperatura**

Deve ser realizada seguindo indicação dos profissionais técnicos e estar disponível durante o horário de funcionamento da Unidade.

#### **- Glicemia Capilar**



Deve ser realizada seguindo indicação dos profissionais técnicos, priorizando as situações de monitoramento e busca ativa.

#### **- Retirada de Pontos**

Deve ser realizada seguindo indicação dos profissionais técnicos e estar disponível durante o horário de funcionamento da Unidade.

#### **- Suturas (procedimento médico)**

As suturas simples, sem acometimento de planos profundos, devem ser realizadas na própria Unidade.

#### **- Lavagem de ouvido (procedimento médico)**

As lavagens de ouvido serão realizadas conforme avaliação médica

### **Comunicação**

- Toda unidade deve disponibilizar as seguintes informações, em local visível e de fácil acesso aos usuários, dentro de padrão estabelecido pela SMS.

1. Horário de atendimento;
2. Relação nominal dos trabalhadores com respectivo horário e escala de plantão;
3. Relação de serviços oferecidos;

- Placa de identificação externa sempre atualizada, em bom estado e em local visível;
- Manter a Pesquisa de Satisfação em local visível durante todo o funcionamento da unidade;
- Todos os setores internos da UBS devem ser identificados de acordo com sua atividade (sala de vacina, consultórios e outros) com o padrão definido pela SMS, não utilizar papeis colados na parede;
- Quando houver necessidade de pintura do prédio e manutenções que modifiquem o visual da unidade, deve ser seguido o padrão estabelecido pela SMS.
- Manter o quadro de materiais gráficos sempre completo, zelar para que não sejam inseridos conteúdos não encaminhados pela SMS;

- Sempre atualizar o quadro de responsável técnico médico e de enfermagem, conforme padrão estabelecido pela SMS;
- Todos os funcionários devem trajar uniforme completo de acordo com a estação.
- O uso do crachá padronizado da deverá ser utilizado em local visível é obrigatório para todos os funcionários;
- Zelar pela manutenção e adequação da unidade implementada pela SMS;
- Presença de veículos de mídia e imprensa devem ser reportadas o mais prontamente possível para a supervisão da unidade.
- Não fornecer qualquer tipo de informação ou atendimento sem autorização da supervisão da unidade.

### **Ações em Promoção à Saúde**

#### **Saúde do Adulto / Idoso**

As ações em promoção à saúde do adulto / idoso envolvem as seguintes atividades:

1. Controlar a pressão arterial;
2. Orientar sobre dietas especiais e alternativas, práticas de esportes, trabalho e atividades da vida diária que afetam a saúde;
3. Orientar sobre a prevenção de doenças cardiovasculares – dieta, exercícios físicos e uso do cigarro e das bebidas alcoólicas;
4. Orientar sobre agentes externos causadores de doenças, como: alcoolismo, toxicomanias, tabagismo, poluição etc.;
5. Orientar sobre a prevenção do câncer;
6. Orientar o idoso sobre limpeza e curativo de feridas, hidratação cuidados com os pés, alimentação, higiene corporal, atividade física etc.
7. Orientar sobre a prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis;
8. Orientar as famílias para o cuidado e apoio aos pacientes crônicos e às pessoas idosas;
9. Organizar e supervisionar grupos de pacientes: hipertensos, diabéticos, gestantes, jovens (planejamento familiar, DST/AIDS), doentes mentais etc.;
10. Promover o bem-estar físico e psíquico da população com mais de 60 anos, incentivando sua permanência na comunidade.



### Saúde da Mulher

As ações voltadas para a saúde da mulher envolvem:

1. Diminuir a morbimortalidade feminina por causas preveníveis e controláveis;
2. Melhorar a qualidade de atendimento à mulher em todas as faces do seu ciclo vital;
3. Detecção precoce das patologias sistêmicas do aparelho reprodutivo e DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis), assegurando o tratamento;
4. Orientação sobre planejamento familiar para a escolha e uso do método contraceptivo adequado;
5. Fazer o acompanhamento pré-natal de todas as gestantes (mínimo de 06 consultas durante a gestação), intensificando o número de visitas dos casos de alto risco. Fazer o cartão da gestante;
6. Prevenir o Tétano neonatal e a difteria, vacinando a gestante com vacina dupla tipo adulto;
7. Criar grupos de gestantes, para debater Práticas de Educação em Saúde;
8. Discutir sobre a sexualidade e relacionamento do casal na gravidez;
9. Estimular aleitamento materno;
10. Cuidado com o recém-nascido, acompanhamento e desenvolvimento;
11. Diminuir a mortalidade perinatal com o cuidado à gestante, de risco;
12. Fazer a prevenção do câncer do colo do útero e da mama;
13. Orientar a mulher na sua fase climatérica.

### Saúde da Criança

1. Reduzir a morbimortalidade nas crianças;
2. Promover a assistência ao recém-nascido, o aleitamento materno e a orientação alimentar adequada para a idade;
3. Promover acompanhamento do desenvolvimento físico e psíquico da criança, como ação eixo da assistência;
4. Imunizar todas as crianças, conforme esquema estadual, supervisionando o seu crescimento;



5. Orientar sobre a prevenção de verminoses;
6. Promover atividades de educação para a saúde, com ênfase na participação da família na assistência à criança, na prevenção de acidentes e das doenças mais frequentes.

### Saúde do Adolescente

1. Promover a saúde integral do adolescente, favorecendo o processo geral do seu crescimento e desenvolvimento, buscando reduzir morbimortalidade e os desajustes individuais e sociais;

Planejar e elaborar com os diferentes setores um plano estratégico de ações específicas para adolescentes, voltados à saúde reprodutiva e saúde materna infantil.

### Organização da Saúde Bucal

A Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

A Equipe de Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família representa a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

O processo de trabalho das ESB fundamenta-se nos princípios da universalidade, equidade, integralidade da atenção, trabalho em equipe e interdisciplinar, foco de



atuação centrado no território-família-comunidade, humanização da atenção, responsabilização e vínculo.

Existem três tipos de ESB:

|                       |                                                                                                                                                                   |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Modalidade I</b>   | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Cirurgião-Dentista</li><li>▪ Auxiliar em Saúde Bucal ou Técnico em Saúde Bucal</li></ul>                                  |
| <b>Modalidade II</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Cirurgião-Dentista</li><li>▪ Auxiliar em Saúde Bucal ou Técnico em Saúde Bucal</li><li>▪ Técnico em Saúde Bucal</li></ul> |
| <b>Modalidade III</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Unidade Odontológica Móvel</li></ul>                                                                                      |

**Ações das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família:**

- Ações de promoção e proteção de saúde;
- Ações de recuperação;
- Prevenção e controle de câncer bucal;
- Incremento da resolução da urgência;
- Inclusão de procedimentos mais complexos na Atenção Básica;
- Inclusão da reabilitação protética na Atenção Básica.

**Atribuições dos dentistas responsáveis pelas ações de promoção de saúde:**

- Realizar acolhimento a livre demanda,
- Participar dos grupos já existentes na unidade,
- Realizar as consultas de revisão/manutenção fora da cadeira,
- Realizar selamento de cavidades (TRA),
- Realizar e/ou supervisionar (THD) a terapia periodontal básica,
- Responsabilizar-se pela atenção e cuidado do paciente internado na unidade,
- Realizar busca ativa de lesões na cavidade bucal.

**Operacionalização:**

O acolhimento da saúde bucal deve estar em consonância com a porta de entrada da Unidade, respeitando os princípios da estratégia HumanizaSUS e deve dispor de 40



horas/semana/unidade distribuídas entre os profissionais da equipe de Saúde Bucal, a fim de garantir horários diários para o acolhimento permanente na Unidade.

a) Com a demanda espontânea

1) Prioritariamente deve ser reservado um horário diário no início do dia para receber os usuários que procuram atendimento, com o objetivo de:

- Orientar sobre a organização da atenção em saúde bucal da unidade em suas várias frentes (acolhimento, atenção clínica, especialidades, dentes cola);
- Colher e identificar os motivos individuais da procura pelo setor;
- Focar as orientações do cuidado com base no perfil do grupo (quanto às doenças bucais prevalentes, a idade, ao nível de escolaridade etc.);
- Realizar busca ativa de lesões da cavidade bucal;
- Apresentar as possibilidades da agenda para o grupo e discutir as prioridades de inclusão.

2) Planejar uma agenda para resolução rápida de eventos prioritários dos grupos de acolhimento, visando a resolutividade dos seguintes casos:

- Pronto atendimento (dor, abscesso agudo, traumas dentários e lesões): incluir na agenda do dia;
- Encaminhamento imediato de lesões suspeitas de malignidade, por guia de referência para o estomatologista de referência;
- Constituir grupos para acompanhamento de casos em que ações de prevenção e procedimentos individuais de baixa complexidade (terapia periodontal básica e selamento de cavidades-TRA) sejam resolutivos.
- Casos clínicos que exigem no máximo duas consultas para a alta: incluir na agenda do atendimento individual, associado ao cuidado coletivo.

b) Com os Programas (ação Inter programática/ ciclos de vida)

- Apresentação da estratégia de acolhimento da saúde bucal na Unidade de Saúde (direção e todas as chefias de serviço);



- Identificar na Unidade os grupos e/ou programas em funcionamento, dias e horários, e construir uma agenda compartilhada de cuidado;
- Desenvolver ações para o (re)equilíbrio dos fatores de proteção (controle de placa, fluorterapia, avaliação para detecção de lesões suspeitas de câncer bucal, ajustes de próteses mal adaptadas, criação de agenda para resolução rápida de eventos prioritários – exodontias, terapia periodontal básica e selamento cavidades com ionômero).

**Nota:** no PSF o acolhimento e a porta de entrada poderão ser realizados de duas maneiras: de acordo com as prioridades definidas pela equipe de saúde da família num trabalho conjunto para garantir a integralidade de atenção para as famílias mais vulneráveis; e da livre demanda que deverá ser acolhida num protocolo semelhante da atenção básica convencional.

#### **Ações clínicas individuais:**

As ações clínicas individuais se destinam aos usuários oriundos do acolhimento tem prioridade de inclusão.

São eles: sistemicamente comprometidos, alto risco para as doenças bucais, socialmente vulneráveis.

#### **a) Protocolo de atendimento clínico**

§ 1ª consulta: reforço da técnica de higienização, diagnóstico com preenchimento da ficha clínica e confecção do plano de tratamento – com o objetivo de otimizar o tempo de permanência do paciente no serviço (a duração da hora clínica está na relação dos procedimentos planejados por hemi-arcada)- e, raspagem supra gengival.

§ Da 2ª a 5ª consulta:

- Adultos: reforço da técnica de higienização a cada consulta, realização da terapêutica de tratamento por hemi-arcada onde serão realizadas: exodontias, selamentos de cavidades abertas (dentes posteriores: ionômero de vidro com a técnica do TRA-MODIFICADO e nas anteriores restaurações com resinas foto polimerizáveis);

- Crianças e adolescentes: reforço da técnica de higienização a cada consulta, realização dos procedimentos cirúrgicos-restauradores preferencialmente por hemi-arcada com a utilização de materiais restauradores convencionais. Priorizar restaurações com ionômero de vidro nos dentes decíduos

§ Revisão após alta: As revisões devem ser realizadas fora do equipamento odontológico, preferencialmente no escovário (exceção ao paciente com comprometimento periodontal). No momento da alta o paciente deve ser avaliado e terá duas possibilidades de retorno: revisão de baixo risco (12 meses) e de médio e alto risco (3 a 6 meses).

#### 1) Revisão de baixo risco (12 meses)

População alvo: Paciente de baixo risco à doença cárie e periodontal. Características: bom controle dos fatores de agressão (dieta, placa), ausência de lesão de Mancha Branca Ativa.

**Obs.:** para crianças em fase de troca de dentição, mas com a saúde bucal equilibrada, pode-se flexibilizar o tempo de alta para nova revisão, marcando de acordo com a previsão de erupção dos dentes permanentes posteriores.

#### Operacionalização:

Solicitar que o paciente retorne no mês previsto para que seja feito agendamento em um grupo de revisão. Após a revisão, o paciente pode:

- a) ter nova alta por 12 meses (com ou sem retornos para fluorterapia);
- b) ser agendado no atendimento individual: se houver necessidade de procedimentos cirúrgicos-restauradores e/ou de periodontia.

#### Revisão de médio e alto risco (6 e 3 meses)

População alvo: Paciente com risco elevado ao desenvolvimento de doenças bucais. Características: presença de fatores de agressão, pouca ou nenhuma mudança dos

hábitos durante o tratamento, (e/ou) histórico de alta atividade de cárie, (e/ou) presença de lesões em fase de cicatrização (MBA), (e/ou) histórico de presença de bolsas periodontais, com tratamento cirúrgico restaurador concluído.

#### **Operacionalização:**

Agendar a revisão e a manutenção do tratamento em grupo, havendo flexibilidade para a data da inclusão – quanto maior o risco, mais rápido deve ser o agendamento.

**Nota:** nas Unidades de Saúde da Família, os critérios de revisão poderão ser alterados face o trabalho de manutenção domiciliar realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde.

#### **Importante:**

- a) O paciente deverá ser informado que poderá recorrer a unidade em qualquer tempo se alguma necessidade aparecer (fratura de restauração, dor etc.);
- b) Os pacientes portadores de lesões estomatológicas deverão ser encaminhados imediatamente (prioridade máxima) para os estomatologistas da rede dos CEOs;
- c) Os pacientes com necessidade de atendimento especializado (endodontia, periodontia especializada, cirurgia-oral menor, ortodontia preventiva e interceptativa) somente serão encaminhados para as centrais de regulação dos CEOs (Centros de Especialidades Odontológicas) após o término do tratamento na rede básica, sendo depois contra referenciados para a unidade básica para sua alta definitiva;
- d) Pacientes comprometidos sistemicamente, quando necessário, deverão ter plano de tratamento discutido interdisciplinarmente de forma a equilibrar os pacientes para realização dos procedimentos;
- e) O atendimento de crianças com alta atividade de doença cárie deve prever a inclusão imediata de pelo menos um responsável nas ações de controle e equilíbrio de saúde bucal.



**Nota:** As ações de pronto-atendimento deverão ser acolhidas e realizadas nas Unidades de Saúde da Família, dentro dos limites de sua complexidade.

## ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

### Processo Organizacional da Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Um ponto importante é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – eSF) composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

#### a) Território subordinado (Territorialização)

A territorialização pressupõe o diagnóstico das características sociais, demográficas e epidemiológicas e deve impactar, de forma favorável, as condições de saúde da população subordinada.

Nesse contexto, a territorialização em saúde se coloca como uma metodologia capaz de operar mudanças no modelo assistencial e nas práticas sanitárias vigentes, desenhando novas configurações *loco regional*, a partir do reconhecimento e esquadramento do território, segundo a lógica das relações entre ambiente, condições de vida, situação de saúde e acesso as ações e serviços de saúde (TEIXEIRA et al., 1998).



O reconhecimento do território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Além disso, permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população, mediante práticas de saúde orientadas por categorias de análise de cunho geográfico (MONKEN, BARCELLOS, 2005). Alguns dos pilares de uma noção de territorialização mais abrangente seriam, então, a valorização:

- da experiência cotidiana das populações locais;
- dos usuários do sistema;
- dos profissionais de saúde formados na própria comunidade, nesse caso, os ACSs.

Precisa-se, portanto, cuidar do território, da saúde do município, além da saúde das pessoas, e, para que isso aconteça, exige-se que as pessoas que lá vivem participem da definição dos problemas prioritários e de sua resolução, incluindo aqui, também, o reconhecimento das suas potencialidades. E a partir do fortalecimento da solidariedade local que se podem pensar as intervenções tomando a população como sujeita, inserindo-a nos processos, estimulando o compartilhamento de decisões e a responsabilidade cidadã.

É preconizada a atuação de vigilância em saúde sobre os ambientes comunitários, de reprodução social, pois estes determinam os problemas e as necessidades sociais de saúde. A unidade espacial, que é a base territorial do sistema de saúde, é este território, que corresponde à área de abrangência de cada unidade básica de saúde. Neste processo de delimitação de áreas, são identificados os seguintes territórios:

- TERRITÓRIO-DISTRITO – delimitação político-administrativa usada para organização do sistema de atenção;
- TERRITÓRIO-ÁREA – delimitação da área de abrangência de uma unidade de saúde, a área de atuação de equipes de saúde;
- TERRITÓRIO-MICROÁREA – área de atuação do agente comunitário de saúde (ACS), delimitada com a lógica da homogeneidade socioeconômica-sanitária;
- TERRITÓRIO-MORADIA – lugar de residência da família.

Como se observa no quadro abaixo, cada um desses territórios constitui um objeto de ação diferenciado e se sustenta em campos de conhecimento distintos. A lógica de existência destes recortes diz respeito ao próprio objetivo de atuação: as práticas de saúde.

| Território         | Lógica de existência                                                                                              | Extensão territorial                                                                                   | Objeto de Ação                                                                      | Delimitação Territorial / Fronteiras     |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Distrito Sanitário | - caráter político - administrativo - assistencial                                                                | - município; subprefeituras; regiões administrativas; bairros; consórcio de municípios;                | Técnico - administrativo assistencial                                               | - Físico - jurídicas                     |
| Área               | - Abrangência geográfica de Unidades de Saúde - caráter administrativo - assistencial                             | - Entorno delimitado pelos fluxos de trabalhadores da saúde e da população; e pelas barreiras físicas; | - Organização básica da prática de assistência à demanda;                           | - Físico - jurídicas;                    |
| Microárea          | - Homogeneidade socioeconômica - ambiental e sanitária - cultural - caráter socioeconômico - cultural - ambiental | - Áreas com relativa homogeneidade de condições de vida e situação de saúde;                           | - Contexto de vulnerabilidade em saúde - para a intervenção da Vigilância em Saúde; | - Condições de vida e situação de saúde; |
| Moradia            | - Família nuclear ou extensiva;                                                                                   | - Domicílio; Habitação; Condomínios;                                                                   | - Vigilância em saúde: hábitos sanitários e cidadania                               | - Físico / jurídicas;                    |

## Mapeamento

O mapeamento e o conhecimento sobre a sua área, um retrato de sua microárea vista de cima que, ao ser observado, mostra com clareza os locais onde se encontram os principais problemas de saúde e do meio ambiente.

Ao desenhar o mapa, você representa, no papel, o que existe na microárea: ruas, casas, prefeitura, escolas, serviços de saúde, feira, comércio, igrejas, correio, posto policial, rios, pontes, córregos e outras coisas importantes.

A partir do reconhecimento da área através da confecção do mapa e do estudo da área, é possível desenhar a cobertura de assistência necessária para o território.

Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2012).

A análise territorial implica uma coleta sistemática de dados que vão informar sobre situações-problema naquela população e naquele território, indicando suas inter-relações espaciais. Possibilita, ainda, identificar vulnerabilidades, populações expostas e a seleção de problemas prioritários para as intervenções. Isto permite a escolha de



ações mais adequadas, apontando estratégias e atores que foram identificados no processo de pesquisa, que melhor as operacionalizem, e viabiliza o uso da epidemiologia como ferramenta poderosa para o planejamento por intermédio da microlocalização dos problemas de saúde.

Os mapas de saúde permitem, entre outras funções, a comparação de taxas de incidência ou mortalidade em diferentes lugares, gerando hipóteses sobre causas. Além disso, os padrões espaciais de distribuição de determinado agravo são indicadores da maneira como cada território está estruturado demográfica, social e ambientalmente. Os fluxos de pacientes, do local de residência ao local de atendimento, podem ser visualizados por meio de mapas. Também fontes de contaminação ambiental podem ser detectadas pela concentração de agravos relacionados ao problema em torno do foco. Além disso, os mapas permitem localizar grupos populacionais segundo suas vulnerabilidades, contribuindo na orientação de medidas preventivas.

Por fim, a análise social no território deve ser construída de forma a contribuir na identificação de informações, para a operacionalizar as tomadas de decisão e para a definição de estratégias de ação nas “diferentes dimensões do processo de saúde-doença”, ou seja, em termos das necessidades sociais; nos grupos de risco; na situação de exposição; nos danos e óbitos; sequelas; e nas doenças e agravos. Estas dimensões não estão separadas, e sim relacionadas, e muitas vezes são causas, efeitos ou condições que direcionam para situações-problema com contextos muito particulares, dada a diversidade de uso do território pelos atores sociais.

### **Cadastramento**

O cadastramento, praticamente delegado exclusivamente ao ACS, é realizado mediante o preenchimento de fichas padronizadas que ajudam na definição precisa do território. Esse cadastro está organizado nas dimensões domiciliar e individual.

O cadastro é o primeiro passo para o conhecimento da realidade das famílias residentes na área de adstrição de sua responsabilidade. É importante que a equipe tenha em mente que esse é um momento importante para o estabelecimento de vínculo entre a

equipe de ESF e as famílias. A meta sempre será de 100% das famílias de sua área de responsabilidade cadastradas.

### **Sistema de Informação da Atenção Básica**

O e-SUS é uma das estratégias do Ministério da Saúde para desenvolver, reestruturar e garantir a integração dos Sistemas de Informações em Saúde, de modo a permitir um registro da situação de saúde individualizado por meio do Cartão Nacional de Saúde. O cadastro era gerido pelo SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) que foi substituído pelo novo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) que moderniza a plataforma tecnológica, por meio do software e-SUS AB (BRASIL, 2013). Esse é composto pelo Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS-AB) e seus instrumentos de coleta de dados e pelo sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC-AB), atendendo a diversos cenários de informatização e conectividade.

Outro avanço do SISAB é contemplar o registro das informações produzidas pelas seguintes equipes: Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Consultório na Rua (CnR), Atenção Domiciliar (AD), polos de Academia da Saúde, assim como as ações das equipes participantes do Programa Saúde na Escola (PSE) (BRASIL, 2013).

O sistema de Cadastramento Domiciliar Simplificado utiliza sete fichas para o registro das informações, as quais estão divididas em três blocos: Cadastro da AB, Fichas de Atendimento de Nível Superior e Ficha de Atendimento de Nível Médio e outros.

### **Acesso e vínculo**

Na perspectiva de se garantir acesso aos usuários e aos serviços de saúde, o Ministério da Saúde preconiza o Acolhimento à demanda espontânea nas unidades como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso, dispositivo de reorganização do processo de trabalho da equipe em função das reais necessidades do seu território, além de promover a vinculação e responsabilização das equipes para com seus usuários. O Acolhimento permite conhecer a população que está demandando serviços de saúde, sendo subsídio para a construção das agendas das equipes enquanto dispositivos que

organizam e orientam o trabalho coletivo cotidiano em função das necessidades e prioridades de saúde da população (BRASIL, 2012).

Todos os profissionais têm por atribuição participar do acolhimento desde que se garanta a escuta qualificada das necessidades de saúde com uma primeira avaliação, observando o risco e vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos dos usuários que procurem a unidade de saúde.

O Acolhimento à demanda espontânea pode ocorrer de diversas formas, são alguns exemplos de modalidades de Acolhimento:

- Acolhimento pela equipe de referência do usuário;
- Equipe de acolhimento do dia;
- Acolhimento misto (equipe de referência do usuário + equipe de Acolhimento do dia);
- Acolhimento coletivo;

O principal papel do profissional no momento do Acolhimento, ou seja, “na primeira escuta do usuário”, e organizar a demanda de acordo com a necessidade individual e a equipe deve estar atenta a:

- Avaliar a necessidade de cuidados imediatos;
- Prestar ou facilitar os primeiros cuidados;
- Identificar as vulnerabilidades individuais ou coletivas;
- Classificar o risco para definir as prioridades de cuidado;
- Organizar a disposição dos pacientes no serviço, de modo a acomodar os que necessitam de observação, administração de medicação, espera de remoção para outro serviço ou que sejam suspeitos de portar doenças infectocontagiosas de transmissão aérea;
- Encaminhar o usuário para o cuidado de acordo com sua classificação.

Os ACS, sob a supervisão e orientação dos enfermeiros de suas respectivas equipes, promoverão o mapeamento das áreas sob sua responsabilidade (microárea), cadastrando as famílias ali residentes, identificando os pontos de potencial risco epidemiológico e sanitário, identificação de lideranças locais e outros aspectos que lhe garantam a apropriação do território sob seu controle.



As equipes são responsáveis pelo acompanhamento de uma população adscrita, localizada em uma área delimitada, através de ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes.

Concluída a territorialização e mapeamento passa-se ao trabalho de acompanhamento das famílias cobertas pela Estratégia Saúde da Família.

A produção mínima de procedimentos por equipe de Saúde da Família respeitará a linha de base para territorialização.

Estas visitas acontecerão de forma regular e em situações de normalidade. Outras visitas serão realizadas sempre que o caso exigir, conforme protocolo desenvolvido pela Instituição.

As consultas atendem o escopo da estratégia e são destinadas a toda a família, sem distinção de qualquer espécie.

Ainda em relação ao atendimento médico, alguns períodos da semana serão inicialmente destinados às visitas domiciliares.

Outro aspecto importante para o bom funcionamento das equipes de saúde da família é a integração de seus componentes. Para isso, propomos que em um período por semana toda a equipe estará reunida para a discussão dos casos havidos naquela semana, buscando soluções e fazendo circular a informação entre a equipe.

Além dessa reunião geral, o enfermeiro responsável pela equipe reunir-se-á diariamente com os ACS, no início e no final do dia.

As equipes das unidades de saúde têm ainda como meta a criação de grupos de patologias para enfrentamento das situações de risco e promoção de ações para a melhoria da qualidade de vida.

### **Atuação dos Profissionais que compõem A ESF**

(Conforme disposto na Portaria GM/MS 2.488/2011)

#### **1- SÃO ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS:**

I - Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

II - Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

III - realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

IV - Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

V - Garantir da atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;

VI - Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VIII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

IX - Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;

X - Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

- XI - acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;
  - XII - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;
  - XIII - realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
  - XIV - realizar ações de educação em saúde a população subordinada, conforme planejamento da equipe;
  - XV - Participar das atividades de educação permanente;
  - XVI - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
  - XVII - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e
  - XVIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.
  - XIX - realizar ações e atividades de educação sobre o manejo ambiental, incluindo ações de combate a vetores, especialmente em casos de surtos e epidemias;
  - XX - Orientar a população de maneira geral e a comunidade em específico sobre sintomas, riscos e agente transmissor de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;
  - XXI - mobilizar a comunidade para desenvolver medidas de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;
  - XXII - discutir e planejar de modo articulado e integrado com as equipes de vigilância ações de controle vetorial; e
  - XXIII - encaminhar os casos identificados como de risco epidemiológico e ambiental para as equipes de endemias quando não for possível ação sobre o controle de vetores.
- Outras atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica poderão constar de normatização do município, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.

## 2- SÃO ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS

Do enfermeiro:

- I- Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- II- Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;
- III- realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- IV- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;
- V- Contribuir, participar, e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e
- VI - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem:

- I- Participar das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);
- II- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- III - realizar ações de educação em saúde a população subordinada, conforme planejamento da equipe;
- IV -Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; e
- V- Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.





Do Médico:

- I- Realizar atenção à saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade;
- II- Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);
- III- realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- IV - Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário;
- V - Indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;
- VI- Contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe; e
- VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USB.

Do Agente Comunitário de Saúde:

- I- Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- II- Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- III- orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- IV- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- V - Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês;



VI-Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

VII- desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, como por exemplo, combate à Dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e

VIII - estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe.

IX- Ocorrendo situação de surtos e epidemias, executar em conjunto com o agente de endemias ações de controle de doenças, utilizando as medidas de controle adequadas, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores, de acordo com decisão da gestão municipal.

É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

Do Cirurgião-Dentista:

I - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

II - Realizar a atenção a saúde em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade;

- III - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares;
- IV- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- V - Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- VI - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- VII - realizar supervisão técnica do Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB); e
- VIII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Do Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

- I- Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
- II- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- III - executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- IV- Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas;
- V- Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- VI - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- VII - aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- VIII- processar filme radiográfico;
- IX- Selecionar moldeiras;
- X- Preparar modelos em gesso;

XI- manipular materiais de uso odontológico; e

X - Participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador.

Além das atribuições legais dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal, o IGPP propõe outras atribuições/atuações destes profissionais.

Estas competências são sugestões do IGPP que antes de sua efetiva implantação serão discutidas com a equipe técnica da Secretaria Municipal para sua eventual adequação e implantação.

### **Visita domiciliar**

A visita domiciliar é a atividade mais importante do processo de trabalho das equipes de SF, destacando o serviço do ACS. Ao entrar na casa de uma família, a equipe não adentra somente no espaço físico, mas em tudo o que esse espaço representa. Nessa casa vive uma família, com seus códigos de sobrevivência, suas crenças, sua cultura e sua própria história (BRASIL, 2009).

Para ser bem-feita, a visita domiciliar deve ser planejada. Ao planejar, utiliza-se melhor o tempo e respeita-se, também, o tempo das pessoas visitadas. Para auxiliar no dia a dia do seu trabalho, é importante que o profissional tenha um roteiro de visita domiciliar, o que vai ajudar muito no acompanhamento das famílias da sua área de trabalho.

Também é recomendável definir o tempo de duração da visita, devendo ser adaptada a realidade do momento. A pessoa a ser visitada deve ser informada do motivo e da importância da visita (BRASIL, 2009).

Após a realização da visita, faz-se importante verificar se o objetivo dela foi alcançado e se foram dadas e colhidas às informações necessárias. Toda visita deve ser realizada tendo como base o planejamento da equipe, pautado na identificação das necessidades de cada família. Pode ser que seja identificada uma situação de risco e isso demandará a realização de outras visitas com maior frequência (BRASIL, 2009).

### **Reunião de equipe**



Para obter melhor impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença, é importante que as ações da ESF tenham por base uma equipe formada por profissionais de diferentes áreas que estejam integrados e sejam capazes de desenvolver Projetos Terapêuticos Singulares em conjunto para cada paciente e/ou família.

O IGPP acredita que por meio das reuniões com todos os membros da equipe, e possível conhecer e analisar o trabalho, verificando as atribuições específicas e do grupo, na unidade, no domicílio e na comunidade; compartilhando conhecimentos e informações para o desenvolvimento do trabalho em equipe; participação na formação e no treinamento de pessoal auxiliar, voluntários e estagiários de outros serviços, preparando-os para identificar os principais problemas biológicos, mentais e sociais da comunidade. Sendo atribuição comum de todos os componentes da ESF organizar e participar de reuniões de equipe, de forma periódica, a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir dos dados disponíveis.

### **Consulta de Enfermagem**

O Processo de Enfermagem (PE) possibilita ao enfermeiro aplicar os conhecimentos técnico-científicos e uma teoria de enfermagem. Possui como objetivo embasar a ação deste profissional favorecendo o cuidado e a organização das condições necessária para que ele seja realizado (FIGUEIREDO et al., 2006).

Segundo Nóbrega e Garcia (2005), o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) busca a universalização da linguagem de enfermagem para evidenciar os elementos de sua prática. Esses elementos são: o que os exercentes da enfermagem fazem (intervenções de enfermagem), tendo como base o julgamento sobre fenômenos humanos específicos (diagnóstico de enfermagem), para alcançar resultados esperados (resultados de enfermagem).

A enfermagem conta com alguns sistemas de classificação que possibilitam o cuidado em uma linguagem uniforme e cujo desenvolvimento está relacionado a alguma fase do processo de enfermagem. Os mais conhecidos são: classificação de diagnósticos de enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I),



que passou a incorporar o termo internacional em 2002; classificação de intervenções de enfermagem - Nursing Interventions Classification (NIC); classificação de resultados de enfermagem - Nursing Outcomes Classification (NOC); Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) (NÓBREGA; GARCIA, 2005).

A partir dos anos 70 os diagnósticos de enfermagem começaram a ser classificados em uma linguagem padronizada, por meio da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Esta classificação diagnóstica evoluiu de lista alfabética para um sistema taxonômico, que permanece em constante desenvolvimento.

De acordo com São João da Boa Vista e Cubas (2012), outra classificação que vem sendo utilizada mundialmente e que faz parte da Família de Classificações da Organização Mundial de Saúde, foi proposta pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE). Trata-se da Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem (CIPE®), cuja primeira versão foi publicada em 1996.

Em 2011, foi lançada sua sexta versão, denominada de CIPE® 2011, em vários idiomas, inclusive português. Diante da evolução histórica ocorrida no sistema de saúde brasileiro, principalmente em decorrência da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e de suas estratégias de mudança do modelo assistencial, o enfermeiro, como profissional, insere-se em uma equipe multidisciplinar e busca a orientação de suas ações por meio de metodologias com potencial para um desempenho de suas funções de maneira competente, científica e que torne sua prática visível.

Dentre elas está o uso de terminologias para definir a prática de enfermagem no contexto da Atenção Primária em Saúde. Com o intuito de dar sua contribuição, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), entre 1996 e 2000, elaborou e desenvolveu o projeto da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC). Um dos objetivos desse projeto era identificar os termos usados pela enfermagem brasileira na Atenção Primária em Saúde e incluí-los na classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Parte dos resultados deste processo de investigação originou o inventário vocabular da CIPESC (CUBAS; NÓBREGA, 2015).

A Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP), é um sistema de classificação de problemas desenvolvido pela Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA) com objetivo de catalogar problemas próprios da Atenção Primária em Saúde (APS) que pode ser utilizado por profissionais de todas as áreas.

Em atenção primária frequentemente o diagnóstico etiológico não é o mais importante, deste modo, a CIAP foi desenvolvida para abarcar limitações da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), no contexto de cuidados primários em saúde e tem como principal critério de sistematização a pessoa, incluindo o contexto social e não a doença. Apresenta estrutura simples, fundada em dois eixos: 17 capítulos e sete componentes comuns aos capítulos. Suas principais características inovadoras são a incorporação de queixas expressadas pelos pacientes e problemas de natureza social. Para isso, incorporou uma lista de sinais e sintomas, procedimentos e diagnósticos mais comuns na atenção básica.

A CIAP sofreu uma adaptação, publicada em 1998 como CIAP-2, para permitir comparabilidade com a CID-10, uma vez que seu objetivo não é substituí-la, mas sim complementá-la (WONCA, 1998).

Segundo descrito em folder informativo do Ministério da Saúde, a CIAP permite realizar a classificação não apenas dos problemas diagnosticados pelos profissionais de saúde, mas também os motivos da consulta e as respostas propostas pela equipe seguindo uma sistematização desenvolvida por Lawrence Weed denominada de SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano). Também está explícito que a CIAP não substitui o Código Internacional de Doenças (CID), no entanto, permite identificar os motivos pelos quais as pessoas procuram os serviços de saúde que podem ser de sofrimento ou enfermidade “mesmo que não sejam doenças objetivamente evidenciadas por qualquer tipo de exame”, possibilitando conhecer melhor a demanda dos pacientes.

De acordo com informação na página eletrônica do Portal da Saúde, o e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Ministério da Saúde através do Departamento de Atenção Básica (DAB) para reestruturar as informações da atenção primária à saúde (APS), modernizando sua plataforma tecnológica com o objetivo de informatizar as



unidades básicas de saúde, oferecer ferramentas para ampliar o cuidado e melhorar o acompanhamento da gestão (BRASIL, 2012).

Para atingir estes objetivos o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), instituído pela Portaria 1.412, 10 de julho de 2013, substitui totalmente o sistema de informação atual denominado Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (BRASIL, 2013). Diante dos diversos cenários de informatização e conectividade nos serviços de saúde, o SISAB oferece dois sistemas de software que podem operar tanto em Unidades Básicas de Saúde (UBS) que não possuem computador quanto em UBS que dispõem de computador nos consultórios e salas de atendimento.

O sistema Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) é formulado para atender às UBS parcialmente ou totalmente informatizadas. Esse sistema é usado para inserir os registros clínicos dos atendimentos e as fichas de CDS preenchidas pela equipe em seu processo de trabalho.

No sistema Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), o uso da CIAP se dará em 3 itens das notas de evolução SOAP: motivo de consulta (subjetivo), problema de saúde detectado (avaliação) e intervenção (plano) durante o atendimento, sendo um campo de preenchimento obrigatório. No que tange a Enfermagem é muito importante destacarmos que a consulta de Enfermagem está respaldada pelo Decreto nº 94.406/87, que regulamenta a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (BRASIL; 1987) e na Resolução COFEN nº 159/93, que dispõe sobre a consulta de Enfermagem e resolve em seu Art. 1º “Em todos os níveis de assistência à saúde, seja em instituição pública ou privada, a consulta de Enfermagem deve ser obrigatoriamente desenvolvida na Assistência de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1993).

A Resolução COFEN 358/2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, refere:

[...] § 2º – quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, o Processo de Saúde

de Enfermagem corresponde ao usualmente denominado nesses ambientes como Consulta de Enfermagem.

Art. 2º O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes:

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

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

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

IV – Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

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

Art. 3º O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento

das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM; 2009).

Destaca-se também o Parecer COREN-SP 056/2013 – CT, que trata da utilização do método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) no Processo de Enfermagem, explicitando que:

[...]

o método SOAP baseia-se num suporte teórico que orienta a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, o planejamento das ações ou intervenções e fornece dados para a avaliação dos resultados de enfermagem, assim sendo, contempla o Processo de Enfermagem e pode ser utilizado para registro no prontuário (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO; 2013).

Observamos que nas notas de evolução SOAP utilizadas no e-SUS/SISAB, no item “S” (subjetivo) e no item “A” (avaliação) o profissional descreve sua avaliação sobre a demanda trazida, não necessariamente consistindo num diagnóstico etiológico (diagnóstico médico). Neste sentido, a CIAP-2 se configura em um sistema de classificação mais abrangente, abordando questões psicossociais e outras situações de vulnerabilidade vivenciadas na atenção básica.

### Participação do usuário

Direito de todo cidadão, a saúde vem sendo assumida desde a Constituição de 1988 como uma responsabilidade do Estado, regulamentado pela Lei n. 8080 (Lei Orgânica da Saúde) do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo Decreto n. 7408 e Lei 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A participação do usuário ou a participação social se dá em diversos níveis, passando do vínculo do usuário a equipe de saúde da família, destacando-se, preponderantemente, a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que conquistou a empatia do usuário e



representa o elo entre o poder público e a comunidade, além de ser o ator que facilita o vínculo dos usuários com os demais membros da Equipe de Saúde da Família.

Outra forma de participação social do usuário é através dos Conselhos de Saúde que podem ser Nacional, Estadual, Municipal e Local sendo instancias coletivas com poder de decisão, ligadas ao Poder Executivo. São compostos por 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços, nos quais se consolidam o controle social e a gestão no processo de construção coletiva do cuidado em saúde no País.

### Direitos dos usuários

Os direitos do usuário estão descritos na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que se baseia nos princípios básicos da cidadania e caracteriza-se como uma importante ferramenta para que o cidadão conheça seus direitos e deveres no momento de procurar atendimento à saúde, passando sobremaneira para construção coletiva da saúde.

Faz-se importante ressaltar que é responsabilidade dos profissionais de saúde disponibilizarem a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde aos usuários nas unidades de saúde, bem como utilizar como ferramenta de trabalho das equipes da ESF a avaliação da satisfação do usuário em relação à acessibilidade geográfica, ao cuidado produzido pela equipe, ao vínculo, ao acolhimento e a resolubilidade.

### Gestão do cuidado

A gestão do cuidado é uma ferramenta essencial para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) nas quais os profissionais devem coordenar a integralidade das ações prestadas aos usuários de saúde, coordenando-as na RAS através da organização do fluxo de usuários dentro dos pontos de atenção da rede e possibilitando a integração dos níveis assistenciais (OPAS, 2011).

A incorporação de ferramentas e dispositivos, para a gestão do cuidado tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção



organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, reconhecimento explícito das responsabilidades de cada nível, instrumentalizam os profissionais para a produção da gestão do cuidado (BRASIL, 2012).

### **Organização do Processo de Trabalho das Equipes Saúde da Família e da Integração**

O conjunto de normas e regulamentações formulado pelo Ministério da Saúde, afeito à Estratégia Saúde da Família, é criticado por alguns importantes atores da Saúde Pública Brasileira por ser “excessivo” e por “homogeneizar” as atividades das Equipes SF, em todo o território nacional, sem considerar as necessidades e as especificidades locais.

Nesse cenário, o IGPP propõe que as programações das atividades sejam orientadas pelas demandas/necessidades dos usuários, bem como pela decisão da Equipe, a partir do perfil epidemiológico da população e da realidade local. As Equipes SF, geralmente, estabelecem ações prioritárias, entretanto, concentradas em certos grupos populacionais, o que limita, sobremaneira, o alcance da Estratégia e a resolubilidade das Equipes SF.

Atividades de grupos como o do antitabagismo, do controle da hipertensão e do acompanhamento de gestantes, além de ações de educação em saúde com palestras e atividades para idosos e para a adolescência e juventude estão entre as principais solicitações das famílias nesse nível de atuação das Equipes SF.

As visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são atividades avaliadas de forma bastante positiva pelas famílias cadastradas, em diversos estudos e pesquisas sobre esse tema.

O IGPP ressalta que a ampliação do acesso ao apoio diagnóstico (rede laboratorial) e ao terapêutico (assistência farmacêutica ampliada), acompanhada de qualificação em competências específicas de núcleo de cada profissional que compõe a Equipe SF, possibilitará aumentar a resolubilidade da Atenção Primária e efetivá-la como serviço de procura regular, reduzindo a necessidade de referência para a atenção especializada.

A expansão da cobertura da Estratégia Saúde da Família obriga à reorganização da Rede Assistencial para garantir o acesso integral. Observa-se intensificação dos processos



regulatórios, sob responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde, embora ainda seja necessário adequado monitoramento, com estabelecimento de metas de desempenho e definição de indicadores para o acompanhamento das filas de espera e para a garantia do acesso.

O IGPP entende que a atribuição da competência da solicitação de exames aos (às) enfermeiros (as), qualificará e aumentará a resolubilidade clínica do trabalho destes profissionais, todavia, deve ser monitorada para se evitar solicitações desnecessárias.

Atividades regulares de articulação entre as diversas coordenações da SMS do município de Guapiara e da coordenação técnica do IGPP também poderão potencializar a redução da fragmentação.

### **Implantação do NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família**

Os NASF fazem parte da AB, mas não se constituem um serviço com unidades físicas independentes ou especiais e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (esses, quando necessários devem ser regulados pela ESF). Eles foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB, bem como sua resolubilidade (BRASIL, 2012).

São constituídos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de SF, das equipes de AB para populações específicas (Consultórios de Rua, equipes Ribeirinhas e Fluviais Etc.) e Academia da Saúde, atuando diretamente no apoio matricial as equipes as quais o NASF está vinculado e no território dessas equipes (BRASIL, 2012).

De acordo com Brasil (2012, p.70), são atividades desenvolvidas pelo NASF: “discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de Projetos Terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc.”.

### **- O Matriciamento como Processo de Trabalho do NASF**



A organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF dependem de algumas ferramentas, que são elas: Apoio Matricial, da Clínica Ampliada, do projeto Terapêutico Singular (PTS), do Projeto de Saúde no Território (PST) e a Pactuação do Apoio. Diante disso o IGPP desenvolve algumas ações para a efetivação das referidas ferramentas, que tem por finalidade:

- Favorecer a compreensão sobre o que é o NASF;
- Melhorar a comunicação entre NASF e ESF;
- Realizar ações compartilhadas para uma intervenção transdisciplinar, com trocas de saberes entre profissionais envolvidos, visando ampliar o olhar sobre determinada situação/ caso e assim, dar melhor direcionamento às ações;
- Elaborar Projeto Terapêutico Singular (PTS) a partir da discussão entre NASF e ESF;
- Promover a corresponsabilidade do usuário aos serviços de saúde;
- Oferecer mais qualidade nas intervenções junto à população.

A seguir apresentamos as propostas mais especificamente relacionadas ao matriciamento:

a) Projeto Terapêutico Singular: conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar.

Para tanto, as equipes elegerão usuários ou famílias em situações mais graves ou difíceis para as discussões do PTS, estas deverão ocorrer nas reuniões periódicas de matriciamento entre NASF e equipe de referência. Neste dia definem-se as propostas de intervenções (uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo), a divisão de responsabilidades e posteriormente a avaliação dos resultados (momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas alterações se necessário).

b) Consulta Conjunta: técnica de aprendizagem que reúne, na mesma cena, profissionais de saúde de diferentes categorias, o paciente e, se necessário, a família deste. Em vista disso, as equipes deverão realizar discussão prévia ao atendimento, orientar o usuário



sobre esta abordagem e solicitar permissão junto a este. Prontamente será realizada a consulta propriamente dita, seguida de discussão de uma conduta compartilhada.

c) Visita Domiciliar Conjunta: recurso usado em última instância quando não há outra forma de abordagem, seja por dificuldade de acesso do usuário ao serviço ou mesmo na intenção de conhecer a realidade onde ele vive.

d) Contato a Distância: será disponibilizado contato via telefone e e-mail às UBS.

e) Prontuário Eletrônico: todas as situações em que se elabora o PTS serão registradas pelo NASF em formulário/prontuário eletrônico.

### - VISITA DOMICILIAR

A visita domiciliar é a atividade mais importante do processo de trabalho das equipes de SF, destacando o serviço do ACS. Ao entrar na casa de uma família, a equipe não adentra somente no espaço físico, mas em tudo o que esse espaço representa. Nessa casa vive uma família, com seus códigos de sobrevivência, suas crenças, sua cultura e sua própria história (BRASIL, 2009).

Para ser bem-feita, a visita domiciliar deve ser planejada. Ao planejar, utiliza-se melhor o tempo e respeita-se, também, o tempo das pessoas visitadas. Para auxiliar no dia a dia do seu trabalho, é importante que o profissional tenha um roteiro de visita domiciliar, o que vai ajudar muito no acompanhamento das famílias da sua área de trabalho.

Também é recomendável definir o tempo de duração da visita, devendo ser adaptada a realidade do momento. A pessoa a ser visitada deve ser informada do motivo e da importância da visita (BRASIL, 2009).

Após a realização da visita, faz-se importante verificar se o objetivo dela foi alcançado e se foram dadas e colhidas às informações necessárias. Toda visita deve ser realizada tendo como base o planejamento da equipe, pautado na identificação das necessidades de cada família. Pode ser que seja identificada uma situação de risco e isso demandará a realização de outras visitas com maior frequência (BRASIL, 2009).

### - Orientações para as visitas domiciliares



- As visitas domiciliares na UBS devem ser sistematizadas e regulares para os usuários que dela necessitem e devem estar previstas nas ações programáticas da unidade;
- Nas UBS com ESF, agendar as visitas conforme a programação semanal, priorizando as situações de risco e outras demandas da equipe;
- Recomenda-se que sejam agendadas para o médico e o enfermeiro 8 a 16 visitas por semana, e para os auxiliares de enfermagem 18 a 24 visitas por semana, conforme agenda
- Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) devem visitar 100% de suas famílias cadastradas no mês, estabelecendo uma meta diária de acordo com os períodos disponíveis, variando de 10 a 13 VD/dia, conforme agenda.
- O resultado de cada visita deve ser compartilhado com a equipe para o conhecimento e desdobramento de ações de cada caso conforme a sua realidade.
- Na saúde bucal, as visitas domiciliares serão agendadas a partir da identificação da necessidade pelo ACS e/ou demais membros da equipe da UBS.

## Ações para Gestão dos Serviços de Especialidades

### Gestão do Centro de Especialidades

A assistência de média complexidade, no município conta com 01 de ambulatório de especialidades (Centro de Saúde), 01 Centro de Especialidades Odontológicas- CEO, 01 unidade com atendimento nas áreas de ortopedia, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, mastologia, pequenas cirurgias ambulatoriais (Programa Municipal de Saúde).

O Ministério da Saúde define a média complexidade como: ações e serviços de saúde que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, que exigem a utilização de equipamentos e profissionais especializados e a utilização de

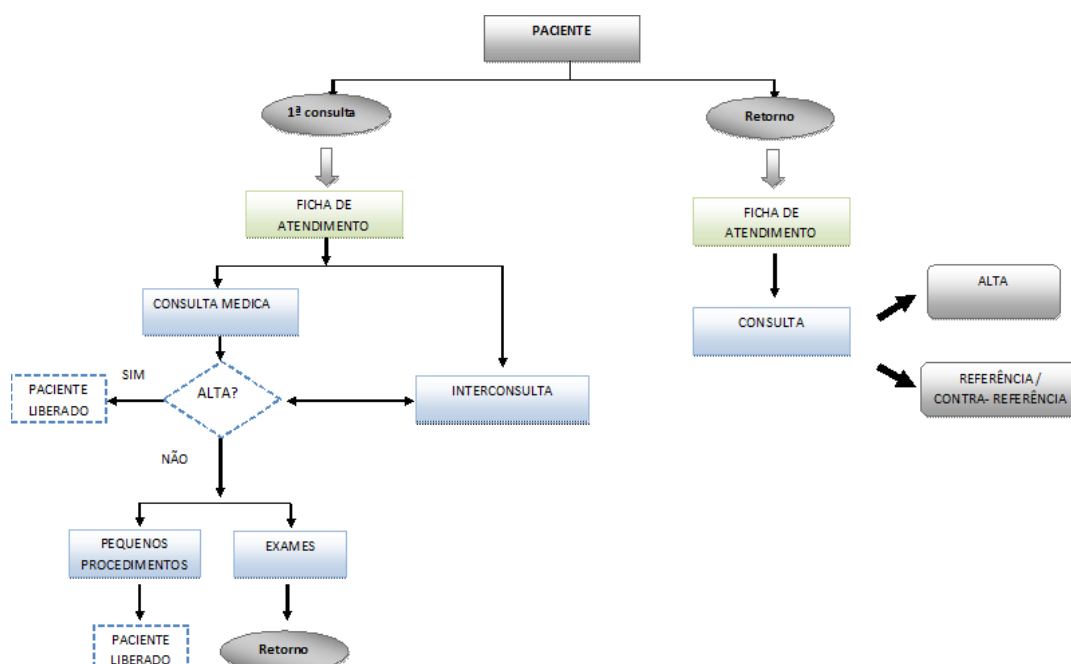


recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento. Está integrada à Atenção Básica através de um sistema de regulação.

Na média complexidade também são desenvolvidas ações de promoção, proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. As unidades da média complexidade e suas equipes desenvolvem ações distintas, em função do foco das situações de saúde/doença e dos grupos populacionais a que se destina o cuidado. Os atendimentos neste nível de atenção são programados e encaminhados das unidades da Atenção Básica e da própria Rede Especializada, através de agendamentos, na Central de Regulação.

## Organização do Ambulatório de Especialidades

### Fluxo de atendimento



## ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

O atendimento ambulatorial, compreende:

- ✓ Primeira consulta;
- ✓ Interconsulta;
- ✓ Consultas subsequentes (retornos);
- ✓ Procedimentos terapêuticos realizados por especialidades não médicas;

- ✓ Cirurgias ambulatoriais- menores;
- ✓ Serviço de Apoio Diagnósticos e Terapêutico interno e externo;

➤ **Primeira consulta:** Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela rede municipal de saúde, ao **AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES**, para atendimento em uma determinada especialidade médica.

➤ **Interconsulta:** é a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade com solicitação gerada pela própria unidade **AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES**, tanto no que se refere ao atendimento médico quanto ao atendimento não médico.

➤ **Consulta subsequente:** são todas as consultas de seguimento ambulatorial (retorno), em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subseqüentes das Interconsulta.

➤ **Procedimentos terapêuticos não médicos:** são os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como: psicologia psicoterapia etc. Os mesmos, a partir do 2º atendimento, devem ser registrados como procedimentos terapêuticos realizados por especialidades não medicas. Consultas realizadas pelo serviço social não serão consideradas no total de consultas ambulatoriais, serão apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

➤ **Cirurgias ambulatoriais:** São intervenções cirúrgicas ambulatoriais, aqueles procedimentos terapêuticos ou diagnósticos que não requeiram internações. Serão classificadas como:

o **Cirurgia menor ambulatorial (cma):** Os procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade realizados com anestesia local ou troncular que podem ser realizados em consultórios, sem a presença de médicos anestesista, e que dispensam cuidados especiais no pós-operatório.

## - ATENDIMENTO NA RECEPÇÃO

### Do tratamento ao paciente:

- Tratamento humanizado.
- Gentileza e educação.
- Lembre-se que o paciente é um ser humano como você, trate-o muito bem, pois ele está precisando de sua atenção.
- O paciente idoso requer cuidados e tratamento diferenciado.
- O uso do bom senso.
- Harmonia e integração entre os profissionais.
- Cooperação entre os colegas.
- Conscientização dos deveres do profissional.

### Dos agendamentos de consultas:

Distribuição de consultas:

60 % para Casos Novos (1ª consulta);

35 % para Retorno.

5 % para Interconsultas

- As consultas só poderão ser agendadas num prazo de trinta dias, não mais que isso.

- Primeiras consultas:

Todas as primeiras consultas serão agendadas de acordo com as vagas cedidas para as Secretarias Municipais de Saúde.

- Consultas de retorno:

Somente serão agendadas consultas de retorno, aquelas solicitadas pelo médico da especialidade, que deverá fazer por escrito em formulário próprio para marcação de retorno. (formulário anexo) Estas serão agendadas também num prazo máximo de trinta



dias ou quando os exames solicitados ficarem prontos. Estes retornos terão uma cota de 35% das consultas existentes.

**- Do horário e marcação de consultas:**

As consultas serão marcadas no período da manhã das 7h às 9h num intervalo de 15 / 15 min. e a partir das 9h num intervalo de 10 / 10 min. No período da tarde das 13h às 15h num intervalo de 15 / 15 min. e a partir das 15h num intervalo de 10 / 10 min. Conforme a especialidade e aprovação desta diretoria.

- A tolerância de atraso é de 15 min, atrasos superiores ao determinado deverão ser solicitados autorização médica e ele deverá aguardar para ser atendido ao final das consultas.

- Não haverá encaixe nas agendas dos médicos, ao menos que seja solicitado por ele próprio ou por esta diretoria.

- Deverá ser avisado ao paciente quanto o agendamento de sua consulta, para que cheguem 30 min. antes do horário marcado. Também deverá ser orientado a trazer exames que possam auxiliar o tratamento médico

**- Das Interconsultas:**

- Os médicos deverão preencher o formulário de interconsulta com todos os dados possíveis para melhor triagem (formulário anexo). (Obs: As interconsultas serão solicitadas apenas para fechamento de diagnóstico)

- As informações que faltarem, deverão ser preenchidas pelos Recepcionistas e a seguir encaminhadas a Enfermeira (Central de Regulação).

- Toda interconsulta, solicitada pelos médicos do Ambulatório deverão ser encaminhadas a Enfermeira (Central de Regulação) para aprovação e posteriormente realizar o agendamento.

- As interconsultas autorizadas serão encaminhadas ao setor de Agendamento para realização do agendamento das consultas.

- Após o agendamento, informar ao paciente através de contato telefônico o horário e o dia de sua consulta.



- Casos omissos nessas normas deverão ser encaminhados a Coordenação, para orientação.

### ATENDIMENTO

- Abastecer os consultórios com os impressos necessário para especialidade.
- Orientar ao paciente para retirada da senha.
- Verificar os documentos do paciente, verificar se a consulta está agendada, confirmar a presença no sistema.
- Avaliar a ficha de atendimento com as informações descritas (nome, data de nascimento, endereço, cep, identidade, telefone, raça e cor).
- Solicitar a assinatura do paciente na ficha de atendimento.
- Encaminhar o paciente ao consultório médico.
- Informar o paciente como proceder para a marcação de pedidos de exames e retorno.
- Avaliar se há pendências nas fichas de atendimento, solicitação de exames e contrarreferência. (Assinatura, carimbo e preenchimento correto)
- Cadastramento de exames solicitados pelo especialista do Ambulatório em planilha apropriada.

### Abertura de Agenda

- Cadastrar e habilitar funcionários para acesso grades de agendamento de consultas
- Informar a abertura das grades de atendimento das especialidades através de memorando
- Confeccionar grade de agendamento de especialidades, de acordo autorização da Diretoria Administrativa.
- Confeccionar agenda (perfil) conforme dados informados em memorando
- Distribuição de vagas geradas: 60% Casos Novos (Primeira Consulta) 35% Retornos e 5%
- Interconsultas, ou de acordo com a necessidade
- Liberar grade de agendamento de retorno no sistema.
- Liberar grade de agendamento de casos novos no sistema.



- Verificar vagas disponíveis para marcação de consultas dos formulários de interconsultas e listas de espera.
- Verificar vagas ociosas por especialidades e exames e comunicar as SMS

### **Marcação de Retorno**

- Efetuar agendamento, imprimir filipeta com a data e o horário da consulta agendada e orientar o paciente se necessário algum preparo
- Organizar lista de espera para especialidades com as vagas esgotadas
- Agendar consultas no prazo pré-determinados pelos médicos (15, 30 ou após realização de exames
- Agendar os pacientes da lista de espera, informando data e hora da consulta
- Entrar em contato (via telefone) com os pacientes agendados na lista de espera informando data e horário da consulta ou exame e preparo quando necessário

### **Emissão de Relatórios Estatísticos**

- Dar presença diariamente no Sistema Informatizado do Ambulatório.
- Emitir relatórios mensais de Primeira Consulta, Retorno e Interconsulta por especialidade e médico.
- Emitir relatórios mensais de demanda reprimida de exames.
- Emitir relatórios mensais de Comparativo de vagas enviadas e utilizadas pelas Secretárias de Saúde.
- Emitir relatórios mensais de Absenteísmo por especialidade e SMS.
- Emitir relatórios mensais de Altas por especialidade e SMS.
- Verificar vagas disponíveis no bolsão, através do sistema Cross.

### **Centro de Especialidades Odontológicas**

Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) são estabelecimentos de saúde, participantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, classificadas como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade.

### Serviços ofertados pelos CEO

- Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca.
- Periodontia especializada.
- Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros.
- Endodontia.
- Atendimento a portadores de necessidades especiais.

Os centros são uma das frentes de atuação do Brasil Sorridente. O tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica e no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas equipes de saúde bucal.

Os profissionais da atenção básica são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento aos centros especializados apenas casos mais complexos.

Cada Centro de Especialidade Odontológica credenciado recebe recursos do Ministério da Saúde. A implantação de Centros de especialidades funciona por meio de parceria entre estados, municípios e o governo federal, isto é o Ministério da Saúde faz o repasse de uma parte dos recursos e Estados e municípios contribuem com outra parcela.

O CEO oferece a população tratamento em: periodontia (gengiva) endodontia (canal), cirurgia oral, prótese, diagnóstico de lesões bucais, além de atendimento a usuários com necessidades especiais.

I- Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal;

II- Periodontia especializada;

III- Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros;

IV- Endodontia; e

V- Atendimento a portadores de necessidades especiais.



Para receber tratamento odontológico o cidadão deverá procurar uma unidade básica de saúde ou unidade de saúde da família mais próximo da sua casa, onde receberá o atendimento clínico necessário e será referenciado ao CEO. O atendimento é feito com hora marcada.

Após a conclusão do seu atendimento é contra referenciado para a Unidade Básica de Saúde para conclusão do seu atendimento no nível primário e manutenção do mesmo

Horário e tempo máximo de espera para atendimento: Atendimento entre 8:00 horas e 18:00 horas de acordo com marcação prévia, seguindo ordem, por distribuição de senha, nas Unidades Primárias de Saúde.

Paciente com horário marcado tem tempo máximo de 30 minutos de espera.

Prioridade de Atendimento: Determinada pela Equipe de Saúde Odontológica da Atenção Primária de acordo com cada caso apresentado e seguindo o número de vagas distribuídas pelas unidades Especializadas, segundo cronograma de conclusão dos casos que estejam em andamento

### Fluxogramas de Atendimento

Fluxograma de referência e contrarreferência das unidades básicas para as unidades secundárias na especialidade de ENDODONTIA.

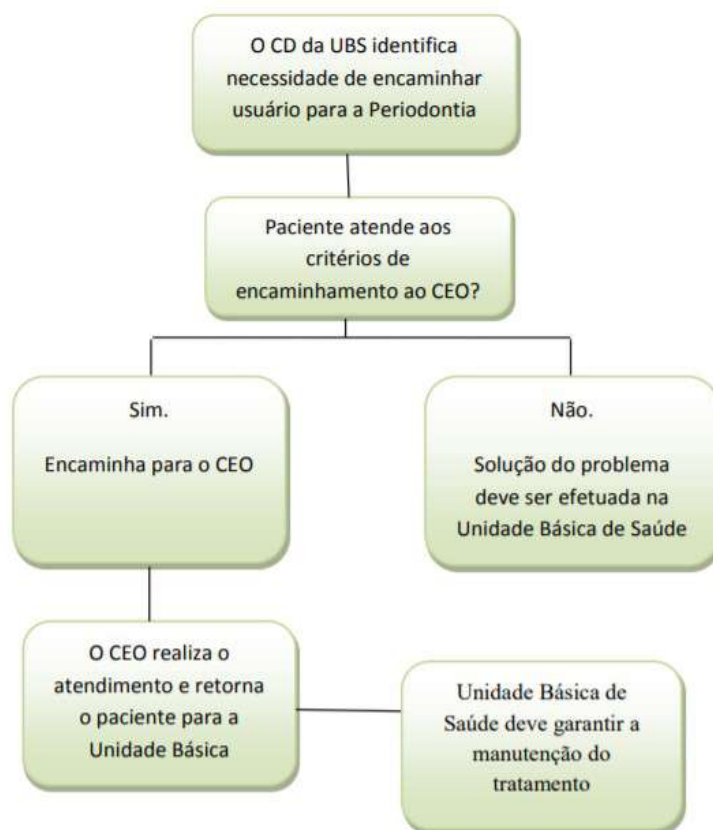




#### Endodontia:

- Antes de encaminhar o paciente para o especialista, o cirurgião-dentista da Unidade Básica de Saúde deverá verificar o potencial de reversão do processo patológico, realizando proteção pulpar direta ou indireta e/ou pulpotomia, aguardando período para acompanhar e avaliar a vitalidade pulpar;
- Será realizada Endodontia nos dentes em que seja possível realizar isolamento absoluto e depois de tratado o elemento, este possa ser reabilitado de forma satisfatória, conferindo resistência, contorno, estabilidade e funcionalidade. Caso contrário deverá ser indicada a exodontia;
- Ao endodontista caberá examinar clinicamente os outros elementos dentários do paciente, com a finalidade de verificar outras possíveis necessidades;
- Será realizada Endodontia de 2º molar a 2º molar;
- O 3º molar só será tratado quando for suporte de Prótese Parcial Removível;
- Deverá ser feita a contrarreferência para a Unidade de Saúde de origem realizar o tratamento restaurador;

Fluxograma de referência e contrarreferência das unidades básicas para as unidades secundárias na especialidade de PERIODONTIA.



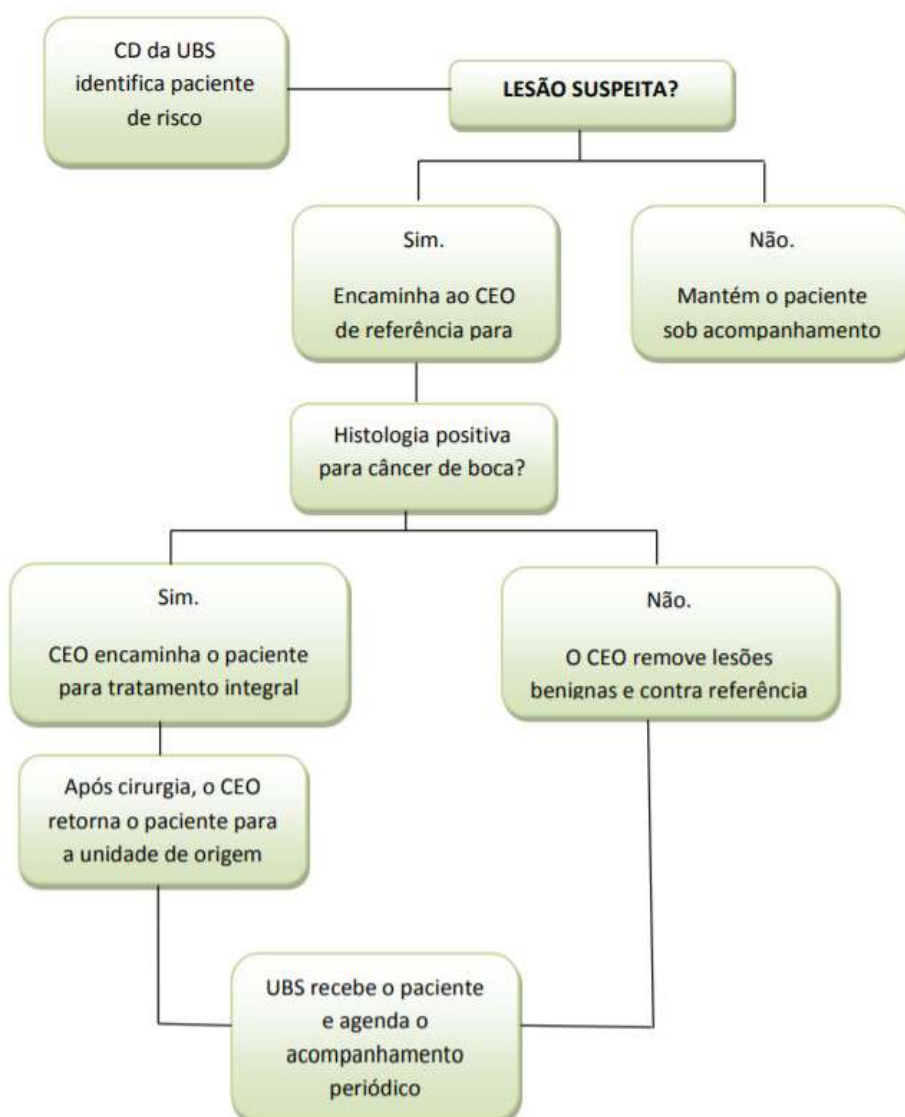
## Periodontia

- Critérios de inclusão e procedimentos da atenção especializada em Periodontia:
  - Necessidade de tratamento não cirúrgico em bolsas acima de 4 mm;
  - Necessidade de cirurgia periodontal com acesso;
  - Necessidade de cirurgia pré-protética;
  - Pacientes com periodontite refratária ao tratamento como periodontite juvenil e síndrome de Papillon Lefevre;
  - Pacientes com doença periodontal severa e sinais de agravamento sistêmico;
  - Lesão de endoperio, sequelas de guma, fibrose e hiperplasia gengival.
- O periodontista, após o término do tratamento, realizará a contrarreferência para a Unidade Básica de Saúde de origem para manutenção;

### Cirurgia Oral Menor

- Os procedimentos cirúrgicos a serem realizados no CEO são: biópsia de glândula salivar, de osso do crânio e da face, dos tecidos moles da boca, tratamento de nevralgias faciais, contenção de dentes por splintagem, osteotomia das fraturas alvéolo-dentárias sem osteossíntese, redução de luxação temporomandibular, retirada de material de síntese óssea/dentária, reconstrução parcial do lábio traumatizado, excisão de cálculo de glândula salivar, exereses de cisto odontogênico e não-odontogênico, tratamento cirúrgico de fístula intra/extra oral, frenotomia, sinusotomia transmaxilar, correção cirúrgica de fístula oro-nasal/oro-sinusal, drenagem de abscesso da boca e anexos, excisão de Rânula ou fenômeno de retenção salivar, excisão em cunha do lábio, retirada de corpo estranho dos ossos da face, retirada de meios de fixação maxilo-mandibular, tratamento cirúrgico de fístula oro-sinusal/oro-nasal, apicectomia com ou sem obturação retrógrada, aprofundamento de vestíbulo oral (por sextante), correção de bridas musculares, correção de irregularidades de rebordo alveolar, correção de tuberosidade do maxilar, curetagem periapical, enxerto ósseo de área doadora intrabucal, exodontia múltipla com alveoloplastia por sextante, glossorafia, marsupialização de cistos, e pseudocistos, odontosecção/radilectomia/tunelização, reimplante e transplante dental (por elemento), remoção de dente retido (incluso/impactado), entre outros.

Fluxograma de referência e contrarreferência das unidades básicas para as unidades secundárias na especialidade de ESTOMATOLOGIA.



### Diagnóstico de Câncer

- Deverão ser encaminhados para a especialidade de Estomatologia nos CEOs os pacientes com lesões suspeitas para ser realizada a biópsia e o exame histopatológico.

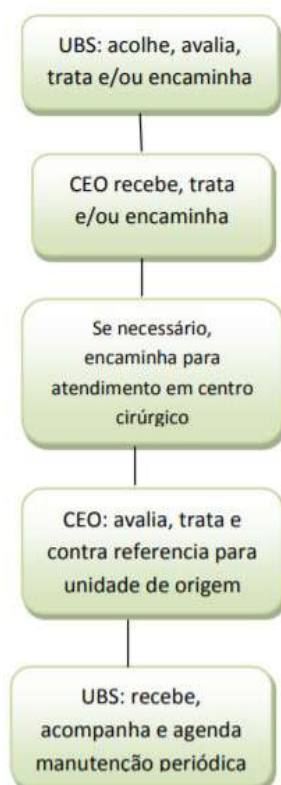
### Ortodontia

- Os pacientes encaminhados para o ortodontista devem estar com todo o tratamento clínico concluído (dentística, periodontia, cirurgia, endodontia e prótese);
- Pacientes com necessidades de tratamento ortocirúrgico devem ser encaminhados para referência;
- Paciente que apresentam fissura labial e/ou fenda palatina devem ser encaminhados para o Unidade de Referência;



- O Manual da OMS (WHO, 1997) propôs um novo índice de avaliação de oclusopatias, proposto anos antes por Cons e colaboradores (CONS et al., 1989), chamado DAI (sigla derivada da expressão inglesa 'Dental Aesthetic Index'). O princípio básico do DAI é de uma combinação de medidas (não somente de problemas oclusais), as quais, em seu conjunto, expressam o estado oclusal do indivíduo e sua respectiva necessidade de tratamento ortodôntico, devido à composição do índice, que considera o comprometimento estético, além da oclusão;

#### Fluxograma de referência e contrarreferência das unidades básicas para as unidades secundárias na especialidade de PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS



#### Atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais

- Público-alvo: pacientes com problemas mentais e comportamentais, com ou sem comprometimento físico;
- Não encaminhar pacientes com limitações motoras, deficientes visuais, deficientes auditivos, deficientes da fala, gestantes, bebês, diabéticos, cardiopatas, 3ª idade, HIV,

pacientes com disfunção renal, defeitos congênitos ambientais, sem outras limitações, que podem ser atendidos nas UBS;

- Rotina de atendimento: instrução de higiene oral, de alimentação, encaminhamento do paciente para atendimento multidisciplinar, procedimentos curativos ambulatoriais (dentística, periodontia e exodontia), procedimentos curativos sob anestesia geral (dentística, periodontia e exodontia);
- A criança de difícil manejo, após duas tentativas de atendimento, pode ser encaminhada como paciente especial;

**Resumo do Fluxograma de Referência e Contrarreferência das unidades básicas para as unidades secundárias na especialidade:**



## Assistência Farmacêutica



A **Rede Municipal de Assistência Farmacêutica** envolve todos os programas da Assistência Farmacêutica Básica e Complementar, Saúde Mental, Programa DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais, Processos Administrativos, Alto Custo, Ordens Judiciais, Almoxarifado e Dispensários nas Unidades de Saúde.

- Responsável pelas ações de Assistência Farmacêutica (AF) Básica, almoxarifado, assistência ao programa IST/HIV/AIDS, dispensário de medicamentos nas UBS/ESF, e nos vários programas de Saúde implantados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ao considerar que a maioria das intervenções em saúde envolve o uso de medicamentos, o que pode ser determinante para a obtenção de menor ou maior resultado, é imperativo que a AF seja vista sob ótica integral.

- Atuar na promoção do uso racional de medicamentos, na ampliação do acesso superando a visão reducionista de aquisição/distribuição, seja na logística, seja na atenção direta ao usuário e às equipes de saúde da família.

A qualificação do gerenciamento da Assistência Farmacêutica é possível através do planejamento, da organização e da estruturação do conjunto das atividades desenvolvidas, visando aperfeiçoar os serviços ofertados à população.

As ações de Assistência Farmacêutica devem estar fundamentadas nos princípios previstos no Artigo 198 da Constituição Federal e no Artigo 7 da Lei Orgânica da Saúde, bem como em preceitos inerentes à Assistência Farmacêutica, sendo destacados (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; MARIN et al., 2003):

- Universalidade e equidade.
- Integralidade.
- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo.
- Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.
- Multidisciplinaridade e intersetorialidade.
- Garantia da qualidade.
- Estruturação e organização dos serviços farmacêuticos, com capacidade de resolução.
- Normalização dos serviços farmacêuticos.
- Enfoque sistêmico, isto é, ações articuladas e sincronizadas.

O IGPP só utilizará os produtos farmacêuticos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e deverá manter um estoque de medicamentos suficiente para assegurar os tratamentos prescritos, não se admitindo falta de medicamentos e insumos que venham a prejudicar e comprometer a assistência dispensada aos usuários. É vedada a utilização de materiais e substâncias proibidas.

A padronização de medicamentos e materiais médico-ambulatoriais deverá ser apresentada previamente pelo IGPP, de forma a ser avaliada pela Comissão Municipal de Farmácia e Terapêutica.

O elenco de medicamentos para atendimento à população deve, no mínimo, contemplar a padronização do município.

Considerando a reorganização da assistência, a missão das unidades de Pronto Atendimento nesse contexto, e a política de assistência farmacêutica, o IGPP compromete-se integralmente com a regulamentação nacional e suas repercussões para as urgências e emergências no âmbito municipal.

A Farmácia da UPA irá garantir o uso racional dos medicamentos, com assistência farmacêutica em tempo integral, abrangendo o controle de estoque, condições adequadas de armazenamento, segurança na dispensação e no uso com rastreabilidade, bem como atividades de farmácia clínica, com o monitoramento de eventos adversos (Farmacovigilância), desenvolvimento de protocolos de farmácia clínica, análise da prescrição, prestação de assistência clínica farmacêutica e implantação de comissão de validação/padronização do rol de medicamentos, materiais médico-ambulatoriais e outros insumos (Comissão de Farmácia e Terapêutica) com regimento aprovado de acordo com as legislações vigentes dos Conselhos de Farmácia e ANVISA.

Para tanto, nossos profissionais e gestores seguirão a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), bem como a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) que serão os instrumentos mestres para as ações de planejamento, seleção de medicamentos e de organização da assistência farmacêutica na unidade. Juntamente com o RENAME nossas equipes, em especial os prescritores

utilizarão o Formulário Terapêutico Nacional como auxílio na escolha da melhor terapêutica.

Outro instrumento que poderá ser utilizado nas rotinas terapêuticas e de prescrição serão os Protocolos Clínicos e as Diretrizes Terapêuticas (PCDT- [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=25315](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25315)) que padroniza o emprego do medicamento, estabelecendo claras condições de uso para os profissionais de saúde.

O IGPP estruturará espaço físico suficiente, compatível com o grau de complexidade das funções, para o pleno desenvolvimento das atividades da Assistência Farmacêutica. A distribuição dos espaços físicos será bem planejada, considerando-se todos os aspectos técnicos pertinentes. A estrutura física terá boas localização, fácil acesso com áreas bem definidas e sinalizadas, condições ambientais apropriadas, além de cumprir todos os requisitos afeitos à higienização e a limpeza.

O dimensionamento da área não seguirá, de antemão, nenhum padrão pré-estabelecido. A necessidade e o dimensionamento do espaço físico dependerão do volume das atividades, demandas, modalidade da aquisição, número de equipamentos, de mobiliários, de pessoas, entre outros aspectos. Além disso, será preciso pensar em expansão futura, para novas ações e atividades.

### **Protocolos e fluxogramas para ações em saúde de Equipe Multiprofissional (Farmacêutico)**

O IGPP só utilizará os produtos farmacêuticos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e deverá manter um estoque de medicamentos suficiente para assegurar os tratamentos prescritos, não se admitindo falta de medicamentos e insumos que venham a prejudicar e comprometer a assistência dispensada aos usuários. É vedada a utilização de materiais e substâncias proibidas.

A padronização de medicamentos e materiais médicos deverá ser apresentada previamente pelo IGPP, de forma a ser avaliada pela Comissão Municipal de Farmácia e Terapêutica.

O elenco de medicamentos para atendimento à população deve, no mínimo, contemplar a padronização da UPA do município.

#### Composição do Serviço:

- Farmacêuticos
- Auxiliar de Farmácia
- Auxiliar Administrativo

#### Horário de Funcionamento do Serviço:

Farmácia – o serviço é funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana

#### - Descrição do Serviço

O IGPP estruturará espaço físico suficiente, compatível com o grau de complexidade das funções, para o pleno desenvolvimento das atividades da Assistência Farmacêutica. A distribuição dos espaços físicos será bem planejada, considerando-se todos os aspectos técnicos pertinentes. A estrutura física terá boas localização, fácil acesso com áreas bem definidas e sinalizadas, condições ambientais apropriadas, além de cumprir todos os requisitos afeitos à higienização e a limpeza.

O dimensionamento da área não seguirá, de antemão, nenhum padrão pré-estabelecido. A necessidade e o dimensionamento do espaço físico dependerão do volume das atividades, demandas, modalidade da aquisição, número de equipamentos, de mobiliários, de pessoas, entre outros aspectos. Além disso, será preciso pensar em expansão futura, para novas ações e atividades.

#### Atribuições

##### Recursos Humanos da Assistência Farmacêutica

O IGPP identificará necessidades, definirá perfis profissionais (competências e habilidades), capacitará os responsáveis e acompanhará e avaliará suas ações, cotidianamente. Implementará, também, programas de desempenho individual e de



Equipe, bem como programa de educação permanente, de acordo com as necessidades pessoais e dos serviços. Além disso, utilizará estratégias fundamentais: reuniões sistemáticas semanais com a Equipe, para não acumular problemas e socializar as informações; promoverá reuniões técnicas, seminários temáticos para atualização dos técnicos e a implantação de programas de qualidade para melhoria contínua em todos os processos de trabalho, relacionados à Assistência Farmacêutica.

Um programa de qualificação profissional deve estar centrado na integralidade das ações e no trabalho em equipe, visando ao aumento da capacidade resolutiva das equipes, a fim de torná-las capazes de elaborar estratégias para o enfrentamento de problemas.

#### Sistema de Informação da Assistência Farmacêutica

- a) Informação: será o processo que permite que uma organização se informe sobre si própria e o ambiente sobre ela. Não se limitará, apenas, a dados coletados;
- b) Sistema de informação: consistirá num conjunto de pessoas, estrutura, tecnologia da informação (hardware e software), procedimentos e métodos, que deverão permitir ao Parceiro dispor, em tempo desejado, das informações de que necessita;

O IGPP adverte que será imprescindível dispor de um Sistema de Informação eficiente, com uma base referencial de informação e comunicação integrada. O Sistema deverá superar o fornecimento de dados meramente quantitativos e se orientar no eixo da gestão da informação, produção, qualificação, aporte gerencial e comunicação eficiente das informações de interesse à gestão. Deverá possibilitar, em qualquer tempo, a sistematização de registros e controle das informações geradas, emissão de relatórios gerenciais, estudos estatísticos, análises comparativas, desempenho das ações e da equipe, gestão dos estoques, consumo e gastos efetuados, entre outras informações relevantes sobre a Assistência Farmacêutica.

- c) Gestão da informação: consistirá no tratamento da informação – gestão da qualidade, do conteúdo e do uso da informação, englobando dados, equipamentos, redes e suporte tecnológico.

O IGPP ressalta que para a gestão da informação e alcance dos objetivos pretendidos, pressupõe-se uma reorganização gerencial, para uma nova ordem de prática





organizacional, a fim de possibilitar normas gerenciais, procedimentos, registros das atividades, fluxos operacionais bem estabelecidos e ordenados, responsabilidades definidas, para um direcionamento de informações qualificadas. Será necessário um processo de construção coletiva, com a colaboração de todos da equipe, para o cuidado e transmissão de dados administrativos e informações, em prazos estabelecidos. Por isso, será imperativo que todo o serviço disponha de um responsável técnico para gerir as informações, sistematizar, acompanhar, avaliar, identificar problemas, demandas, entraves existentes, elaborar relatórios gerenciais, e dar os devidos encaminhamentos, para o bom andamento do serviço.

Sem informação e sem organização, não haverá gerenciamento. Consequentemente, será difícil desenvolver estratégias, implementar ações, intervenções ou ocorrer melhoria de serviço, com satisfação da equipe e usuários.

#### Documentação e Arquivo

Na Assistência Farmacêutica, o cuidado com a documentação, em especial a Fiscal, deverá ser cotidianamente observado. Toda a documentação deverá ser arquivada e ficar facilmente disponível para as auditorias dos Órgãos de Controle Interno e Externo. A prestação de contas será obrigatória, em qualquer tempo, para todos os que lidam com recursos públicos.

Os demais documentos afeitos à Assistência Farmacêutica deverão ser padronizados e identificados. Todos os documentos, formulários e instrumentos gerenciais que serão utilizados no serviço deverão conter: cabeçalho com o nível de hierarquização organizacional pertinente, o nome da OS e as informações referentes ao número do telefone, fax, bem como o endereço eletrônico.

- Rotinas que garantem a o controle, a distribuição, unitarização, entrada e saída de materiais e medicamentos.

As rotinas de recebimento, armazenamento e distribuição de medicamentos e materiais do IGPP serão processos complexos que exigirão uma logística bem planejada, organizada, coordenada e sob permanente avaliação, a implantação da rotina de

unitarização de medicamentos se dará já no início das atividades do setor de farmácia na unidade.

#### 1) Recebimento e Armazenamento de Medicamento e Materiais

Entregar nota fiscal ao responsável pelo recebimento;

Conferir dados da nota fiscal (razão social, endereço, CNPJ, natureza da operação – venda ou saída por venda);

Verificar e conferir o número da Ordem de Fornecimento (OF);

Conferir na NF X OF: nome dos materiais, valor unitário, unidade, valor total (R\$). Caso haja alguma divergência avisar o comprador para a correção da OF e aguardar confirmação do comprador quanto ao recebimento;

Inspecionar o medicamento recebido quanto à embalagem e prazo de validade (caso o prazo de validade for igual ou inferior à 6 meses não receber);

Tirar uma cópia para anexar a 1ª via da NF para enviar ao setor de contas a pagar;

Quando confirmado o recebimento, assinar, carimbar o canhoto da NF e entregar ao fornecedor. Carimbar na NF carimbo de recebimento;

Lançar na planilha de controle de estoque e entrada de NF;

Realizar a limpeza das prateleiras e armários onde os medicamentos serão colocados;

Realizar o armazenamento obedecendo a classificação por forma farmacêutica, a ordem alfabética do princípio ativo e seguindo o sistema PEPS (primeiro que expira, primeiro que sai).

#### 2) Distribuição de Medicamentos e Materiais

Verificar se é necessária reposição de medicamento e material nas prateleiras;

Dispensar o medicamento e/ou material mediante apresentação da requisição de medicamentos e materiais, verificando data, setor solicitante, assinatura do funcionário autorizado, descrição do medicamento e/ou material e quantidade solicitada;

Retirar do estoque, dar baixa na ficha de prateleira, subtraindo a quantidade dispensada;

Anotar a quantidade do estoque após a baixa na ficha de prateleira;

Conferir o medicamento/ material separado de acordo com a requisição de materiais e medicamentos (esta deverá estar completamente preenchida para a conferência);  
Solicitar a orientação do farmacêutico sempre que ocorrer qualquer problema ou dúvida com relação ao medicamento e/ou material solicitado;

### 3) Distribuição de Medicamentos Controlados pela Portaria 344.98

Distribuir os medicamentos sujeitos a controle especial somente mediante requisição de medicamento e material (verificando data, setor solicitante, assinatura do funcionário autorizado, descrição do medicamento e quantidade solicitada) acompanhada de receita de controle especial;

Retirar do estoque, dar baixa na ficha de prateleira subtraindo a quantidade distribuída;  
Carimbar as receitas atendidas (carimbo padronizado) inserido as seguintes informações: data, quantidade, lote, validade, separado por: conferido por:

Conferir o medicamento separado de acordo com a receita e a requisição de materiais e medicamentos (esta deverá estar completamente preenchida para a conferência);  
Solicitar a orientação dos farmacêuticos sempre que ocorrer qualquer problema ou dúvida com relação aos medicamentos solicitados;

### 4) Controle de Estoque

Preencher a planilha de controle de estoque quando identificar algum item que esteja atingindo o estoque mínimo;

Informar o setor compras local solicitando a data programada para a entrega;

Verificar diariamente a planilha de controle de estoque e fichas de prateleiras e informar ao farmacêutico os itens mais críticos e os itens que deverão entrar no próximo pedido;

Informar à diretoria administrativa e supervisão de enfermagem a possível falta de algum material/ medicamento e analisar a possibilidade de substituição destes;

Lançar o pedido baseado no consumo mensal dos materiais e medicamentos ao setor compras local.

### 5) Controle de Validade dos Materiais e Medicamentos

Realizar verificação mensal do prazo de validade de todos os medicamentos e materiais armazenados na unidade de farmácia e almoxarifado e anotar em planilha específica de controle;

Analisar a planilha e verificar a possibilidade de remanejamento com outras dos materiais e medicamentos com prazo de validade igual ou inferior a três meses;

Segregar em local específico todos os medicamentos e materiais com prazo de validade igual ou inferior a um mês;

Comunicar à hotelaria o caso de vencimento de qualquer medicamento ou material para que possa ser dada a correta destinação;

Acondicionar corretamente até a coleta todos os materiais e medicamentos vencidos na unidade de Farmácia.

#### 6) Inventário Rotativo

Imprimir a planilha de posição de estoque no dia anterior ao Inventário;

Realizar mensalmente a contagem de todos os itens de material e medicamento da Unidade de Farmácia e Almoxarifado;

Verificar se o estoque físico está de acordo com o estoque indicado nas fichas de prateleira e posição de estoque;

Comunicar ao farmacêutico qualquer divergência no processo;

Orientar e corrigir as intercorrências que houver;

#### 7) Inventário Trimestral

Aplicar o treinamento de inventário uma semana anterior ao inventário;

Comunicar os responsáveis por cada setor a data de realização do inventário a fim de não comprometer o estoque deles;

Comunicar todos os colaboradores do ambulatório a data de realização do inventário;

Fazer um checklist com todos os procedimentos necessários para o correto andamento do inventário;

Imprimir a planilha de contagem no dia anterior ao Inventário;

Retirar todas as fichas de prateleira e separá-las por grupo (medicamento, laboratório etc.) um dia anterior ao inventário trimestral;

Realizar trimestralmente a contagem de todos os itens de material e medicamento da Unidade de Farmácia e Almoxarifado;

Verificar se o estoque físico indicado na planilha de contagem está de acordo com o estoque indicado nas fichas de prateleira e posição de estoque;

Comunicar ao farmacêutico qualquer divergência no processo;

Orientar e corrigir as intercorrências que houver;

Inventariar todas as fichas de prateleira com caneta vermelha;

Guardar as fichas de prateleira em seu devido local;

Fazer a Acurácia dos estoques de farmácia e almoxarifado

Enviar a Acurácia de Farmácia e de Almoxarifado à diretoria administrativa;

#### 8) Escrituração das Receitas de Medicamentos Sujeitos a Controle Especial

Realizar todo o processo de recebimento de medicamentos dos fornecedores;

Dar entrada na ficha de prateleira e posição de estoque;

Arquivar uma cópia da Nota Fiscal na pasta de receitas de psicotrópicos para posterior entrada no livro de registro;

Dar as entradas de medicamentos psicotrópicos no Livro de Registro;

Dispensar medicamentos psicotrópicos mediante receita e requisição de material e medicamento;

Conferir as requisições e receitas atendidas;

Carimbar o verso das receitas atendidas colocando: data, quantidade separada, lote, validade, responsável pela separação, conferência;

Fazer o lançamento das receitas no livro de registro de medicamentos sujeitos a controle especial semanalmente e numerar as receitas de forma sequencial;

Preencher a planilha de controle de registro de psicotrópico toda segunda-feira, colocando a numeração da última receita atendida, qual portaria pertence, data da última escrituração e número da página que foi lançada com a orientação frente ou verso;

Armazenar todas as receitas lançadas para atender as fiscalizações.

#### 9) Conferência dos Medicamentos e Materiais dos Carros de Parada

Informar a vistoria nos carros de parada à supervisão de enfermagem um dia antes da realização dela;

Solicitar que uma enfermeira acompanhe a vistoria da equipe de farmácia;

Romper o lacre do carro de parada a ser vistoriado;

Realizar a conferência de validade, quantidade, lote e aspecto físico de todos os medicamentos e materiais contidos no carro de parada todo último dia útil de cada mês;

Realizar a troca de todos os materiais e medicamentos próximos ao vencimento (vencerão no mesmo mês) que serão retirados do carro de parada;

Apresentar à enfermeira responsável da unidade uma listagem com todos os medicamentos e materiais retirados na conferência;

Preencher a requisição de materiais e medicamentos com todos os itens que serão substituídos;

Assinar o livro de rompimento do lacre e informar novo número sequencial do lacre;

Atualizar a planilha de controle de materiais e medicamentos do carro de parada;

No caso de emergência com a necessidade de rompimento do lacre, a Farmácia será avisada e deverá assinar o livro do rompimento do lacre;

Conferir o carro e pedir reposição do material e medicamento que foi utilizado na emergência;

Lacrar o carro após a conferência da enfermagem/farmácia;

Atualizar a planilha de controle de materiais e medicamentos do carro de parada e régua de controle da conferência;

#### 10) Ronda Farmacêutica

Realizar quinzenalmente a ronda farmacêutica, juntamente com um profissional da enfermagem, utilizando o Checklist para conferência;

Retirar do estoque todos os materiais e medicamentos com prazo de validade igual ou inferior a um mês, ou com etiqueta de abertura vencida, além de amostras grátis;

Apresentar à enfermeira responsável da unidade uma listagem com todos os medicamentos e materiais retirados na ronda;

Preencher uma requisição de material e medicamento com todos os itens retirados dos setores e encaminhar a Farmácia a fim de não comprometer o estoque mínimo do setor;

Protocolar com a enfermagem a data da ronda e as intercorrências encontradas;

Comunicar à equipe de Farmácia eventual medicamento ou material vencido ou próximo ao vencimento bem como qualquer irregularidade em relação aos mesmos (alteração de cor dos medicamentos ou integridade comprometida da embalagem);

Realizar a substituição dos materiais e medicamentos retirados dos setores pela equipe de enfermagem mediante apresentação de requisição de material e medicamento corretamente preenchida;

#### 11) Lançamentos dos Pedidos de Compra Trimestrais

Verificar diariamente todos os itens de materiais e medicamentos que estão atingindo o estoque mínimo ou que zeraram no estoque;

Preencher a planilha de estoque mínimo ou zerado com todos os itens identificados;

Verificar a planilha diariamente e informar ao farmacêutico os itens mais críticos;

Preencher o documento padrão para lançamento de pedidos com código, descrição, unidade e quantidade do item a ser pedido, em três vias baseado na planilha de estoque mínimo;

Assinar e encaminhar o pedido para assinatura da Coordenação Administrativa;

#### 12) Entrada de Notas Fiscais

Receber materiais e medicamentos;

Dar entrada da Nota Fiscal em planilha específica contendo: nome da empresa, número da nota fiscal, número da ordem de fornecimento, valor total da nota fiscal, data de entrada na unidade de farmácia e almoxarifado, data de emissão e data de vencimento;

Dar as entradas dos materiais ou medicamentos constantes nas Notas Fiscais nas fichas de prateleira e na planilha de controle de estoque;





Encaminhar a Nota Fiscal para pagamento com a Ordem de Fornecimento já assinada.

Incluir a nota fiscal que não foi enviada para pagamento na planilha de relação de notas fiscais pendentes;

Encaminhar a planilha de relação de notas fiscais pendentes, na última semana de cada mês, à diretoria administrativa e contabilidade local;

Encaminhar até o quinto dia útil de cada mês a planilha de controle de entrada de notas fiscais à contabilidade local;

### 13) Entrada de Materiais e Medicamentos nas Fichas de Prateleira

Realizar todo o processo de recebimento de material/ medicamento;

Solicitar aos auxiliares de farmácia sempre que necessário a conferência da quantidade total (estoque já existente + quantidade recebida);

Dar entrada dos materiais ou medicamentos constantes na Nota Fiscal na ficha de prateleira com caneta esferográfica vermelha colocando: data, número da nota fiscal, nome da empresa, quantidade recebida e quantidade do estoque total;

### 14) Entrada de Materiais e Medicamentos na Planilha de Posição de Estoque

Realizar todo o processo de recebimento de material/ medicamento;

Solicitar aos auxiliares de farmácia sempre que necessário a conferência da quantidade total (estoque já existente + quantidade recebida);

Dar entrada de todos os materiais/ medicamentos constantes na Nota Fiscal na planilha de controle de estoque, verificando se nesta já consta a especificação do item recebido, caso não conste inserir em cada centro de custo a especificação do material/ medicamento recebido;

Verificar na planilha Estoque Atual a quantidade total e o valor total do estoque, no caso de divergência solicitar auxílio ao farmacêutico;

### 15) Saída de Materiais e Medicamentos na Planilha de Controle de Estoque

Recolher todas as requisições de medicamento e material atendidas no dia anterior sempre no primeiro horário;



Verificar se as requisições recolhidas estão corretamente preenchidas e assinadas pelos auxiliares de farmácia;

Solicitar o correto preenchimento das requisições ao auxiliar responsável pela separação ou conferência caso estas estejam incorretas;

Completar as requisições com todas as informações referentes ao item solicitado como dosagem, tamanho etc.;

Dar saída dos itens das requisições recolhidas na posição de estoque para cada centro de custo solicitante;

Verificar, a cada saída, o estoque atual a fim de confirmar se o estoque indicado na planilha de controle de estoque está igual ao estoque indicado na ficha de prateleira;

Arquivar as requisições de medicamento e material baixadas na posição de estoque;

#### 16) Identificação das Prateleiras e Armários

Elaborar as etiquetas de identificação das prateleiras e armários onde deverá constar: logo da unidade, descrição do material/ medicamento e estoque mínimo (baseado no consumo mensal), sendo que, drogas de alto alerta são identificados com etiqueta na cor amarela e psicotrópicos são identificados com etiqueta na cor laranja.

Identificar as prateleiras e armários;

Solicitar a substituição das etiquetas sempre que identificado aumento ou diminuição do estoque mínimo ou desgaste delas;

#### 17) Compilação dos Dados para a Elaboração dos Indicadores Mensais

Compilar no primeiro dia de cada mês os dados abaixo relacionados ao mês anterior:

Número de requisições de materiais e medicamentos atendidas;

Número de requisições de materiais e medicamentos conferidas e não conferidas;

Número total de itens inventariados (inventário mensal)

Número total dos itens com divergência no inventário mensal;

Número total de itens obsoletos;

Número total de notas fiscais recebidas – almoxarifado;

Número total de notas fiscais recebidas – farmácia;

Número total de materiais e medicamentos distribuídos de forma incorreta;  
Número total e valores das perdas de materiais e medicamentos por quebra e validade;  
Valor do estoque – Almoxarifado;  
Valor do estoque – Farmácia.

#### 18) Controle da Temperatura do Refrigerador

Verificar a temperatura do refrigerador três vezes ao dia às 7:00, às 14:00 e às 19:00 horas e anotar na planilha de controle de temperatura de refrigerador a temperatura do momento (TMO), a máxima (TMA) e a mínima (TMI);  
Comunicar imediatamente ao Farmacêutico qualquer irregularidade identificada nas verificações conforme orientação da escala de temperatura;  
Corrigir a temperatura regulando o botão de controle do termostato que fica no interior do refrigerador;  
Verificar a estabilidade dos medicamentos e insumos termolábeis;  
Arquivar a planilha de verificação mensal no primeiro dia útil do mês seguinte e disponibilizar aos auxiliares a nova planilha para o mês vigente;  
Validar a planilha semanalmente e corrigir qualquer intercorrência que houver.

#### 19) Controle da Temperatura do Ambiente

Verificar a temperatura do ambiente três vezes ao dia às 7:00, às 14:00 e às 19:00 horas e anotar na planilha de controle de temperatura de ambiente a temperatura do momento (TMO), a máxima (TMA) e a mínima (TMI);  
Comunicar imediatamente ao Farmacêutico qualquer irregularidade identificada nas verificações;  
Arquivar a planilha de verificação mensal no primeiro dia útil do mês seguinte e disponibilizar aos auxiliares a nova planilha para o mês vigente;  
Validar a planilha semanalmente e corrigir qualquer intercorrência que houver.

#### 20) Distribuição de Drogas de Alto Alerta

Realizar o processo de recebimento das Drogas de Alto Alerta;



Imprimir as etiquetas de identificação das Drogas de Alto Alerta onde deverão constar:  
nome do medicamento, dosagem, lote e validade;

Etiquetar as drogas de alto alerta;

Armazenar em área identificada para armazenamento de Drogas de Alto Alerta;

Solicitar à Farmácia através de requisição de medicamentos e materiais as drogas de alto alerta levando no momento da solicitação e o casco do Medicamento solicitado quando aplicável (frasco- ampola) para que a farmácia possa dispensar;

Retirar do estoque, dar baixa na ficha de prateleira subtraindo a quantidade dispensada;

Solicitar a conferência do medicamento separado para o farmacêutico;

Conferir o medicamento separado de acordo com a requisição de materiais e medicamentos (esta deverá estar completamente preenchida para a conferência);

Repor a caixa de armazenamento da Droga de Alto Alerta e lacrar;

#### RELAÇÃO DE DROGAS DE ALTO ALERTA

Adrenalina 1mg/ml

Amiodarona 50mg/mL- ampola com 3mL

Atropina 0,25mg/ml ampola 1ml

Bicarbonato de Sódio 8,4%

Cloreto de Potássio 19,1%- KCl ampola com 10mL

Cloreto de Sódio 20%- NaCl ampola com 10mL

Dobutamina 12,5mg/mL- ampola com 20mL

Fenitoína 250mg/5ml

Fentanila 0,05mg/mL- ampolas com 02mL- 05mL- 10mL

Glicose de 25% e 50%- ampolas com 10mL

Gluconato de Cálcio 10%

Heparina 5.000UI/mL- Frasco com 05mL

Insulina Humana Regular 100UI/mL- Frasco com 10mL

Lidocaína 2% c/ vaso

Midazolam 3ml/5ml/10ml

Noradrenalina 2mg/mL- ampola com 4mL



Sulfato de Magnésio 10% e 50%- ampolas com 10mL

Terbutalina 0,5/1ml

Verapamil 2,5 ml /ml ampola 2ml

## 21) Unitarização de Medicamentos

Realizar o processo de recebimento dos medicamentos, conforme rotina;

Avaliar, de acordo com nosso estoque, a quantidade de comprimidos/ampolas que deverão ser unitarizados;

Fazer e imprimir as etiquetas de identificação, que deverão constar: nome do medicamento, lote, validade, nº de série e nome da instituição.

Imprimir sempre uma etiqueta além da quantidade a ser unitarizada e colar no controle de unitarização e preencher os campos com os dados do medicamento; (anexo)

Solicitar ao farmacêutico que confira os dados do medicamento com a etiqueta impressa e com o controle de unitarização;

Conferir os dados na etiqueta com o medicamento e o controle de unitarização. Se estiver tudo correto, carimbar e vistar o campo de conferência da emissão da etiqueta;

Higienizar devidamente as mãos e se paramentar os com os EPI's necessários no ambiente próprio para unitarização;

Realizar a unitarização prestando a atenção necessária, evitando o contato com outros profissionais;

Anotar no controle de unitarização o horário que iniciou a unitarização e o horário de término da unitarização;

Conferir na totalidade a unitarização realizada pelo auxiliar de farmácia e se estiver tudo correto, carimbar e vistar o campo de conferência final do fracionamento;

Armazenar os medicamentos nas respectivas colmeias;

Supervisionar e orientar o cumprimento desta rotina.

## 22) Avaliação dos Fornecedores

Preencher a Avaliação dos Fornecedores arquivada em computador no ato do recebimento;

Preencher os Indicadores de Avaliação dos Fornecedores de acordo com as informações contidas nas Avaliações preenchidas pelos auxiliares;

Compilar os dados no Indicador da Avaliação dos Fornecedores;

Validar as informações do Indicador da Avaliação dos Fornecedores e enviar ao corporativo de Almoxarifado com cópia para Coordenadora Ambulatorial todo 1º dia útil de cada mês.

### 23) Plano de Contingência para Medicamentos Termolábeis

No caso de alteração de temperatura do termo-higrômetro, avisar com brevidade o farmacêutico.

Toda vez que existir queda de energia elétrica na Unidade de Farmácia, deve acompanhar a temperatura da geladeira, manter o refrigerador fechado e já providenciar a caixa térmica com gelox até que atinja a temperatura ideal.

Quando a queda de energia elétrica ocorrer nos fins de semana, a Gerência Administrativa deve ser avisada brevemente (15 minutos);

Caso a energia não retorne brevemente e a temperatura da geladeira esteja caindo, transferir os medicamentos para as caixas térmicas com gelox, se já estiver na temperatura adequada;

Após o armazenamento dos medicamentos nas caixas térmicas deve ser priorizada o retorno da energia ou aquisição de outro refrigerador assim como a compra de gelox.

### 24) Plano de Contingência para Falta de Medicamentos e Materiais

Comunicar o Farmacêutico os medicamentos e materiais com situação crítica (estoque insuficiente).

Entrar em contato com a Unidade de Compras para situar-se sobre a aquisição do item com estoque crítico.

No caso de impossibilidade de aquisição do item, o Coordenador da Clínica / Especialidade deve ser comunicado para identificar a possibilidade de substituição por equivalente terapêutico.

Comunicar a Administração sobre as intervenções realizadas na assistência.



## 25) Notificação de Farmacovigilância

Realizar busca ativa de farmacovigilância nas clínicas semanalmente.

Comunicar o farmacêutico no caso de surgimentos de reações adversas ou desvios de qualidade de medicamentos.

Investigar as reações adversas e desvios de qualidade e realizar registros.

Realizar notificação de farmacovigilância pelo site da CVS (Centro de Vigilância Sanitária)

## ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO POR DOSE UNITÁRIA (SDMDU)

O sistema de distribuição por dose unitária é um método farmacêutico de dispensação e controle de medicamentos em instituições de saúde. Pode diferir, na forma da execução, dependendo das condições e necessidades institucionais. Não deve ser confundido com a dose unitária industrial, que corresponde à dose standard, comercializada pelos laboratórios, fornecida em embalagem unitária, em que constam a correta identificação do fármaco, prazo de validade e outros dados.

Os elementos principais que distinguem o SDMDU dos sistemas tradicionais são medicamentos contidos em embalagens unitárias, dispostos conforme horário de administração e prontos para serem administrados, segundo a prescrição médica, individualizados e identificados para cada paciente. Sua distribuição pode ser em embalagem plástica, com separações obtidas por solda ou em escaninhos adaptáveis a carros de medicamentos adequados ao sistema de distribuição.

Em sua operacionalização, a prescrição médica ou cópia é enviada à farmácia, onde farmacêuticos preparam a folha de dispensação e o perfil farmacoterapêutico do paciente, para a efetivação do controle de aspectos de farmacovigilância específica da prescrição. Após a separação dos medicamentos, o farmacêutico procede a conferência da dose unitária, de acordo com a prescrição médica. Caso seja necessário, no momento do registro do perfil farmacoterapêutico, as incorreções ou possíveis problemas detectados devem ser relatados à equipe médica.





Justifica-se a implantação do SDMDU em razão de : a) redução da incidência de erros de medicação; b) diminuição do tempo utilizado pelo pessoal de enfermagem para a armazenagem e preparo de medicamentos, com a consequente elevação da qualidade assistencial; c) economia de custo em atividades relacionadas aos medicamentos; d) redução de estoques nas unidades assistenciais e das perdas relativas à caducidade, falta de identificação de medicamentos e redução de desvios; e) melhor controle e racionalização na utilização de medicamentos, através de monitorização da terapêutica; f) otimização da higiene e organização do sistema de distribuição, prevenindo possíveis contaminações e alterações; g) grande adaptabilidade a sistemas automatizados e computadorizados; h) garantia da utilização do medicamento certo, na dose certa e para a hora correta, segundo a prescrição médica.

Nesse sistema, as vantagens são inúmeras, como: redução de estoque nas unidades assistenciais ao mínimo necessário, diminuição drástica de erros de medicação, otimização das devoluções à farmácia, redução do tempo do pessoal de enfermagem dedicado às atividades com medicamentos (rapidez na administração de medicamentos), promoção do acompanhamento de pacientes, controle mais efetivo sobre medicamentos (por exemplo: controle de estoque, caducidade, doses e outros), integração do farmacêutico com a equipe de saúde, oferta de medicamentos em doses organizadas e higiênicas, aumento da segurança do médico e otimização da qualidade assistencial.

## OBJETIVOS

- distribuir medicamentos por dose individualizada para todas as unidades da unidade;
- adequar-se às normas vigentes de controle de medicamentos especiais;
- quantificar os medicamentos que são devolvidos à farmácia;
- implantar uma nova folha de prescrição médica;
- promover e incentivar o uso racional de medicamentos;

## METODOLOGIA E PRAZOS PARA IMPLANTAÇÃO

O trabalho será iniciado, obedecendo aos seguintes passos:

- a) Avaliação das condições de armazenamento e estado de conservação dos medicamentos no posto de enfermagem
- b) Quantificação dos medicamentos existentes no posto de enfermagem.
- c) Identificação dos hábitos de prescrição médica do Pronto Socorro com relação a horário de prescrição e enfermagem.
- d) Implantação de uma nova folha de prescrição médica.

#### MÉTODOS DE CONTROLE SOBRE FÁRMACOS CONTROLADOS E/OU DE ALTO CUSTO

Todos os medicamentos citados na Resolução da Portaria 344/98 que visa Normas para prescrição e dispensação de medicamentos sujeitos a regime especial de controle e são acondicionados de acordo com a tal resolução.

O Setor de Controlados de uma Farmácia é de total responsabilidade do profissional farmacêutico, funcionando da seguinte maneira:

os medicamentos controlados são guardados em salas/armários com trancas;

as prescrições são retidas na farmácia, para posterior controle, sendo registradas no livro de controlados que passa pela Vigilância Sanitária (VS) mensalmente seguindo as normas da Resolução da Portaria 344/98.

O farmacêutico é responsável pelo mapa dos medicamentos controlados e alto custo que é fiscalizado pela Vigilância Sanitária. O mapa é entregue mensalmente, contendo o nome do paciente, o balanço de entrada, saída e estoque.

A Legislação de controle do uso de psicotrópicos em ambiente ambulatorial, de acordo com a Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998, publicada no Diário Oficial pelo Ministério da Saúde, determina que o sistema de distribuição de medicamentos dos psicotrópicos requer uma investigação em profundidade das atividades, para que possa garantir eficiência, eficácia e segurança. De acordo com esta portaria, desde o momento da entrada do medicamento no ambiente ambulatorial, este deverá sempre ser acompanhado por um farmacêutico responsável (Art.93).

Este profissional deve, de acordo com as normas estabelecidas registrar a entrada, a saída e as perdas dos medicamentos dos psicotrópicos em livros e registro específicos que devem conter necessariamente a unidade ambulatorial, a numeração do



receituário específico, o número e a nota fiscal o equivalente registro de entrada. (Art.65, 98).

Além disso, o estoque destes medicamentos também é responsabilidade do farmacêutico. Desta forma, segundo a portaria, estas substâncias “deverão ser obrigatoriamente guardadas sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança, em local exclusivo para este fim”.

### Sistema de Informação de Gestão de Agenda

Os avanços das Tecnologias de informação têm possibilitado a informatização dos chamados prontuários médicos os quais eram elaborados em papel, mas, atualmente, cada vez mais vem sendo substituídos pelos sofisticados sistemas de Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou ao Registro Eletrônico de Saúde.

Desde 2020, o Ministério da saúde anunciou a implantação na Atenção Básica, o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) ou um software próprio que atenda aos mesmos requisitos.

De forma direta, o PEP é um software onde todas as informações clínicas e administrativas do paciente ficam armazenadas, tendo como principal objetivo informatizar o fluxo de atendimento do cidadão realizado pelos profissionais de saúde.

A informatização desses processos na UPA pode trazer benefícios importantes como: acesso rápido às informações de saúde e intervenções realizadas; melhoria na efetividade do cuidado e possível redução de custos com otimização dos recursos, além de aprimorar e automatizar o processo de envio de informações para as esferas de gestão, impactando na qualificação dos sistemas de informações.

Para Proença (2011), o PEP possibilita, além de todas as informações de saúde do indivíduo e o histórico de exames e procedimentos, há o acesso imediato a consultas especializadas e de urgência, uma vez que o sistema permite a interação entre as unidades de saúde, as policlínicas de especialidades e as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). As bases de dados do PEP permitem gerar indicadores de saúde,

alimentar todos os sistemas exigidos pelos gestores estadual e federal e qualquer necessidade do gestor municipal.

#### Funcionalidades do PEP

- Possibilidade de organizar a agenda dos profissionais, organizando e orientando o fluxo de atendimento às demandas agendadas e espontâneas, bem como fazer o registro do seu atendimento ou orientando a resolução da necessidade do usuário da melhor forma possível.
- Facilita o acesso à informação de cada cidadão de forma individual ou coletiva, acompanhando o histórico de eventos de saúde.
- Acompanhamento pelos gestores municipais das atividades desenvolvidas nas unidades de saúde e UPA registradas através do prontuário eletrônico.

Desta forma, o IGPP irá instalar Sistema de informação para gerenciar a agenda na Unidade de Pronto atendimento e Prontuário eletrônico do Cidadão.

## Ações para Gestão de Pessoas

### Política de Gestão de Pessoas

#### MISSÃO

A área de Recursos Humanos / Gestão de Pessoas terá como missão cuidar das suas políticas, atender com eficiência e rapidez, contribuindo para o bem-estar dos nossos colaboradores, através dos processos relacionados a recrutamento e seleção, capacitação e desenvolvimento, cargos e salários, administração de pessoal, segurança e medicina ocupacional.

A política de Recursos Humanos / Gestão de Pessoas do IGPP é composta por uma série de diretrizes que servirão como guia para que se faça a **gestão dos funcionários** de forma estratégica, com o objetivo de alcançar as metas traçadas para o negócio.



É a partir dela que o IGPP estabelece condutas para o dia a dia organizacional. Dessa forma, fica mais fácil **cumprir os objetivos** e aprimorar o desenvolvimento.

A Política de Recursos Humanos / Gestão de Pessoas é composta de diretrizes para:

#### RECRUTAMENTO E SELEÇÃO:

Estabelece as regras relacionadas ao ingresso de novos colaboradores, desde a abertura das vagas até a efetivação. Em algumas situações, traz especificidades como o recrutamento interno, que prioriza os atuais funcionários para as oportunidades em aberto.

Trata dos documentos necessários, etapas, pessoas envolvidas, prazos etc.

#### TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO:

Estabelece a maneira como a instituição investe para desenvolver seus colaboradores, desde os programas de treinamento introdutório até os de formação continuada.

Nessa política, a instituição estabelece regras relacionadas a elegibilidade, disponibilidade orçamentária, formas de treinamento (presencial, à distância), quantidade de horas etc.

#### BENEFÍCIOS:

Especifica tudo o que for relacionado a oferta de benefícios. Deixa claros os direitos dos colaboradores, bem como seus deveres. Trata de aspectos relacionados a convênio médico, auxílio refeição, vale transporte, reconhecimento etc.

Específicas prazos, condições e características dos benefícios, que compõem a remuneração total do colaborador.

#### CARGOS E SALÁRIOS:

Define quais as faixas de remuneração para cada cargo na instituição, estabelece o desenho de sua hierarquia interna e de que maneira o colaborador pode ter crescimento vertical ou horizontal ao longo de seu tempo de trabalho.

Pode tratar também de aspectos relacionados ao reajuste salarial, acompanhando indicadores de mercado.

#### DESLIGAMENTO:

Deixa clara quais são as regras para que um colaborador possa ser desligado, de acordo com os princípios legais e corporativos.

Muitos gestores não têm clareza sobre como conduzir esse processo, que é um dos mais desafiantes dentro de qualquer organização. As regras ajudam a manter as decisões em casos similares e reduzem os riscos de conflitos posteriores.

#### ATRIBUIÇÕES DA GESTÃO DE PESSOAS

- Controle de frequência:

O controle de frequência focaliza as variações ocorridas dentro da jornada de trabalho, assim classificadas:

- Ausência: É o não comparecimento do funcionário durante parte da jornada diária de trabalho;
- Falta: É o não comparecimento do funcionário durante um ou mais dias de trabalho;
- Atrasos: É o comparecimento do funcionário depois do horário inicial de trabalho.

Somente serão aceitas alterações esporádicas da jornada de trabalho, as quais deverão ser comunicadas, formalmente, ao Núcleo de Gestão de Pessoas, com antecedência de 48 (quarenta e oito) horas.

- Toda alteração definitiva de jornada de trabalho deverá ser previamente analisada, pelo Núcleo de Gestão de Pessoas, quanto às disposições legais e aos procedimentos a serem adotados para sua efetivação.

- De acordo com as características específicas de trabalho poderão ser definidos horários diferenciados, inclusive para intervalo de almoço, mediante aprovação prévia do Gestor de Área, em conjunto com o Diretor Geral.
- Para jornada inferior a 8 (oito) horas, o intervalo deve ser fixado conforme legislação em vigor, ou seja, a jornada não deve exceder a seis horas de trabalho e, quando ultrapassar quatro horas, será obrigatório um intervalo de 15 (quinze) minutos.
- Para os funcionários que executam atividades diretamente relacionadas ao funcionamento dos Equipamentos, os horários serão fixados mediante escala de revezamento.
- O registro de frequência será diário e obrigatório a todos os funcionários, nos horários determinados pela Instituição de Saúde, inclusive naqueles horários destinados à refeição.
- No caso de realização de serviços externos durante a jornada de trabalho, os horários de saída e retorno deverão ser registrados pelo funcionário.
- A liberação do registro de frequência, quando houver justificativa, deverá ser autorizada pelo Gestor da área.
- Será tolerado um atraso máximo diário de 15 (quinze) minutos na entrada para o trabalho e no registro da frequência. Ultrapassado o limite de tolerância diária, os minutos/horas serão descontados automaticamente, salvo nos casos de ausência justificada.
- É proibido o registro da frequência com antecedência superior a 14 (quatorze) minutos do início da jornada de trabalho e após 14 (quatorze) minutos do término da jornada, salvo nos casos de horas extraordinárias.
- A critério do Dirigente Geral do Serviço de Saúde em questão, o expediente de trabalho poderá ser suspenso em dias-ponte de feriado, exceto nas áreas cujo funcionamento não possa sofrer interrupção, mediante compensação das horas de trabalho correspondentes, no limite de 2 (duas) horas diárias, em período previamente definido.



- Não será permitido ao funcionário permanecer no local de trabalho, antes ou depois de seu horário normal de trabalho, sem a devida autorização.
- A frequência será apurada mensalmente, e os salários e demais vencimentos pagos com base no registro e cumprimento da jornada de trabalho.
- As ocorrências na frequência dos funcionários estarão sujeitas à deliberação do respectivo responsável pela unidade onde estiver lotado, implicando o apontamento ou o desconto da remuneração. São consideradas faltas justificadas, sem prejuízo de salário, as ausências amparadas na CLT e em Convenção Coletiva de Trabalho.
- São consideradas faltas injustificadas, com prejuízo de salário, aquelas cujos motivos, apresentados pelo funcionário e analisados pelo responsável pela unidade, forem considerados insuficientes para justificar o não comparecimento ao trabalho, aplicando-se os descontos e/ou sanções disciplinares cabíveis, quando for o caso.
- Quando o funcionário se ausentar do trabalho, por qualquer motivo, deverá informar ao responsável pela unidade em que está alocado, se possível com antecedência, e apresentar, logo após o retorno, o respectivo documento comprobatório.
- Todas as ocorrências de frequência que não forem autorizadas ou justificadas, além dos respectivos descontos, estão sujeitas à aplicação das sanções cabíveis.
- O trabalho em regime de horas extras somente deverá ser realizado em casos de extrema necessidade, excepcionalmente e com autorização formal e antecipada do Gestor da Área, a qual não poderá ser delegada, mediante emissão do formulário Autorização/Acordo para Realização de Horas Extras.
- O trabalho na folga e feriado é considerado Hora Extra. Sua prática deverá ser restrita a situações de extrema excepcionalidade e devidamente aprovada pelo Diretor. Nesses casos, também deverá ser emitido o formulário Autorização/Acordo para Realização de Horas Extras.
- As horas extras realizadas serão incorporadas ao Banco de Horas de cada colaborador e as folgas para desconto das horas acumuladas, serão definidas em conjunto com o gestor da área. Desta maneira, o município não será onerado a título de pagamento de

horas extras. A jornada diária de trabalho, não poderão ultrapassar 12 (doze) horas, para equipes assistenciais e 10 (dez) horas para equipes administrativas e de apoio, cuja Inter jornada entre um plantão e o outro deve ser de 11 (onze) horas, salvo nas situações de necessidade imperiosa, força maior e conclusão de serviços inadiáveis, devidamente autorizada pelo Gestor da Área.

- Os casos omissos serão decididos pelo Gestor da Área em conjunto com o Núcleo Administrativo e Financeiro, prevalecendo, sempre, o estabelecido na legislação vigente.

#### **NORMAS E ROTINAS DA GESTÃO DE PESSOAS**

- Efetuar a apuração da frequência diária dos funcionários, por meio adotado pela sede ou pelo Equipamento sob contrato de gestão;
- Mensalmente, receber, dos responsáveis pelas unidades, relatório apontando as ocorrências de frequência de seus funcionários, para análise e justificativas;
- Receber, dos responsáveis pelas unidades, os relatórios de frequência, com as devidas justificativas e comprovantes de ausência ou falta ao trabalho, e proceder aos acertos apontados;
- Receber, dos responsáveis pelas unidades, as Autorizações/Acordo para Realização de Horas Extras, devidamente aprovadas pelo Dirigente Geral do Serviço de Saúde, e apurar as horas trabalhadas;
- Efetuar o fechamento dos dados de frequência no final de cada mês e encaminhar para processamento da folha de pagamento;
- Mensalmente, receber, dos responsáveis pelas unidades, relatórios com a quantidade de horas extras trabalhadas, para acompanhamento e controle;
- Organizar a documentação recebida e manter em pastas apropriadas, para futura fiscalização do Ministério do Trabalho.

## OBRIGAÇÕES DOS FUNCIONÁRIOS/COLABORADORES

Os colaboradores irão registrar a frequência, diariamente, conforme mecanismos definidos pela Instituição de Saúde, observando os critérios e os requisitos aqui estabelecidos:

- Comunicar, de imediato, ao respectivo chefe imediato, toda ocorrência de frequência, se possível com antecedência. Caso não seja possível comunicar a ausência ou a falta, solicitar a um parente ou pessoa de sua confiança que o faça;
- Nos casos de ausências ou faltas, apresentar, no retorno ao trabalho, o respectivo comprovante, quando houver;
- A chefia imediata irá gerenciar a assiduidade dos funcionários com registro efetivo da frequência;
- A chefia imediata irá receber dos funcionários e analisar os comprovantes de ausência ou falta no trabalho, encaminhando-os conforme os conceitos das ocorrências no registro da frequência;
- A chefia imediata mensalmente enviará ao Núcleo de Gestão de Pessoas, relatório contendo as ocorrências de frequências de seus funcionários, emitir parecer, anexar os comprovantes, assinar e devolver, no máximo, no primeiro dia útil seguinte;
- A chefia imediata irá colher assinatura do funcionário, no caso de ausências injustificadas, registrando sua ciência do fato;
- A chefia imediata irá emitir o formulário Autorização/Acordo para Realização de Horas Extras em uma via, colher a assinatura do funcionário, obter a aprovação do Gestor da Área;
- A chefia imediata irá encaminhar o formulário Autorização/Acordo para Realização de Horas Extras ao Núcleo de Gestão de Pessoas, até o primeiro dia útil subsequente ao da realização;

A chefia imediata irá enviar, mensalmente, ao Núcleo de Gestão de Pessoas o relatório com a quantidade de horas extras trabalhadas, para acompanhamento e controle.



## **Critérios para Seleção de Pessoal**

A Contratação de Pessoas para operacionalização dos serviços prestados será realizada por meio de processo seletivo com aplicação de prova objetiva aos candidatos, que possibilite aferir o conhecimento do profissional em sua área de atuação, pautada em critérios previamente definidos em seu próprio regulamento de seleção de pessoal.

### **- Do Processo Seletivo**

O Processo Seletivo destina-se à:

- Complementar o quadro de profissionais devido a vagas abertas;
- Formação de Cadastro Reserva para as vagas que eventualmente surgirem em decorrência de necessidades técnicas e operacionais.

Para iniciar o Processo Seletivo, a vaga aberta será anunciada em sites especializados em busca de emprego, grupos de emprego relacionados ao perfil da vaga e no site e nas redes sociais da Pró-Saúde, conforme definição da equipe de RH.

Quando necessário, a metodologia adotada será gerenciamento das vagas por edital. As etapas serão estabelecidas de acordo com cada categoria profissional, podendo conter: Inscrição, Triagem, Prova objetiva, Entrevista individual/coletiva e Avaliação Comportamental.

### **- Da transparência do Processo seletivo na contratação de pessoas:**

- a) Os editais realizados pelo IGPP, bem como o resultado destes, serão publicados na página da Prefeitura, onde conterão todas as informações de forma transparente;
- b) A seleção de pessoal pelo IGPP será conduzida de forma publica (jornal de grande circulação), objetiva e impessoal, nos termos do regulamento próprio a ser editado por ela.

### **- Dos critérios do Processo Seletivo:**

- a) Serão utilizados critérios técnicos quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias;
- b) Os profissionais contratados pelo IGPP para a prestação dos serviços de saúde

deverão ter comprovada capacidade técnica, com formação adequada ao serviço desempenhado e estar em dia com suas obrigações junto aos conselhos de classe;

c) No edital de contratação de profissionais médicos e enfermeiros constará a obrigatoriedade de requisitos de comprovação de qualificação na área de urgência e emergência;

d) No edital de contratação de profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem será exigido como critério de pontuação o tempo experiência comprovada na área de urgência e emergência.

e) As contratações serão através de processo seletivo e regidas pela CLT, salvo exceções, com carga horária obedecendo as legislações vigentes da categoria.

### **Das Inscrições para Pessoas com Deficiência ou Necessidades Especiais**

A garantia de acesso ao trabalho para a pessoa com deficiência é prevista em lei desde que o cargo pretendido seja compatível com a deficiência de que é portadora, conforme Legislação Municipal e Federal vigentes.

Para concorrer a uma vaga, o candidato deverá:

- No ato da inscrição, declarar-se Pessoa com Deficiência;
- No caso de deficiência permanente encaminhar Laudo Médico (cópia autenticada ou original) e cópia do CPF (cópia simples). O laudo médico só será considerado válido se emitido nos últimos doze meses e deverá constar:

- A natureza da deficiência;
- O grau da deficiência;
- O código correspondente, segundo a Classificação Internacional de Doenças – CID;
- A data de expedição do laudo;
- Assinatura e carimbo contendo o número do CRM do Médico que está emitindo o laudo.

O candidato que se declarar Pessoa com Deficiência pode requerer Atendimento Especial, no ato da inscrição, para o dia de realização das provas, indicando as condições que necessita para a realização destas.

### **Do Processo de Avaliação e Seleção de Pessoal**



O Processo de avaliação e seleção de pessoal será dividido nas seguintes etapas:

**Etapas I** – Análise do currículo frente aos requisitos mínimos exigidos pela vaga e convocação destes para participação no processo de avaliação.

**Etapas II** – Aplicação de prova de conhecimento específico e/ou conhecimentos gerais: a nota mínima para que o candidato se habilite para a próxima fase será de 6,0.

**Etapas III** – Avaliação Comportamental e Entrevista final.

**Etapas IV** - Aprovação

O cronograma das etapas da seleção será acordado entre a equipe de Recursos Humanos e o gestor da vaga. A contratação pelo gestor da vaga, será baseada na lista de classificação dos candidatos, com apoio da equipe de Recursos Humanos, considerando o desempenho do candidato nas fases citadas acima, cuja nota de corte será de 6(seis) e observando-se ainda os critérios definidos pelo modelo de gestão por competências aplicado na. Em caso de empate, será dado preferência para o candidato interno e prevalecendo o empate será contratado o candidato com melhor desempenho na prova de conhecimento específico.

O arquivamento dos processos seletivos é realizado conforme política interna do RH. As provas são arquivadas por 90 dias; gabaritos, redações e testes de avaliação comportamental são arquivados por 01 (um) ano. O processo do candidato aprovado, é arquivado em seu prontuário funcional.

### **Da Convocação e Contratação**

A divulgação do resultado do processo seletivo poderá ser através do site do IGPP e/ou os candidatos selecionados receberão notificação por e-mail e/ou telefone enviado pela equipe de Recursos Humanos.

O candidato deve respeitar o prazo informado para apresentação da documentação.

### **Processo Para Avaliação De Desempenho**

O setor de Recrutamento e Seleção é responsável por controlar os contratos / períodos de experiência, devendo enviar para ao gestor da área a avaliação de desempenho do colaborador antes do término de cada período experimental e cobrar o retorno do documento no prazo determinado.



#### Avaliação de Desempenho do Período de Experiência

- O gestor da área é responsável pela avaliação do novo colaborador, utilizando as ferramentas “Avaliação de Desempenho do Período de Experiência de 45 (quarenta e cinco) dias” e “Avaliação de Desempenho do Período de Experiência de 90 (noventa) dias”.
- Avaliação no Período de Experiência de 45 (Quarenta E Cinco) Dias.
- O gestor deverá dar feedback constante ao novo colaborador;
- Aprovação: prorrogação do período de experiência por mais 45 (quarenta e cinco) dias;
- Reprovação: desligamento.

#### Avaliação no Período de Experiência de 90 (Noventa) Dias.

- O gestor deverá dar feedback constante ao novo colaborador;
- Aprovação: efetivação sem restrições, mas com a possibilidade de iniciar um plano de desenvolvimento individual, considerando as competências técnicas e comportamentais;
- Reprovação: desligamento.

#### Avaliação de Desempenho Anual

- Avaliação de desempenho será elaborada e coordenada anualmente pelo setor de Capacitação e Desenvolvimento, e deverá ser aplicada em todos os colaboradores pelos seus gestores, considerando as competências específicas conforme descrição de cargo e os seguintes aspectos:
  - Capacidade de aprender e assimilar novas ideias;
  - Qualidade de trabalho, grau de perfeição e atenção com que executa seu trabalho;
  - Quantidade de trabalho e produtividade;
  - Relacionamento, maneira de agir;
  - Assiduidade e pontualidade, responsabilidade com horários e comprometimento;



- Espírito de equipe, interesse em conhecer e participar dos assuntos relativos ao seu trabalho e aos do seu setor.
- Avaliação do colaborador a respeito do seu setor de trabalho, considerando os seguintes aspectos:
- Quanto às informações recebidas para o desenvolvimento de seu trabalho;
- Quanto a materiais e equipamentos por ele utilizados;
- Quanto à comunicação com os gestores;
- Quanto à integração na equipe de trabalho;
- Quanto à satisfação na realização das tarefas e atividades.

Etapas para aplicação da avaliação de desempenho:

- Preparação dos gestores para serem agentes multiplicadores do processo;
- Apresentação da ferramenta para os colaboradores;
- Aplicação das Avaliações.
- Análise crítica dos resultados e definição de planos de ação:

Análise dos resultados;

- Finalidade: identificação dos fatores desmotivantes e talentos adormecidos;
- Quando tratar-se de colaboradores de níveis de comando, as ações deverão ser alinhadas com a Superintendência e Diretoria da área;
- Para situações que afetam diretamente os setores, as ações deverão ser definidas com o Superior Imediato para que tenha mais clareza sobre os aspectos que requerem sua atenção, tanto no que se refere às suas atitudes, quanto em relação às atitudes dos colaboradores sob sua responsabilidade.

- Feedback para o colaborador para que ele tenha uma percepção mais segura quanto à visão que seus avaliadores têm em relação às suas atitudes, desenvolvimento profissional e a própria atuação na equipe.
- Alinhar as ações ao cronograma de treinamento e a programas que estimulem o desenvolvimento dos profissionais.
- 

### Registros e Controles de Pessoal. Modelo para Escalas

#### PONTO ELETRÔNICO

O registro da presença do funcionário se realiza por meio de ponto eletrônico biométrico. Atende ao preconizado pela Portaria TEM 1.510 de 2009, que regulamenta o Sistema de Registro de Ponto, em que permite a emissão de comprovantes de registro de marcação do colaborador a cada registro realizado por ele. Caberá o colaborador registrar rigorosamente os seus horários – entrada e saída - realizando o seu horário de trabalho de acordo com a escala de trabalho mensal. A tolerância permitida será para a antecipação de horários, atrasos e saídas em até 10 minutos diários.

A assiduidade e pontualidade são consideradas pela instituição condições fundamentais para não prejudicar as rotinas e não comprometer as atividades desenvolvidas.

Em situações de Férias, Auxílio-Doença, Acidente de Trabalho, Licença Maternidade, Adoção ou Paternidade, o registro de ponto permanecerá em branco e as devidas anotações serão realizadas no Tratamento de Ponto, para impressão do Espelho do Ponto.

Alterações de horários de trabalho somente podem ser realizadas com previa autorização do Gestor.



O colaborador que cumprirá sobreaviso, conforme definição em escala, sempre que acionado para comparecer a Unidade de Saúde deverá registrar os seus horários de entrada e saída, bem como em casos de colaboradores que cumprirão horas extras, as quais ocorrerão somente com a autorização previa do responsável pelo setor/área mediante justificativa

## REGISTRO DE PONTO

Conforme exposto no artigo da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT):

**Art. 74** – O horário do trabalho constará de quadro, organizado conforme modelo expedido pelo Ministro do Trabalho e afixado em lugar bem visível. Esse quadro será discriminativo no caso de não ser o horário único para todos os empregados de uma mesma seção ou turma.

**§ 1º** - O horário de trabalho será anotado em registro de empregados com a indicação de acordos ou contratos coletivos porventura celebrados.

**§ 2º** – Para os estabelecimentos de mais de dez empregados será obrigatória a anotação da hora de entrada e de saída, em registro manual, mecânico ou eletrônico, conforme instruções a serem expedidas pelo Ministério do Trabalho, devendo haver pré-assinalação do período de repouso.

O Espelho de Ponto deverá ser assinado exclusivamente pelo funcionário.

## FALTAS

São consideradas faltas, conforme a situação:

**Faltas abonadas:** Licença Médica, Licença Nojo (Falecimento pai, mãe, filhos e irmãos.), Licença Gala, Licença Paternidade, Participação em Processos na Justiça, Serviço Militar, dentre outros conforme disposto no art. 473 da CLT.

**Faltas Justificadas:** São aquelas que não estão contempladas na CLT ou em Instrumento Coletivo de Trabalho, mas que necessitam de comprovante ou declaração de comparecimento e o empregado é descontado em Folha de Pagamento sem perda do período de gozo de férias e 13º. Salário.

**Faltas Injustificadas:** São aquelas faltas sem nenhum tipo de comprovante, portanto, geram desconto em Folha de Pagamento, quando superior a 05 (cinco) faltas dentro do Período Aquisitivo, com perda no 13º. Salário e período de gozo de férias.

#### **AFASTAMENTOS - INSS**

**Auxílio-Doença e Acidente de Trabalho:** Em caso de afastamento superior a 15 (quinze) dias, o empregado é encaminhado ao INSS para dar entrada no Auxílio-Doença.

**Licença Maternidade:** O artigo 392 da CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, prevê que a partir do 8º (oitavo) mês de gestação, mediante apresentação de atestado médico de 120 (cento e vinte) dias, a empregada poderá gozar do benefício, que é pago pela Instituição em Folha de Pagamento e deduzido na Guia de Recolhimento da Previdência Social. A licença maternidade também é garantida para gestantes que perderem o feto acima da 23ª semana de gestação.

**Licença Adoção:** De acordo com a Lei 12.873 – Art. 71-A: Ao segurado ou segurada da Previdência Social que adotar ou obtiver guarda judicial para fins de adoção de criança é devido salário-maternidade pelo período de 120 (cento e vinte) dias.

#### **ESCALA DE TRABALHO**

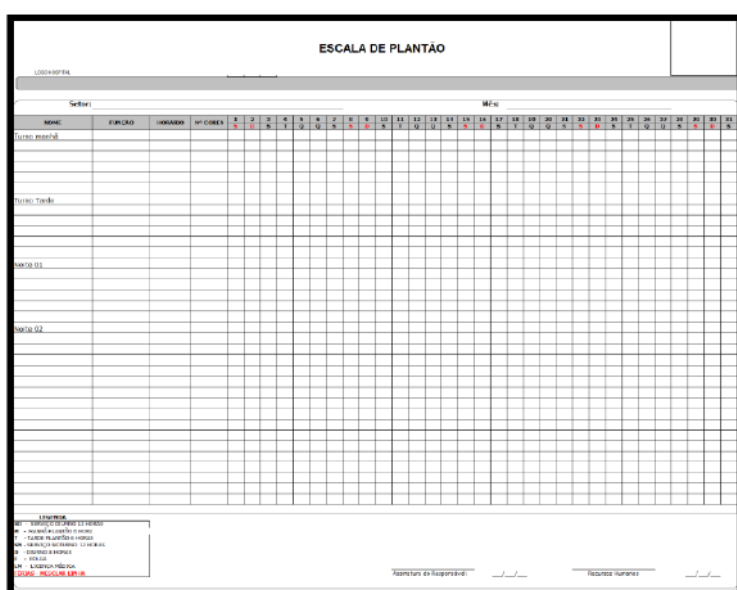
As escalas de trabalho mensais serão elaboradas pela chefia imediata, respeitando o limite e regras estabelecidos por lei (informadas anteriormente). Elas serão entregues ao setor de RH até 15 de antecedência do mês de competência. Desta forma, o colaborador estará ciente e apondo a sua assinatura na escala de trabalho conhecendo os seus horário e folgas com pelo menos 15 dias de antecedência.

Somente em situações de extrema necessidade será permitida a troca de plantão (horário de trabalho ou dia de serviço) com outro colega. Para tanto, a troca de plantão deverá respeitar algumas regras. A primeira refere-se à troca de dias de serviço, a qual deverá ocorrer entre o dia 1º e o dia 30 do mês da troca, visando o melhor acompanhamento do colaborador e da chefia imediata e a realização de carga horária mensal. A segunda regra refere-se à solicitação de troca, a qual deverá ser realizada com a antecedência mínima de 72 horas e mediante formulário próprio para trocas de

plantão, a qual deverá ser preenchida em todos os campos, justificada e assinada pelos dois colaboradores envolvidos. A terceira regra refere-se à validade da solicitação de troca que ocorrerá somente se autorizada pelo responsável do setor/área, o qual fará o encaminhamento ao setor de RH.

Em caso de falta, o colaborador que se comprometeu a fazer o plantão do colega será responsabilizado e sofrerá o desconto em seu salário.

### - Modelo Para Escala De Trabalho



The image shows a template for a medical shift schedule (Escala de Plantão). It includes a header with the title 'ESCALA DE PLANTÃO' and a section for 'Setor:' and 'Mês:'. Below this is a large grid with columns for days of the week (DOMINGO to SÁBADO) and rows for shifts (PLANTÃO, TARDIA, NOITE, etc.). There are also sections for 'Assinatura do Responsável' and 'Assinatura do Colaborador'.

### Gestão De Escala Médica

O IGPP entende que a disponibilidade dos serviços assistenciais de maneira contínua e ininterrupta, tem impacto direto no desfecho clínico dos pacientes atendidos nas Instituições de Saúde. Deste modo, seu efetivo planejamento através de escalas prévias e o monitoramento diário do cumprimento tem impacto direto na produtividade da unidade e na rede municipal de saúde.

O médico como ator principal no planejamento e conduta do cuidado, é peça chave para o sucesso do plano terapêutico dos usuários atendidos.

Para que o corpo clínico desempenhe suas atividades de maneira eficiente e engajada, será implantado em todas as Instituições de Saúde sob a gestão do IGPP, a metodologia de Gestão de Equipes Médicas para:

- Credenciamento do Corpo Clínico.;

- Checagem de credenciais na fonte;
- Elaboração de Escalas Médicas;
- Monitoramento de performance individual e por equipes;
- Controle de ponto individual;
- Monitoramento das equipes médicas em tempo real;
- Troca de plantões;
- Fechamento de plantões.

O gerenciamento de escala proporcionará:

- Gerenciamento da Inclusão de novos médicos no corpo clínico do IGPP;
- Gerenciamento dos Cadastros Médicos;
- Organização da Escala Médica;
- Assiduidade dos Médicos;
- Rastreabilidade dos Plantões Médicos;
- Indicadores quantitativos, qualitativos e financeiros;
- Auditoria da Escala Médica.

### Proposta de Pesquisa Periódica e Contínua de Satisfação do Colaborador

#### PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL

A definição mais usada de Clima Organizacional é a de um conjunto de propriedades mensuráveis do ambiente de trabalho percebido, direta ou indiretamente pelos indivíduos que vivem e trabalham neste ambiente e que influencia a motivação e o comportamento dessas pessoas.

Clima Organizacional é o indicador de satisfação dos membros de uma empresa, em relação a diferentes aspectos da cultura ou realidade aparente da organização, tais



como: políticas de RH, modelo de gestão, processo de comunicação, valorização profissional e identificação com a empresa. A apuração do nível de satisfação dos colaboradores, se faz necessária para:

- Indicar e apoiar as decisões dos gestores;
- Mensurar como está a qualidade de vida no trabalho dos colaboradores. Assim, se a qualidade do trabalho for pobre, conduzirá à alienação do empregado e à insatisfação, à má vontade, ao declínio da produtividade, à comportamentos contraproducentes (como absenteísmo, rotatividade, roubo, sabotagem, militância sindical etc.)
- Estabelecer referências confiáveis sobre um ambiente específico para implementar ações, onde cresça a motivação, gerando um espírito participativo, efetivo, levando a empresa a atingir excelentes níveis de produtividade e comprometimento.

O clima organizacional é uma variável que influi diretamente na produtividade, pois o grau de salubridade de uma organização depende de sua atmosfera psicológica. Esta atmosfera é fruto do conjunto de percepções das pessoas que compartilham seu dia a dia com a organização. A pesquisa revelará a realidade percebida pelos colaboradores e não somente o que efetivamente acontece.

Se a qualidade do trabalho for boa, conduzirá a um clima de confiança e respeito mútuo, no qual o indivíduo tenderá a aumentar suas contribuições e elevar suas oportunidades de êxito psicológico e a administração tenderá a reduzir mecanismos rígidos de controle social.

## Objetivos

- Promover melhoria contínua no ambiente e relações de trabalho a partir da identificação de quanto as pessoas percebem e avaliam os valores e práticas organizacionais, a confiança que depositam na Instituição e o nível de motivação existente.





- Dispor de informações consistentes para fundamentar o planejamento de atividades relativas ao Gerenciamento de Recursos Humanos da Instituição;
- Garantir o alinhamento dos colaboradores para a realização da Missão, o alcance da Visão e o respeito aos Valores da Instituição;
- Integrar os diversos processos e áreas funcionais;
- Melhorar a qualidade da comunicação interna e entre as áreas.

#### METODOLOGIA PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL

A Pesquisa de Clima Organizacional será realizada através de questionário aplicado aos profissionais das classes: médica, enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar) e administrativa, avaliando o clima organizacional e a percepção frente à qualidade dos serviços prestados.

Este questionário deverá ser autopreenchido, ou seja, o avaliador deverá entregar o questionário para os profissionais para que estes mesmos procedam com o preenchimento.

#### Amostra

O cálculo amostral para a quantidade de entrevistas da Pesquisa das Relações e Condições de Trabalho será realizado de acordo com o número de trabalhadores descritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES

#### QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DOS COLABORADORES

Instruções de resposta ao questionário:

Este questionário versa um conjunto de temáticas relativas ao modo como o colaborador percebe a organização de modo a aferir o grau de satisfação com a organização e de motivação sobre as atividades que desenvolve.

É de toda a conveniência que responda com o máximo de rigor e honestidade, pois só assim é possível à sua organização apostar numa melhoria contínua dos serviços que presta.

Não há respostas certas ou erradas relativamente a qualquer dos itens, pretendendo-se apenas a sua opinião pessoal e sincera.

Este questionário é de natureza confidencial. O tratamento deste, por sua vez, é efetuado de uma forma global, não sendo sujeito a uma análise individualizada, o que significa que o anonimato do colaborador é respeitado.

Ao preencher o questionário tenha em conta que o grau de satisfação:

1 = Muito Insatisfeito, 2 = Insatisfeito, 3 = Pouco Satisfeito, 4 = Satisfeito e 5 = Muito Satisfeito.

| Satisfação global                 |                    |   |   |   |   |                                                       |
|-----------------------------------|--------------------|---|---|---|---|-------------------------------------------------------|
| Indicador                         | Grau de Satisfação |   |   |   |   | O que falta para que o seu grau de satisfação seja 5? |
|                                   | 1                  | 2 | 3 | 4 | 5 |                                                       |
| Imagem global da organização      |                    |   |   |   |   |                                                       |
| Desempenho global da organização  |                    |   |   |   |   |                                                       |
| Papel da organização na sociedade |                    |   |   |   |   |                                                       |

|                                                                          |                    |   |   |   |   |                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------|---|---|---|---|-------------------------------------------------------|
| Relações da organização com os cidadãos e a sociedade                    |                    |   |   |   |   |                                                       |
| Nível de envolvimento das pessoas na organização e na respectiva missão. |                    |   |   |   |   |                                                       |
| Satisfação com a gestão e sistemas de gestão                             |                    |   |   |   |   |                                                       |
| Indicador                                                                | Grau de Satisfação |   |   |   |   | O que falta para que o seu grau de satisfação seja 5? |
|                                                                          | 1                  | 2 | 3 | 4 | 5 |                                                       |
| Aptidão da gestão de topo e intermédia para comunicar                    |                    |   |   |   |   |                                                       |
| Aptidão para conduzir a organização                                      |                    |   |   |   |   |                                                       |
| Manual de procedimentos                                                  |                    |   |   |   |   |                                                       |
| Sistema de avaliação de desempenho, relativamente aos objetivos fixados  |                    |   |   |   |   |                                                       |
| Sistema de recompensas dos esforços individuais e de grupo               |                    |   |   |   |   |                                                       |
| Concepção dos processos da organização                                   |                    |   |   |   |   |                                                       |
| Postura da organização face à mudança e à modernização                   |                    |   |   |   |   |                                                       |

|                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------|
| Satisfação com o desenvolvimento da carreira e das competências |
|-----------------------------------------------------------------|

| Indicador                                         | Grau de Satisfação |   |   |   |   | O que falta para que o seu grau de satisfação seja 5? |
|---------------------------------------------------|--------------------|---|---|---|---|-------------------------------------------------------|
|                                                   | 1                  | 2 | 3 | 4 | 5 |                                                       |
| Ações de formação realizadas                      |                    |   |   |   |   |                                                       |
| Oportunidades para desenvolver novas competências |                    |   |   |   |   |                                                       |

| Envolvimento cativo na organização                              |                    |   |   |   |   |                                                       |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------|---|---|---|---|-------------------------------------------------------|
| Indicador                                                       | Grau de Satisfação |   |   |   |   | O que falta para que o seu grau de satisfação seja 5? |
|                                                                 | 1                  | 2 | 3 | 4 | 5 |                                                       |
| Envolvimento nos processos de tomada de decisão                 |                    |   |   |   |   |                                                       |
| Envolvimento em atividades de melhoria                          |                    |   |   |   |   |                                                       |
| Mecanismos de consulta e diálogo entre colaboradores e gestores |                    |   |   |   |   |                                                       |

Ao preencher este quadro tenha em conta que o grau de motivação:

1 = Muito desmotivado e 5 = Muito motivado.

| Níveis de motivação |                   |   |   |   |   |                                                      |
|---------------------|-------------------|---|---|---|---|------------------------------------------------------|
| Indicador           | Grau de Motivação |   |   |   |   | O que falta para que o seu grau de motivação seja 5? |
|                     | 1                 | 2 | 3 | 4 | 5 |                                                      |

|                                                                 |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| Motivação para aprender novos métodos de trabalho               |  |  |  |  |  |  |
| Motivação para desenvolver trabalho em equipa                   |  |  |  |  |  |  |
| Motivação para participar em ações de formação                  |  |  |  |  |  |  |
| Motivação para participar em projetos de mudança na organização |  |  |  |  |  |  |
| Motivação para sugerir melhorias                                |  |  |  |  |  |  |

Muito obrigado pela sua colaboração.

#### Divulgação dos Resultados

- Elaboração de relatório com apresentação quantitativa (gráficos) e qualitativa (ações)
- Divulgação dos resultados para todos os participantes - colaboradores e Gestores

#### PLANO DE AÇÃO

Considerando os itens de maior insatisfação dos colaboradores, propomos as seguintes ações:

Levantamento das Necessidades de Treinamento das equipas a fim de verificar suas carências de conhecimentos, habilidades e atitudes coerentes com as funções exercidas.

Elaboração de Plano Individual de Treinamento e Desenvolvimento Gerencial;



Criação/ otimização dos canais de comunicação com os associados e colaboradores onde seja estimulado o clima de contribuição para sugestões e opiniões de todos.

Realização de campanha motivacional a fim de aumentar o grau de comprometimento com a Empresa e reestabelecer o sentimento de afiliação entre as equipes.

### Proposta de Educação Permanente

A educação continuada é um processo dinâmico de ensino-aprendizagem, destinado a atualizar e melhorar a capacitação de pessoas. É um elemento importante no funcionamento de qualquer instituição, com o objetivo de adequações de funções para melhorar a eficiência e qualificação dos colaboradores, a competência profissional e o nível de satisfação do usuário.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a educação continuada como essencial para a qualidade da assistência à saúde. Entende que auxilia no desenvolvimento dos recursos humanos, num esforço sistemático de melhorar o funcionamento dos serviços através do desempenho do pessoal.

Assim, para minimizar e qualificar as deficiências encontradas no ambiente de trabalho, foi proposto à implementação da educação permanente em saúde, que tem por desafio:

- Mobilizar os profissionais para resgatar a concepção voltada para o desenvolvimento de suas práticas;
- Orientar e educar, identificar as necessidades das equipes que atuam nos diferentes setores para minimizar as deficiências de mão de obra;
- Realizar treinamentos teóricos e práticos nos setores com para exercício diário de aprimoramento técnico/prático, para que eles aperfeiçoem seu processo de trabalho (tomada de decisão, liderança, supervisão, habilidades, flexibilidade e trabalho corpo-a-corpo);
- Ao admitir novos colaboradores será realizada a integração deles na instituição pelo profissional da educação continuada, onde após a contratação será realizado prioritariamente a apresentação da área física da instituição como um todo,

posteriormente irá ser entregue o cronograma de ambientação nos setores, contendo a data e horário. O cronograma contemplará a programação das aulas teóricas e práticas tanto das aulas teóricas quanto das aulas práticas;

- As aulas teóricas: serão ministrados conteúdos em sala de aula. Antes do início de cada aula será realizado pré-teste para avaliação do conhecimento relacionado ao assunto a ser estudado, e no final de cada aula será realizado o pós-teste para avaliar se adquiriram conhecimento suficiente para executarem suas tarefas no dia a dia, de forma que visem o desenvolvimento do serviço nas unidades assistenciais;
- As aulas práticas: o profissional da educação continuada irá acompanhar monitorizar, direcionar e explicar os procedimentos realizados nos setores. Os novos colaboradores serão avaliados durante a realização dos procedimentos técnicos relacionados à assistência. Serão observados quanto ao seu processo de desenvolvimento conhecimento, habilidades e comunicação no trabalho, para que possam:
  - Ser avaliado os resultados;
  - Adquirir o desenvolvimento da capacidade técnica;
  - Conhecer o seu perfil do colaborador;
  - Observar a qualidade no atendimento ao usuário;
  - Identificar os problemas, diagnosticando a necessidades de mudança;
  - Detectar formas alternativas para a correção de falhas;
  - Proporcionar “feedback” aos funcionários sobre o seu desempenho.
- As formas de avaliação: Descrever a sistemática de prova no início de cada plantão.
- Os colaboradores novos serão avaliados no período dos 40 e 85 dias pelo responsável da educação continuada junto com o responsável do setor.
- Durante o período de experiência, o gestor da área deverá realizar o acompanhamento do novo colaborador, e informar ao enfermeiro da educação continuada qualquer dificuldade que o novo colaborador em frente. O responsável da educação continuada passará a acompanhar o novo colaborador para identificar possíveis fragilidades que deverão ser trabalhados ainda no período de experiência.



- Todas as informações relacionadas ao acompanhamento do colaborador, em período de experiência, deverão ser registradas no formulário de desempenho técnico/prático de enfermagem;
- Ao completar 60 dias será realizada uma prova teórica, para avaliar o conhecimento básico, teórico, prático e gerencial que o colaborador adquiriu no período de experiência;
- Durante a avaliação de 85 dias, o enfermeiro da educação continuada emite o parecer liberando ou não o colaborador para assumir as atividades nas unidades assistenciais;
- Caso o colaborador não esteja apto ao desempenho das atividades em 90 dias, o responsável da educação continuada e o responsável pela área de trabalho do novo colaborador deverão finalizar a avaliação procedendo ao desligamento do avaliado. Ainda, de acordo com a avaliação de ambos as lideranças, haverá situações em que o novo colaborador poderá apresentar deficiências que poderão ser trabalhadas após 90 dias de experiência, para estes casos deverá ser aberto um plano de ação para capacitação do novo colaborador. Este será liberado para as atividades nas unidades somente após avaliação e registro do enfermeiro da educação continuada e após a execução do plano de ação;
- A avaliação será encaminhada ao Núcleo de Educação Permanente (NEP) para registro e acompanhamento.

### **Núcleo de Educação Permanente em Saúde**

Serviço responsável por atuar no desenvolvimento dos Recursos Humanos (Médicos, Enfermagem e demais trabalhadores da unidade) através da educação contínua com vistas à qualidade da intervenção, em todas as áreas e profissionais das unidades. É responsável por desenvolver o agir técnico da força dos Recursos Humanos, proporcionando aprofundamento de conhecimentos dos profissionais de saúde por meio da capacitação pedagógica em várias áreas e níveis de complexidade, visando a qualificação do processo assistencial à população. Este serviço poderá desenvolver atividades em parceria, visando ações voltadas à comunidade.



## Treinamento e Desenvolvimento

Os programas de Treinamento e Desenvolvimento serão implementados de acordo com a seguinte sistemática:

- Integração dos colaboradores a nova estrutura e serviços da Unidade ao qual serão lotados;
- Apresentação da Parceria Pública/O.S., Missão, Visão e Valores da Organização Social em consonância com a Secretaria de Saúde;
- Apresentação do Perfil Assistencial específico da Unidade;
- Apresentação das Normas Administrativas e trabalhistas;
- Apresentação de Rotinas e Instruções de Trabalho de Biossegurança, Infecção e outras;
- Apresentação de Rotinas e Instruções de Trabalho específicas por categoria profissional;
- Visita de reconhecimento da Unidade.
- De acordo com as necessidades específicas de implantação de rotinas, atualização de procedimentos, manuseio de aparelhos e materiais, implantação de novos equipamentos e materiais médicos, temas sugeridos e dados evidenciados pela avaliação de desempenho dos profissionais.

## Cronograma

O cronograma das ações será baseado em problemas aferidos nas práticas do dia a dia, mensurados através de indicadores de produção, metas, taxas e outros apontados na Proposta de Técnica.

Tais ações ocorrerão através de intervenções diagnósticas das Comissões constituídas, chefias imediatas, colaboradores e usuários. O setor de Educação Continuada do IGPP apoiará os programas realizados na unidade, buscando construir novas práticas de trabalho, pautadas no trabalho em equipe, supervisões, planejamento participativo e alcance das metas pactuadas.

Abaixo segue tabela com alguns dos Treinamentos programados para o Serviço de Educação Continuada.



| CRONOGRAMA |                                                                                            |                                      |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| MÊS        | TEMA                                                                                       | PÚBLICO ALVO                         |
| 1º mês     | ESTUDO SOBRE LAVAGENS DE MÃOS                                                              | EQUIPE DE ENFERMAGEM E MEDICOS       |
|            | INTRODUÇÃO PRÁTICA PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO                       | EQUIPE ENFERMAGEM                    |
| 2º mês     | TREINAMENTO SOBRE AÇÕES PARA SEGURANÇA DO PACIENTE                                         | EQUIPE ENFERMAGEM                    |
|            | REUNIÃO IMPLANTAÇÃO DE SISTEMA DIGITAL                                                     | COLOBORADORES                        |
|            | ATUALIZAÇÃO DA ROTINA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE MATERIAL NÃO CRÍTICO                     | EQUIPE DE ENFERMAGEM                 |
|            | IMPLANTAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE RELACIONADOS ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM | EQUIPE DE ENFERMAGEM / EQUIPE MÉDICA |
|            | IMPLANTAÇÃO DE NORMAS E ROTINAS PARA VISITANTES/ ACOMPANHANTES                             | EQUIPE DE ENFERMAGEM/ ADMINISTRATIVO |
|            | CUIDADOS E MANEJOS COM PACIENTE EM SURTO PSICOTICO (CONTEÇÃO FÍSICA)                       | EQUIPE ENFERMAGEM                    |

| CRONOGRAMA |                                                                                              |                                        |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| MÊS        | TEMA                                                                                         | PÚBLICO ALVO                           |
| 3º mês     | REVISÃO DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (MANCHESTER)                    | EQUIPE DE ENFERMAGEM                   |
|            | REFORMULAÇÃO O SAE DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL                                                 | ENFERMEIROS / EQUIPE DE ENFERMAGEM     |
|            | BRIGADA DE INCÊNDIO                                                                          | EQUIPE BRIGADA E DEMAIS PROFISSIONAIS  |
|            | REVISÃO PROTOCOLO PRÁTICA HIGIENE DAS MÃOS                                                   | EQUIPE DE ENFERMAGEM                   |
| 4º mês     | PREVENÇÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR                                                             | EQUIPE DE ENFERMAGEM                   |
| 5º mês     | TREINAMENTO DE BIOSSEGURANÇA                                                                 | EQUIPE DE ENFERMAGEM                   |
| 6º mês     | LIMPEZA E DESINFECÇÃO DA UNIDADE                                                             | ENFERMAGEM / AUX. LIMPEZA              |
| 7º mês     | RECICLAGEM E TREINAMENTO SOBRE NR 32                                                         | EQUIPE DE ENFERMAGEM                   |
| 8º mês     | PRÁTICA DESCARTE DE LIXO CORRETAMENTE                                                        | EQUIPE DE ENFERMAGEM / AUX. DE LIMPEZA |
| 9º mês     | REVISÃO E RECICLAGEM DOS TREINAMENTOS DE IMPLANTAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE | EQUIPE DE ENFERMAGEM                   |
| 10º mês    | GESTÃO DE EQUIPES                                                                            | COORDENADORES DE EQUIPES               |
| 11º mês    | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS                                                                | EQUIPE DE ENFERMAGEM                   |
| 12º mês    | PALESTRA "RISCOS DO USO DO CELULAR EM AMBIENTES INSALUBRES"                                  | EQUIPE TÉCNICA                         |
| 12º mês    | REFORMULAÇÃO DO NOVO CÓDIGO DE ÉTICA                                                         | ENFERMEIROS / FARMACÊUTICA             |



Todos os Treinamentos e capacitações serão avaliados pelos participantes e a performance e desempenho dos profissionais após realização dos treinamentos e capacitações serão realizadas através de:

- Avaliação escrita: aplicada logo após a realização do curso ou capacitação.
- Avaliação de Eficácia e resultados: aplicada após 90 dias do término do treinamento, pelo superior, não podendo ultrapassar 15 dias e preenchido por ele.
- Avaliação de Comportamento no Trabalho: Visa identificar mudanças de comportamento que geram desempenho no trabalho, mostra o impacto dos programas de treinamento em relação à aderência ao que foi ensinado, se está sendo aplicado na prática do serviço desenvolvido. Esse método de avaliação identifica através da busca em prontuários e auditoria.

### **Desenvolvimento com foco em Competência**

Na sequência da avaliação de desempenho com foco na competência, o PDI é uma importante ferramenta que apresenta as condições atuais de cada colaborador e ao mesmo tempo, mostra o que pode (ou deve) ser realizado no seu desenvolvimento.

O Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) será realizado com a finalidade de suprir eventuais gaps, entre o que se entende ser necessário para cada colaborador e o que efetivamente se apresenta dentro do conceito de competências essenciais e específicas para o exercício da função.

A partir da correta identificação das competências essenciais e específicas o NEP avaliará a melhor forma de encaminhar os planos de desenvolvimento e criar estratégias de aprimoramento do conhecimento.

### **Treinamentos**

Após definição de cronograma, as convocações serão realizadas pelo NEP através de e-mail as linhas de comando e convites individuais entregues pessoalmente a cada colaborador convocado.

Como medida preventiva os PDIs serão abertos a todos os colaboradores interessados em aprimora-se independente do apontamento na avaliação de desempenho anual. Nesta, poderão participar ainda funcionários que tiveram apontamentos em avaliações de experiência. Estas informações serão pontuadas pelo RH ou chefia imediata.



## Proposta de Treinamentos por Módulos para Educação Permanente

### PRÁTICAS INTEGRADAS

|                                                          |
|----------------------------------------------------------|
| Acompanhamento dos eventos sentinela e eventos adversos. |
| Biossegurança.                                           |
| Dispositivos intravasculares centrais e periféricos.     |
| Isolamentos/ Precauções.                                 |
| Linhas de cuidado.                                       |
| Plano terapêutico.                                       |
| Prevenção de infecção.                                   |
| Prevenção de pneumonia.                                  |
| Prevenção de Quedas.                                     |
| Prevenção de Úlceras por pressão.                        |
| Protocolos assistenciais.                                |
| Sustentabilidade.                                        |
| Técnicas de comunicação.                                 |
| Transferência de pacientes interna e externa.            |

### GESTÃO EM SAÚDE

|                                                             |
|-------------------------------------------------------------|
| Organização em saúde e suas implicações para a gestão.      |
| Organização do trabalho em saúde e do trabalho gerencial.   |
| Planejamento estratégico situacional, tático e operacional. |
| Qualidade em saúde: conceitos e ferramentas.                |
| Acesso e continuidade do cuidado.                           |
| Melhoria da qualidade e segurança do paciente.              |
| Construção e definição de indicadores de qualidade.         |

### CUIDADO SEGURO

|                                |
|--------------------------------|
| Identificação do paciente.     |
| Transferências de informações. |



|                                               |
|-----------------------------------------------|
| Treinamentos em segurança do paciente.        |
| Higiene das mãos.                             |
| Prática segura na utilização de medicamentos. |
| Segurança em narcóticos.                      |
| Papeis e responsabilidades da equipe.         |
| Transferência interna.                        |

#### ÁREA ESPECÍFICA CORPO CLÍNICO

|                                                   |
|---------------------------------------------------|
| Conhecimento do Aporte Tecnológico Institucional. |
| Atualização sobre normas e rotinas.               |
| Atuação no plano terapêutico.                     |
| Atuação nas linhas de cuidado.                    |
| Cultura de qualidade.                             |
| Cultura de segurança.                             |
| Capacitação de liderança para gestores.           |

#### ÁREA ESPECÍFICA ENFERMAGEM

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SAE- Sistematização da assistência de enfermagem.                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Taxionomias diagnósticas, de intervenção e de resultados de Enfermagem.                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Classificação de complexidade dos cuidados em enfermagem – FUGULIN.                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Conduitas de enfermagem a pacientes com:<br>Trauma Cranioencefálico (TCE)<br>Trauma Raquimedular (TRM);<br>Doenças cerebrovasculares;<br>Acidente Vascular Cerebral- Isquêmico (AVCI);<br>Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH);<br>Malformação Arteriovenosa (MAV);<br>Aneurisma Cerebral;<br>Patologias neurológicas;<br>Epilepsia; |

|                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------|
| Tumores Cerebrais;                                                                 |
| Síndrome de Guillain-Barré;                                                        |
| Miastenia Grave;                                                                   |
| Hidrocefalia;                                                                      |
| Morte Encefálica.                                                                  |
| Farmacoterapia e condutas de enfermagem em QT.                                     |
| Cuidados na administração de trombolíticos.                                        |
| Cuidados na administração de medicamentos.                                         |
| Cuidados com drogas de alto alerta.                                                |
| Cuidados na passagem de Sondas Nasogástrica e Nasoenteral.                         |
| Cuidados na manutenção de Cateteres Venosos Centrais.                              |
| Conduta de enfermagem para a criança e ao adolescente com dor.                     |
| Curativos e coberturas padronizadas.                                               |
| Ventilação mecânica e gasometria arterial no paciente crítico adulto e pediátrico. |
| Assistência em parada cardiorrespiratória em adultos e infantil                    |
| Coleta de exames e preparo e acompanhamento do cliente para exames.                |
| Condutas de enfermagem para termo terapia e frio terapia.                          |
| Preparo do corpo pós-morte.                                                        |
| Gestão de qualidade e gestão de processos.                                         |
| Liderança, criatividade e comunicação na Enfermagem.                               |
| Enfermeiro como Gestor da Unidade e do Cuidado.                                    |
| Enfermagem clínica.                                                                |

#### ÁREA ESPECÍFICA PARA FARMÁCIA

|                         |
|-------------------------|
| Guia Terapêutico.       |
| Formas Farmacêuticas.   |
| Classes terapêuticas.   |
| Vias de administração.  |
| Dose Unitária.          |
| Drogas de Alto Alertas. |



|                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Farmacovigilância.                                                                        |
| Interações Fármaco X Fármaco / Interações Fármaco X Nutrientes/                           |
| Garantia e controle de qualidade- CTQF.                                                   |
| Dispensação de psicotrópicos.                                                             |
| Descarte de resíduos/ Conferência do carro de emergência/ Dispensação de antimicrobianos. |
| Preparo de medicamentos.                                                                  |
| Farmácia clínica e segurança do paciente.                                                 |
| Logística em farmácia.                                                                    |
| Gestão em Farmácia.                                                                       |
| Análise Farmacoterapêutica.                                                               |

#### ÁREA ESPECÍFICA PARA SERVIÇO SOCIAL

|                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Interfaces entre questão social, adoecimento e tratamento.                                                                                                                                 |
| Pressupostos para a sistematização das práticas dos assistentes sociais em clínicas cirúrgicas.                                                                                            |
| Pressupostos para a sistematização das práticas dos assistentes sociais em especialidades clínicas.                                                                                        |
| Intervenção em cuidados paliativos.                                                                                                                                                        |
| Atividades do Serviço Social com grupos, na perspectiva de garantia de direitos sociais da população usuária do SUS.                                                                       |
| Apoio psicossocial e acolhimento de paciente e/ou famílias em situação de urgência/emergência.                                                                                             |
| Localizar familiares de pacientes, dar suporte, acolher, mediar informações e providenciar onde familiares vão permanecer durante o período de internamento. Disponibilizar Casa de Apoio. |
| Orientações quanto aos direitos sociais e encaminhamentos as redes de referência do município e região.                                                                                    |
| Atendimento psicossocial aos familiares de pacientes da Emergência.                                                                                                                        |

## ÁREA ESPECÍFICA PARA SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

|                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estrutura e organização do trabalho do auxiliar administrativo na Diretoria de Enfermagem |
| Habilidades Interpessoais no trabalho                                                     |
| Noções de Direito Administrativo e Processo Administrativo Disciplinar                    |
| Sistema informatizado e relatórios estatísticos                                           |
| Atendimento e cadastro de usuários                                                        |
| Faturamento                                                                               |
| Gestão de Suprimentos                                                                     |

## SERVIÇO DE OUVIDORIA AO USUÁRIO

O Serviço de Ouvidoria ao Usuário tem como objetivo registrar queixas, sugestões ou elogios, orientar os pacientes e familiares em questão mais específicas, verificar o índice de satisfação dos usuários, atendendo as necessidades e expectativas dos clientes.

O trabalho desenvolvido na Ouvidoria envolve todos os setores das unidades de saúde no sentido de garantir um atendimento digno, com resolutividade e eficácia na assistência aos usuários.

A Ouvidoria também é o responsável pela aplicação da Pesquisa de Opinião dos Usuários, que tem por objetivo registrar a opinião do usuário ou familiar e pontuar as questões referentes a atuação dos diversos profissionais, com foco na qualidade da assistência prestada, tempo de espera, qualidade e higiene das instalações e equipamentos.

A pesquisa ficará à disposição dos usuários e familiares em postos estratégicos da unidade, para que seja respondido de forma espontânea ou através de incentivo dos colaboradores.

A Ouvidoria também realizara o Questionário de Opinião dos Usuários, onde o usuário ou seus familiares serão abordados pelos colaboradores da Ouvidoria que fará perguntas sobre o atendimento oferecido pela unidade (PESQUISA ATIVA).



Diariamente as pesquisas e os questionários respondidos serão recolhidos e tabulados, ao final do mês será apresentado um relatório geral do resultado das pesquisas.

#### C- Normas de Atendimento da Ouvidoria

- Os atendimentos para registros de Reclamação, Sugestão, Elogios, ou para sanar dúvidas deverão ser feitos pelo Coordenador da Unidade. O atendimento deverá ser feito em uma sala reservada, de forma a preservar a privacidade do paciente.
- Nos casos em que existir algum conflito na unidade entre o paciente e o colaborador, solicitar a presença do coordenador da unidade, ou na sua ausência o enfermeiro responsável. Ele deverá dirigir-se ao local e solicitar que o usuário o acompanhe até uma sala reservada para o atendimento de sua queixa.

#### D- Registros de Atendimentos da Ouvidoria

- Todos os atendimentos realizados, seja pessoalmente, por telefone, correio ou e-mail devem ser registrados em planilha Excel própria para tal registro.
- A planilha de controle deve conter os seguintes itens: fonte da reclamação (verbal, telefone, correio, e-mail etc.), número de ocorrência, data, nome do usuário / paciente, resumo de ocorrência, resumo da ação e unidade envolvida (recepção, médica, enfermagem etc.).
- Ao final do mês emitir um relatório com os seguintes dados: total de atendimentos (telefone pessoal e e-mail) e unidades envolvidas.

#### E- Encaminhamento das Reclamações

As ocorrências formalizadas deverão ser encaminhadas para os respectivos setores para providências e ao final do mês enviar para a Coordenação da Qualidade o relatório gerencial das ocorrências.

Todas as reclamações recebidas deverão ser respondidas em até 48 horas.

Os envolvidos deverão apresentar a resolução em 15 dias.

OBS:- Entende-se por resolução o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhado a seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado.

F- Rotinas para Atendimento ao Cliente:

- Rotina de atendimento para orientações gerais

Atender cordialmente o paciente, solicitar que apresente sua dúvida.

Orientar o paciente e se certificar que ele tenha entendido a orientação.

- Rotina de atendimento das reclamações

Orientar o usuário a formalizar a reclamação, sugestão ou elogio no formulário de Registro de Reclamação do Usuário. No caso da impossibilidade de ele formalizar a reclamação no ato, orientá-lo da possibilidade de enviar por e-mail ou trazer redigido de sua residência.

Descrever a reclamação no formulário próprio para reclamações, nos casos em que o paciente tiver dificuldades na escrita e solicitar nosso auxílio. Utilizar nestes casos a 3ª pessoa ou responsável legal, no caso de menores de idade.

Ler ou solicitar a leitura do que foi escrito para o paciente e solicitar sua assinatura.

Informar ao paciente para quem está sendo encaminhado a sua reclamação, se certificar que os dados pessoais (endereço e telefone) estão corretos, e o informar sobre como será dado o retorno.

Anotar na planilha de ocorrências e inserir na planilha de controle das ocorrências formalizadas.

- Rotina de controle de prazo para retorno das reclamações

Verificar diariamente quais as reclamações pendentes que estão com o prazo vencido no dia.

Elaborar e-mail para secretária da Diretoria/ Coordenação envolvida contendo a relação das reclamações pendentes (número da queixa, nome do reclamante, data em que foi encaminhado).

- Rotina de aplicação das pesquisas de satisfação

Deixar os impressos das pesquisas nos locais estabelecidos.

Verificar diariamente se não está faltando o impresso de pesquisas de satisfação em suas respectivas caixas.

Retirar diariamente, as pesquisas das caixas.

Manter as pesquisas em envelopes identificados, para o futuro arquivo.

- Rotina de aplicação do questionário para avaliação do usuário

Entrevistar os pacientes ou acompanhantes que passaram em consulta médica ou realizaram exames na unidade.

Encaminhar aos responsáveis as reclamações, elogios e sugestões que possa haver no momento da aplicação do questionário.

- Rotina de tabulação do questionário para avaliação do usuário

Tabular os questionários respondidos conforme os itens avaliados, gerando um relatório constando o total de pesquisas respondidas e os resultados obtidos para cada item.

Enviar o relatório mensalmente até o dia 10 do mês subsequente para a Coordenação de Qualidade.

#### OBSERVAÇÕES:

- Deixar as pesquisas em pontos estratégicos das unidades e instruir os colaboradores que incentivem os usuários a responderem as pesquisas.

- As pesquisas também podem ser realizadas através de entrevistas com os usuários, na impossibilidade de eles responderem as questões.

- Solicitar também aos familiares que respondam as pesquisas, enfatizando a satisfação no atendimento ao familiar em questão.

- O coordenador deverá passar semanalmente nas unidades para recolher as pesquisas e verificar os registros das reclamações e suas devidas providências.

- Encaminhar, juntamente com o Relatório Gerencial de Resultado das Pesquisas, os registros de reclamações e sugestões dos usuários, com as devidas providências tomadas.

#### PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DE ENFERMAGEM

Este Regulamento representa a estrutura do corpo de Enfermagem. Ele reflete a visão de profissionais de Enfermagem que lutam por uma profissão verdadeiramente preocupada com uma sociedade mais justa e mais humana.

Em linhas gerais, são representados os aspectos diretivos, estruturais e políticos da enfermagem e institui as normas gerais de funcionamento do Serviço de Enfermagem, (SE) aplicável a todos os profissionais lotados neste serviço.

Este serviço interage em todas as áreas, de forma integrada e com a corresponsabilidade da qualidade no atendimento ao paciente e sua atuação é sempre feita com responsabilidade, competência, conhecimento técnico - científico e humanização.

Ele se baseia em normas técnicas e administrativas para a sua realização.

O presente Regulamento Interno norteará o Serviço de Enfermagem, pré-estabelecendo o seu posicionamento na unidade, assim como a descrição de cargos, funções e finalidades do Serviço.

## CAPÍTULO I

### Missão do serviço de Enfermagem

Promover o crescimento e desenvolvimento da equipe de enfermagem através do conhecimento técnico-científico, a fim de se atingir metas em excelência na qualidade dos serviços prestados, de forma humanizada e primando pela valorização do ser humano na sua integralidade, respeitando princípios éticos com dedicação, compromisso e amor.

## CAPÍTULO II

### Das Finalidades

Art. 1º- O Serviço de Enfermagem tem por finalidade:

- I – Desenvolver com segurança e qualidade as atividades de assistência ao paciente, de forma participativa e humanizada, enaltecendo as potencialidades individuais e coletivas, tanto de quem presta o cuidado, como do sujeito de suas ações;
- II – Participar do desenvolvimento da formação, do ensino, da pesquisa e da extensão de médicos, residentes, enfermeiros, alunos e outros profissionais da saúde, que forem executadas na unidade;
- III – Executar os cuidados de Enfermagem de todas as unidades do Pronto Socorro, com atenção voltada ao paciente, considerando suas limitações e necessidades de estadia, locomoção, repouso e conforto;



IV – Fundamentar-se numa filosofia condizente com a missão e com os objetivos da unidade;

V – Promover um padrão de atendimento, estimulando a equipe ao desenvolvimento técnico-científico, oferecendo a oportunidade de crescimento dentro das especialidades;

VI – Colaborar com os Programas de Ensino de Educação Continuada da unidade;

VII – Cumprir e fazer cumprir as normas Administrativas e Técnicas da unidade;

VIII – Trabalhar de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN); do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e do Conselho Regional de Enfermagem (COREN);

IX – Realizar e colaborar com os treinamentos e capacitações para os funcionários da unidade, em particular aqueles do Serviço de Enfermagem;

X – Desenvolver indicadores de qualidade e dados estatísticos nas unidades do Pronto Socorro; XI – Desenvolver programas humanizados de atendimento, tanto para o paciente quanto para o profissional de enfermagem.

### CAPÍTULO III

#### Da Posição no Organograma

Art. 2º - O Serviço de Enfermagem faz parte dos serviços técnicos, de atendimento direto ao paciente e é subordinado administrativamente ao Superintendente do Pronto Socorro por meio de sua gerência, atuando junto às Diretorias Clínica/Técnica do Pronto Socorro.

#### COMPOSTO POR:

- Coordenadoras de Enfermagem (especialistas na área de atuação);
- Enfermeiros assistenciais;
- Técnicos/ Auxiliares de Enfermagem;

### CAPÍTULO IV

#### Da Competência

Art. 4º- Ao Serviço de Enfermagem das Unidades de Internação compete:



- I. Admitir pacientes adultos e pediátricos;
- II. Executar procedimentos de triagem a Classificação de Riscos;
- III. Priorizar um ambiente tranquilo e humanizado para o bem-estar do paciente;
- IV. Atender aos médicos, executando a prescrição com critérios éticos e científicos;
- V. Colaborar com o Serviço de Controle e Infecção;
- VI. Incentivar a execução de pesquisas científicas em assuntos de enfermagem e colaborar com as pesquisas dos demais profissionais da área da saúde;
- VII. Colaborar com o Serviço de Educação Continuada;
- VIII. Cooperar com os demais Serviços do Pronto Socorro;
- IX. Preservar e controlar equipamentos, instrumentos, instalações, estoque de materiais, drogas e medicamentos colocados à sua disposição;
- X. Apresentar relatório trimestral das atividades realizadas e do movimento estatístico;
- XI. Controlar e divulgar indicadores de qualidade da assistência de Enfermagem;
- XII. Manter e controlar os estoques mínimos de materiais, drogas e medicamentos;
- XII. Desenvolver programas de atendimento humanizado juntamente com as outras Unidades do Pronto Socorro

Art. 8º- Ao Serviço de Enfermagem da Unidade Centro de Material compete:

- I. Receber, preparar, esterilizar, armazenar e distribuir materiais, roupas cirúrgicas e instrumentais, utilizados no Pronto Socorro
- II. Manter em perfeito funcionamento os aparelhos de limpeza, inspeção e de materiais cirúrgicos;
- III. Realizar testes de segurança de esterilização.
- IV. Efetuar o inventário anualmente, em período estabelecido pela Chefia;
- V. Elaborar relatórios trimestrais das atividades realizadas e do movimento estatístico de todo o material;
- VI. Divulgar indicadores de qualidade;
- VII. Colaborar com o Serviço de Educação Continuada;
- VIII. Cooperar com os demais Serviços da Unidade de Saúde;

## CAPÍTULO VII

### Do Pessoal

Art. 11- À Coordenação de Enfermagem compete:

- I. Ser responsável técnica pelo Serviço de Enfermagem;
- II. Organizar e dirigir o Serviço de Enfermagem, incentivando o trabalho em equipe;
- III. Executar o dimensionamento do Quadro de Enfermagem, atualizando-o anualmente no planejamento estratégico;
- IV. Supervisionar a descrição e a atualização regular de normas, rotinas e procedimentos técnicos;
- V. Analisar e avaliar os cuidados de enfermagem prestados aos pacientes;
- VI. Desenvolver o planejamento estratégico anual, mensurando o seu cumprimento;
- VII. Colaborar com as Diretorias Técnica, Clínica e Superintendência;
- VIII. Passar visita diariamente em todas as Unidades do Pronto Socorro;
- IX. Incentivar a pesquisa científica na sua equipe;
- X. Desenvolver o programa de reuniões e canal aberto com a equipe de Enfermagem;
- XI. Interagir com os demais Serviços de apoio do Pronto Socorro para facilitar e agilizar o atendimento ao paciente;
- XII. Prever materiais, medicamentos e equipamentos necessários ao funcionamento das diversas Unidades, junto às Chefias de Serviços;
- XIII. Incentivar a elaboração e a divulgação dos indicadores de qualidade em todas as Unidades e acompanhar os resultados;
- XIV. Fazer cumprir a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE;
- XV. Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética em Enfermagem;
- XVI. Desenvolver programas de atendimento humanizado juntamente com as outras Unidades de Saúde;
- XVII. Supervisionar as Coordenações de Enfermagem, a fim de colaborar em suas decisões;
- XVIII. Realizar avaliação de desempenho anualmente da sua equipe de coordenadoras de enfermagem



Art.12- Ao Profissional Enfermeiro Coordenador compete:

- I. Coordenar os serviços desenvolvidos pelos profissionais Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem nas Unidades afins;
- II. Passar visita nos setores sob sua coordenação diariamente;
- III. Auditar os procedimentos de enfermagem e aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem- SAE, bem como os prontuários;
- IV. Executar diariamente remanejamento dos profissionais e checagem das escalas de trabalho;
- V. Supervisionar as escalas de serviço desenvolvidas pelos profissionais Enfermeiros;
- VI. Participar das reuniões científicas ou administrativas e passar as informações devidas à equipe de trabalho;
- VII. Desenvolver trimestralmente reuniões com técnicos, auxiliares e profissionais enfermeiros;
- VIII. Colaborar com a Gerência do Serviço de Enfermagem no desempenho de suas atividades, substituindo-a em suas ausências e/ou impedimentos;
- IX. Avaliar técnicas e rotinas de Serviço, ajudando na implantação e nas mudanças;
- X. Registrar ocorrências e alterações no tratamento aos pacientes;
- XI. Colaborar com o desenvolvimento do planejamento estratégico das Unidades afins;
- XII. Realizar avaliação de desempenho anualmente da equipe de enfermeiros de seus setores.

Art. 13 – À (Ao) Enfermeira (o) compete:

- I. Atender às solicitações da Coordenação de Enfermagem;
- II. Visitar diariamente os pacientes da Unidade, executando a SAE;
- III. Planejar a escala de serviço da Unidade; IV. Supervisionar a realização dos procedimentos técnicos;
- V. Prestar assistência ao paciente respeitando os princípios técnicos, éticos e científicos;
- VI. Elaborar rotinas e técnicas, e revisá-las periodicamente, em intervalos máximos de dois anos;



- VII. Participar dos programas de Educação Continuada;
- VIII. Elaborar os planos de assistência de enfermagem aos pacientes;
- IX. Acompanhar as visitas médicas sempre que possível e/ou solicitada;
- X. Assistir à passagem de plantão;
- XI. Controlar a assiduidade, pontualidade e disciplina dos funcionários sob sua responsabilidade;
- XII. Requisitar materiais e medicamentos; XIII. Controlar os equipamentos, materiais e medicamentos;
- XIV. Promover reuniões periódicas com os funcionários sob sua responsabilidade;
- XV. Participar de pesquisas em enfermagem; XVI. Atender ao público e às visitas aos pacientes; XVII. Colaborar com os alunos e professores nos estágios;
- XVIII. Realizar avaliação de desempenho anualmente da equipe de auxiliares / técnicos de enfermagem de seus respectivos setores.

Art. 14- Ao Técnico de Enfermagem compete:

- I. Assistir à passagem de plantão;
- II. Receber os pacientes admitidos e orientá-los na Unidade;
- III. Executar os cuidados de enfermagem que foram planejados;
- IV. Executar procedimentos de Enfermagem de sua competência;
- V. Executar os procedimentos do pré, trans e pós-operatório;
- VI. Preparar os pacientes para os exames complementares de diagnóstico;
- VII. Realizar cuidados de higiene e alimentação dos pacientes;
- VIII. Colaborar com a (o) Enfermeira (o) no cumprimento da escala de serviço e prescrição de enfermagem;
- IX. Comunicar a (o) Enfermeira (o) anormalidades com o paciente;
- X. Anotar no prontuário do paciente os cuidados prestados e as observações;
- XI. Anotar no prontuário, diariamente, os materiais e medicamentos gastos na execução de técnicas;
- XII. Zelar pela manutenção e limpeza das dependências da Unidade;
- XIII. Zelar pelos equipamentos de sua unidade;



XIV. Atender o público e visitas dos pacientes;

XV. Colaborar com os alunos e professores nos estágios.

Art. 15- Ao Auxiliar/Técnico de Enfermagem compete:

I. Assistir à passagem de plantão;

II. Receber os pacientes admitidos e orientá-los na Unidade;

III. Executar os cuidados de enfermagem que foram planejados;

IV. Executar procedimentos de enfermagem de sua competência;

V. Executar os procedimentos de enfermagem do pré, trans e pós-operatório;

VI. Preparar os pacientes para os exames complementares de diagnóstico;

VII. Realizar cuidados de higiene e alimentação dos pacientes;

VIII. Colaborar com a (o) Enfermeira (o) no cumprimento da escala de serviço e prescrição de enfermagem;

IX. Comunicar a (o) Enfermeira (o) anormalidades com o paciente;

X. Anotar no prontuário do paciente os cuidados prestados e as observações;

XI. Anotar no prontuário, diariamente, os materiais e medicamentos gastos na execução de técnicas;

XII. Zelar pela manutenção e limpeza das dependências da Unidade;

XIII. Zelar pelos equipamentos de sua unidade;

XIV. Atender ao público e as visitas dos pacientes; XV. Colaborar com os alunos e professores nos estágios.

## CAPÍTULO VIII

Do Pessoal, seus Requisitos e Deveres

Art. 16- Os requisitos exigidos para o cargo de Gerência do Serviço de Enfermagem são:

I. Certificado do COREN;

II. Diploma de Enfermeira (o);

III. Diploma ou Título de Especialização em área de gestão, ou gerenciamento em enfermagem e/ou Administração;

IV. Experiência profissional de três anos no campo de coordenação;



- V. Conhecimento geral para direção de um Bloco Operatório, Unidades Críticas e demais Serviços;
- VI. Competência técnica-científica, capacidade de liderança, relacionamento e facilidade de trabalho em equipe;
- VII. Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;
- VIII. Habilidades para desenvolver Programas de Qualidade.

Art. 17- Os requisitos exigidos para o cargo de Coordenação de Enfermagem são:

- I. Certificado do COREN;
- II. Cursos de especialização em áreas afins as quais coordena;
- III. Experiência profissional de dois anos;
- IV. Conhecimento específico e abrangente para a área de Coordenação;
- V. Competência técnica-científica, capacidade de liderança, relacionamento e facilidade de trabalho em equipe;
- VI. Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares.

Art. 18- Os requisitos exigidos para o cargo de Enfermeiro de Unidade são:

- I. Certificado do COREN;
- II. Ser especialista na área de escolha e ter visão abrangente nos cuidados ao paciente;
- III. Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;
- IV. Dinamismo, versatilidade, bom relacionamento e trabalho em equipe;
- V. Competência técnico-científica e qualidades para interagir e agir com rapidez;
- VI. Ter experiência de um ano na área de atuação.

Art. 19- Os requisitos para o cargo de Técnico de Enfermagem são:

- I. Certificado do COREN dentro de sua categoria;
- II. Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;
- III. Habilidades técnicas e conhecimento científico, liderança, espírito de cooperação, trabalho em equipe, disciplina, respeito à hierarquia;
- IV. Ter experiência de seis meses na área de atuação.

Art. 20- Os requisitos para o cargo de Auxiliar / Técnico de Enfermagem são:

- I. Certificado do COREN dentro de sua categoria;
- II. Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;
- III. Habilidades técnicas e conhecimento científico, liderança, espírito de cooperação, trabalho em equipe, disciplina, respeito à hierarquia;
- IV. Ter experiência de seis meses na área de atuação.

## CAPÍTULO IX

### DO HORÁRIO DE TRABALHO

Art. 21- O Serviço de Enfermagem manterá plantão durante as 24 (vinte e quatro) horas diárias, através de escalas de revezamento e de acordo com a legislação trabalhista vigente no país.

Art. 22- Todo funcionário do Serviço de Enfermagem deverá se apresentar ao trabalho devidamente uniformizado e no horário determinado em escala.

Art. 23- Os funcionários trabalharão de acordo com a escala elaborada mensalmente pela Enfermeira da Unidade, coordenação e gerência de enfermagem, seguindo a escala diária de trabalho específico.

Art. 24- Todo funcionário deverá prorrogar o seu plantão, em casos de emergência, se for determinado pela Enfermeira da Unidade, Coordenação ou Gerência de Enfermagem.

### DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 25 - O pessoal de enfermagem não poderá receber de clientes e familiares, pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho.

Art. 26 - O Regimento do Serviço de Enfermagem deverá ser cumprido por todos os funcionários do Serviço de Enfermagem.

## POLÍTICA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA





As ações desenvolvidas nessa área não devem se limitar apenas à aquisição e distribuição de medicamentos exigindo, para a sua implementação, a elaboração de planos, programas e atividades específicas, de acordo com as competências estabelecidas para cada esfera de governo.

É necessário que os gestores aperfeiçoem e busquem novas estratégias, com propostas estruturantes, que garantam a eficiência de suas ações, consolidando os vínculos entre os serviços e a população, promovendo, além do acesso, o uso racional dos medicamentos e a inserção efetiva da assistência farmacêutica como uma ação de saúde.

### **Política Nacional de Assistência Farmacêutica**

Por indicação e fundamentado nas propostas aprovadas na I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica realizada em 2003, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou em 2004, através da Resolução n. 338, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), que a define como:

“Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. (BRASIL, 2004c)”.

De acordo com a PNAF, a Assistência Farmacêutica deve ser entendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, tendo como alguns dos seus eixos estratégicos, a manutenção, a qualificação dos serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde e a qualificação de recursos humanos, bem como a descentralização das ações (BRASIL, 2004c).



## Política de Recursos Humanos

Ressaltamos que a quantidade de atividades previstas por serviço contratado, diante da capacidade instalada e dos objetivos abordados neste Programa de Trabalho, corresponderá com as solicitadas no Edital, ou seja, a equipe médica, a equipe de enfermagem, a equipe de apoio e demais serviços, que constituem a contingência total de colaboradores, diretos e indiretos, serão suficientes para executar as atividades descritas no Anexo Técnico que as determinam, levando-se em conta tanto a capacidade instalada na Unidade, quanto a capacidade instalada da nossa Central Administrativa, bem como as metas quantitativas a serem atingidas em termos de produtividade, resolutividade, qualidade e resultados esperados.

A seguir descreveremos as Políticas de Gestão de Pessoas a serem praticadas.

### ➤ Ações Para a Gestão de Pessoas

A principal atividade do Departamento de Recursos Humanos, será a Política de Gestão de Pessoas. Apresentaremos a definição dos critérios para o estabelecimento e manutenção da estrutura de cargos e salários, bem como formalização de um conjunto de normas e procedimentos que disciplinarão sua política salarial.

**Objetivo:** Definição dos critérios para o estabelecimento e manutenção da estrutura de cargos e salários, bem como formalização de um conjunto de normas e procedimentos que disciplinarão sua política salarial.

**Introdução:** No Departamento de Recursos Humanos estarão dispostas as regulamentações e informações que norteiam as práticas de remuneração.

**Mecanismos de Recrutamento:** O processo para o recrutamento das classes de trabalhadores será realizado através de processo seletivo, mediante a aplicação de prova de conhecimentos técnicos e de informática, complementada avaliação psicológica e por entrevista técnica.

## Normas e Procedimentos de Funcionamento do Sistema de Administração de Cargos e Salários

A política salarial fundamenta-se na sistematização da administração de cargos:

- ✓ **Cargo:** é uma definição escrita do que o ocupante do cargo faz. Esse conceito é utilizado para definir as especificações do cargo, o qual relacionará as responsabilidades, os conhecimentos, as habilidades e as competências necessárias ao desempenho satisfatório do cargo. A chefia da área é responsável em comunicar o Departamento de RH, formalmente, através de um documento de comunicação interna, a necessidade da criação ou alteração de qualquer item da Descrição de Cargos, sendo o Departamento de RH responsável em levantar as informações para alterar a descrição, mediante observação do trabalho e/ou entrevistas com os ocupantes dos cargos ou seus superiores e efetuar a validação junto a chefia da área.
- ✓ **Inclusão de Novo Cargo ou Alteração de Cargo Existente:** é necessária a verificação do quadro de lotação, assim como as necessidades estratégicas da Unidade, e, caso necessário, ele é incluído ou alterado na estrutura de cargos.
- ✓ **Salários:** a estrutura salarial é composta por grupos salariais que compreendem os cargos de todos os níveis hierárquicos e áreas da Instituição.
- ✓ **Salário de Admissão:** todo e qualquer colaborador é admitido preferencialmente com salário de admissão estabelecido para o seu cargo (piso salarial). Excepcionalmente, o salário de admissão pode ser estabelecido acima desse limite, em função do grau de qualificação e experiência exigida do candidato ou por contingência de mercado, caso que somente ocorre sob a autorização do Gerente de Recursos Humanos. Colaboradores que são admitidos em substituição temporária de algum tipo de afastamento, ou seja, colaboradores que são admitidos com contrato por prazo determinado, são admitidos com o salário efetivo de acordo com a tabela salarial vigente.
- ✓ **Salário Para Um Novo Cargo:** para se definir a faixa salarial de um novo cargo, este deve passar pelo processo de avaliação e classificação, conduzido pelo Departamento de Recursos Humanos, com base nas atribuições do novo cargo, sendo que tal situação somente ocorre sob determinação do Gerente de Recursos Humanos.

✓ **Alterações Salariais:** o sistema de administração de cargos prevê as seguintes situações que poderão gerar alterações salariais:

- Procedimento Coletivo: entende-se por procedimento coletivo aquele que age sobre a avaliação e classificação dos cargos, convenção sindical e determinações governamentais. Neste ponto periodicamente executa pesquisas salariais de mercado para avaliar e atualizar sua estrutura salarial.

- Procedimento Individual: entende-se como procedimento individual aquele que particulariza situações de trabalho e que envolvam promoções, aumento de salários, salário de contratação, efetivação ou adequação.

- Fim do Período de Experiência: todo colaborador quando admitido, até ser um colaborador efetivo, passa por um período de experiência de 45 dias, que pode ser prorrogado por mais 45 dias, sendo nesse período, administrado o salário de admissão de acordo com a tabela salarial vigente. No mês subsequente ao final do período de experiência o colaborador tem o salário reajustado de acordo com a tabela salarial vigente para o salário efetivo, que corresponde ao salário de admissão acrescido de percentual estabelecido para a função.

- Promoção Vertical: são duas as modalidades de promoção vertical:

- Promoção Para Um Novo Cargo: os aumentos por promoção vertical são concedidos aos colaboradores que passarem a ocupar cargos incluídos numa classe superior à classe atual do cargo dentro da estrutura de cargos e salários.

A promoção vertical está vinculada à existência de vaga no quadro de colaboradores, ou pode ocorrer em função de aumento de quadro devido a aumento da demanda ou criação de novos serviços e ou departamentos. Os candidatos a uma promoção vertical passam por um processo de avaliação de desempenho conduzido pela chefia imediata e analisado pelo Departamento de RH. Os aumentos decorrentes da promoção vertical podem ser concedidos em qualquer mês do ano, desde que o colaborador preencha os requisitos necessários à promoção. Após uma promoção na mesma carreira específica, é observado um período de experiência de 90 dias, sendo nesse período, administrado o salário de admissão do novo cargo de acordo com a tabela salarial vigente.

Nesse período é avaliada a adaptação do colaborador ao novo cargo. No mês subsequente ao final do período de experiência o colaborador tem o salário reajustado de acordo com a tabela salarial vigente para o salário efetivo. Caso o colaborador não se adapte ao novo cargo, a gerência da área comunica com antecedência o fato ao Departamento de RH, que encaminha o colaborador a sua área de origem com seus direitos preservados de retorno à função anterior.

- Reajuste Salarial (reclassificação do cargo na tabela salarial): o aumento por reajuste salarial é concedido por reclassificação, quando um cargo receber atribuições adicionais, de maior complexidade e responsabilidade, que exijam maior conhecimento do que as atribuições atuais, justificando uma reclassificação do cargo para uma classe mais alta na estrutura de cargos.

O aumento decorrente de reajuste salarial pode ser concedido em qualquer mês do ano e deve se ajustar ao orçamento definido. Na Unidade, isto somente ocorrerá mediante autorização do Gerente de Recursos Humanos, sendo reportado na prestação de contas seguinte ao mês da Reclassificação do Salário para o Contratante.

- Méritos: são acréscimos salariais que serão disponibilizados aos cargos que em sua estrutura acabem adquirindo novas responsabilidades, ou ainda alterando a complexidade das atividades relacionadas ao cargo, dessa forma poderá ser disponibilizada através de gratificação ou ainda de alterações salariais que somente ocorrem sob determinação do Gerente de Recursos Humanos sendo reportado na prestação de contas seguinte ao mês da concessão do Mérito para o Contratante.

## **Normas e Procedimentos de Funcionamento do Sistema de Administração de Cargos e Salários**

A política salarial fundamentar-se-á na sistematização da administração de cargos, seguindo os acordos e dissídios coletivos das classes laborais envolvidas.

## **Organização dos Recursos Humanos**



Serão metodologias de trabalho, que serão implantadas no Departamento de Recursos Humanos, objetivando o recrutamento, a seleção, a integração, o controle e a avaliação dos colaboradores.

### **Normas para Seleção de Pessoal, Contratos de Trabalho, Avaliação de Desempenho e Controle do Absenteísmo**

- ✓ Normas para Seleção de Pessoal: realizará a seleção dos colaboradores seguindo as normas para seleção pública através do cumprimento da Carta Magna, Constituição Brasileira de 1988.
- ✓ Processo Seletivo: conforme tange os aspectos legais de nossa Carta Magna realizaremos Processo seletivo através de prova escrita para avaliação de capacidade técnica e científica dos candidatos, além e entrevistas técnicas e psicotécnicas, obedecendo aos princípios de publicidade, impessoalidade, transparência e concorrência.

As entrevistas serão realizadas por profissionais gabaritados de cada área específica e as provas serão de múltipla escolha e elaboradas com temas pertinentes a cada cargo a ser preenchido, obedecendo aos seguintes princípios:

- Realização de prova escrita;
- Correção da prova escrita;
- Publicação do gabarito;
- Eventuais recursos;
- Entrevistas técnicas;
- Realização de avaliação psicológica;
- Publicação dos classificados; e,
- Convocação dos classificados de acordo com ordem de classificação.

As ressalvas serão para os cargos considerados pela nossa Instituição como cargos de chefia, cargos executivos e administrativos, de gerência, de coordenação e de supervisão, que serão nomeados diretamente pela Administração, por tratar-se de cargos de confiança, porém os colaboradores nomeados para ocupar tais cargos

deverão preencher as peculiaridades técnicas para sua execução, com graduação, pós-graduação e/ou experiência mínima de 2 anos na área específica.

### Contratos de Trabalho

Todos os contratos de trabalhos, exceto os contratos dos profissionais médicos, que serão por Pessoa Jurídica, obedecerão aos princípios a Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT, sem ressalvas.

### Avaliação de Desempenho

A gestão do desempenho é um instrumento fundamental na promoção de uma cultura de excelência no desenvolvimento dos colaboradores e na melhoria da qualidade dos serviços prestados ao cidadão, à sociedade civil, empresas e comunidades.

✓ Objetivos:

- Mobilizar os funcionários em torno da missão essencial do serviço, orientando a sua atividade em função de objetivos claros e critérios de avaliação transparentes;
- Reconhecer o mérito, assegurando a diferenciação e valorização dos diversos níveis de desempenho;
- Promover a comunicação eficaz entre hierarquias, estabelecendo como instrumento essenciais no processo de avaliação do desempenho a entrevista mensal e a autoavaliação; e,
- Fomentar o desenvolvimento profissional dos funcionários, através da identificação de necessidades de formação, a considerar necessariamente na elaboração dos planos de capacitação, educação continuada e permanente.

✓ Confidencialidade: todos os prognosticadores de qualidade aferidos na avaliação de desempenho serão confidenciais, respeitando os princípios éticos e legais e o instrumento de avaliação de desempenho ficará no arquivo de recursos humanos do colaborador.

✓ Metodologia: a avaliação de desempenho será sistematizada e continuamente, realizada através de instrumento que possibilite uma dimensão multifatorial da produção do trabalho, levando em conta as metas individuais de produção, assiduidade, pontualidade, motivação, humanização, conhecimento técnico para execução da função



ora alocado e a capacidade individual nas relações humanas envolvendo o trabalho em equipe. A necessidade da anotação e utilização de um instrumento possibilita a avaliação do desenvolvimento de competências, acompanhamento e histórico do colaborador. A sua periodicidade é mensal nos setores, visto as produções serem aferidas mensalmente. A atribuição da execução da avaliação de desempenho será da chefia imediata, fato este crucial para uma boa relação de liderança coaching e uma veracidade dos aspectos apontados pelo avaliador.

### Controle do Absenteísmo

O controle do absenteísmo é de extrema importância, pois interfere significativamente na produção do trabalho no que tange o alcance da produtividade, economicidade, qualidade e saúde do trabalhador.

✓ Metodologia: ele será efetuado através do acompanhamento da taxa de absenteísmo, pelas chefias imediatas, pelo Departamento de Recursos Humanos e pela Supervisão Administrativa da Unidade, sendo que realizarão a elaboração de gráfico com estudo aprofundado dos setores com maior incidência e prevalência. Também faremos a aplicação de instrumentos de pesquisa para levantamento dos motivos dele, visando a implantação de métodos para prevenir e reabilitar os colaboradores afastados.

✓ Aspectos Preventivos: trabalhadores motivados, acompanhados, supervisionados, elogiados pelo bom trabalho tendem a apresentar uma saúde mental, sendo assim um aspecto importante na prevenção do absenteísmo é a implantação de uma gestão compartilhada, democrática, que valoriza o colaborador, que bonifica a produtividade, a criatividade e as boas práticas. Para tanto, realizaremos a capacitação de todas as chefias

imediatas sobre liderança coaching.

A saúde do trabalhador também é outra vertente fundamental no processo de controle do absenteísmo.

### Registro, Controle de Ponto e Escala de Trabalho



✓ Registro Profissional – CLT: o Ministério do Trabalho, através da Portaria 41 de 28/03/2.007, edita normas referentes ao registro de empregados e à anotação da carteira profissional.

A Carteira de Trabalho fica em poder do empregado, sendo que o empregador tem o prazo de 48 horas a contar da admissão, para anotar dados como data da admissão, remuneração e condições especiais do registro, se elas existirem (Artigo 5º da Portaria). As demais anotações serão feitas na data base das alterações salariais, a qualquer tempo por solicitação do empregado, em caso de rescisão, ou para comprovação perante a Previdência Social (Artigo 29º CLT). Tais anotações podem ser feitas à mão ou por meio eletrônico de impressão, por carimbo ou etiqueta, desde que com autorização do empregador ou do seu representante legal (Parágrafo 2º do Artigo 5º da Portaria 41). As anotações devem ser feitas de forma clara, sem abreviaturas, sendo que as emendas, entrelinhas, rasuras devem ser ressalvadas ao final de cada assentamento, de maneira a não gerar dúvidas (Artigo 7º da Portaria).

Permanece a proibição de qualquer anotação que prejudique o trabalhador, ou possa causar danos à sua imagem, tais como anotações referentes a sexo ou sexualidade, origem, raça, cor, estado civil, situação familiar, idade, condição de autor em reclamatória trabalhista, saúde, desempenho profissional ou comportamento (Artigo 8º).

O registro de empregados a que se refere o artigo 41 da CLT, pertence ao empregador e deverá conter obrigatoriamente nome do empregado, data de nascimento, filiação, nacionalidade, naturalidade, número e série da CTPS, número de identificação no PIS/PASEP, data de admissão, cargo e função, remuneração, jornada de trabalho, férias, acidente do trabalho ou doenças profissionais quando houver.

O empregador pode adotar controle único e centralizado, desde que os trabalhadores portem cartão de identificação contendo seu nome completo, número de inscrição no PIS/PASEP, horário de trabalho, cargo e função.

Em caso de prestadores de serviço, os registros podem permanecer na sede da contratada, desde que os empregados mantenham consigo tal identificação.

A apresentação de documentos em caso de fiscalização deverá ser feita no prazo de 02 a 08 dias, a critério do Auditor Fiscal.

É facultado ao empregador efetuar o registro dos empregados em sistema informatizado, com garantia de segurança, inviolabilidade, manutenção e conservação das informações, cumprindo também as exigências de manter registro individual em relação a cada empregado, manter registro original individualizado por empregado, acrescentando-lhe as retificações ou averbações, quando for o caso e assegure o acesso da fiscalização trabalhista às informações dos últimos 12 meses, por meio de tela, impressão de relatório e meio magnético. As informações e relatórios deverão conter data e hora do lançamento, além de rubrica e identificação do empregador ou representante legal. Informações anteriores a 12 meses

terão prazo de 02 a 08 dias, a critério do auditor para serem apresentadas.

As anotações são obrigatórias, tanto nos documentos do empregador quanto na carteira do empregado. Segundo o Artigo 45º da CLT, as anotações na CTPS do empregado servem de prova do contrato de trabalho. Entretanto, segundo Enunciado 12 do TST estas anotações geram presunção relativa e não absoluta.

- ✓ Norma Para Controle de Ponto Pessoal: tem como finalidade estabelecer os procedimentos para a marcação do ponto dos colaboradores. Todas as áreas da instituição são envolvidas.
- ✓ Marcação de Ponto: meio (manual, mecânico ou eletrônico) através do qual o funcionário registra sua presença na empresa para confecção da folha de pagamento.
- ✓ Prêmio por Assiduidade: benefício concedido, visando premiar o funcionário por assiduidade.
- ✓ SESMT: serviço especializado em segurança e em medicina do trabalho.
- ✓ Documentos Associados: RH.00.6.001 – Ocorrência de Ponto.
- ✓ Procedimentos: a marcação do ponto para os funcionários é obrigatória, seja na forma manual, e mecânica ou eletrônica, conforme o procedimento adotado na área. Todo funcionário será responsável pela correta marcação do ponto, nos horários estabelecidos contratualmente para o exercício de suas funções, sendo proibida a marcação de ponto para outro funcionário ou em horários não abrangidos pelo

contrato de trabalho. A falta de marcação do ponto deve ser justificada mediante o formulário Ocorrência de Ponto, preenchido conforme Instrução Interna RH.00.6.001 – OCORRÊNCIA DE PONTO; o não preenchimento implicará no desconto dos períodos abrangidos. O funcionário que faltar por qualquer motivo, apresentar atestado médico, se afastar por auxílio-doença, ou atrasar por mais de dez minutos somados na semana, perderá o prêmio assiduidade. O atestado médico deve ser encaminhado ao SESMT, juntamente com a ocorrência de ponto e devidamente visitado pela coordenadoria, no prazo de 48 horas.

✓ Controles: mensalmente, o Controle de Frequência será aferido pela Administração de Pessoal que faz os apontamentos por funcionário, apurando os dias trabalhados e eventuais faltas e/ou atrasos, para a confecção da folha de pagamento. Caso a falta ou atraso seja justificável, o funcionário deve preencher e assinar o formulário Ocorrência de Ponto, anexar o atestado médico, quando for o caso, apresentando-o à sua coordenação.

✓ Responsabilidades:

- Funcionário: marcar corretamente o ponto nos horários estabelecidos contratualmente; emitir o formulário Ocorrência de Ponto, anexando atestado médico quando for o caso e apresentá-lo ao coordenador para aprovação; e após rubrica do coordenador, encaminhar o formulário à Administração de Pessoal.

- Administração de Pessoal: recolher mensalmente os registros de ponto e apurar as horas trabalhadas.

✓ Escalas de Trabalho:

- Setores Administrativos: 40 horas semanais, com intervalo de 1 hora para refeição.

- Setores de Apoio: 12 por 36, com intervalo de 45 minutos para refeição e 40 horas semanais, com intervalo de 1 hora para refeição.

- Setor de Enfermagem: 12 por 36, com intervalo de 45 minutos para refeição.

Setores Profissionais de Nível Superior Não Médicos: 40 horas semanais, com intervalo de 1 hora para refeição.

- Setor de Radiologia: 24 horas semanais, com intervalo de 45 minutos, para refeição ou sem intervalo para refeição.

- Setor de Serviço Social: 30 h semanais, sem intervalo para refeição.
- Setores Técnicos: 12 por 36, com intervalo de 45 minutos para refeição.
- Observação: sob supervisão da nossa gestão a chefia imediata de cada setor, elaborará as respectivas escalas de trabalho.

### **Normas para Movimentação de Pessoal**

Tem a finalidade de estabelecer os procedimentos necessários para a demissão de colaborador da Instituição. Todas as áreas da Instituição são envolvidas.

- ✓ SEMST: Serviço Especializado em Engenharia em Segurança e em Medicina do Trabalho.
  - ✓ FGTS: Fundo de Garantia por Tempo de Serviço.
  - ✓ Documentos Associados: RH.08.6.002 – Movimentação de Pessoal.
  - ✓ Procedimentos: a coordenação imediata interessada em demitir algum funcionário deve encaminhar o formulário Movimentação de Pessoal, preenchido conforme Instrução Interna RH.08.6.002 – MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAL, pela Gerência da área que, estando de acordo, rubrica o documento e o encaminha para a Diretoria da área, devendo estar devidamente aprovado na Administração de Pessoal 3 (três) dias úteis, anteriores a data de demissão. Toda e qualquer demissão de funcionário deve ser aprovada pelo gestor da área solicitante da demissão antes de sua concretização. As demissões devem ocorrer, preferencialmente, até o dia 25 de cada mês. A comunicação ao funcionário demitido será feita pela coordenação imediata dele, após as devidas aprovações. Após aprovação, o formulário será entregue ao RH que providenciará os documentos abaixo relacionados, necessários para concretizar a demissão:
- Carta de Demissão (se for o caso);
  - Carteira de Trabalho;
  - Aviso Prévio e Extrato do FGTS;
  - Seguro Desemprego (se for o caso);
  - Rescisão;
  - Exame Médico Demissional; e,



- Entrevista de Desligamento.

Todos os documentos relativos à demissão e quitação do funcionário serão arquivados no prontuário funcional do mesmo sob responsabilidade da Administração de Pessoal, inclusive os documentos constantes da pasta funcional do trabalho junto ao SEMST. Após a realização do exame médico demissional, a Administração de Pessoal solicitará ao candidato que realize a entrevista de desligamento no Setor de Serviço Social. Antes de receber as verbas rescisórias e assinar os documentos de quitação, o ex-colaborador deverá devolver todos os objetos a ele confiados tais como: veículo, chaves, crachá, uniformes, documentos, carteiras do convênio médico, grêmio, sindicato etc.

✓ Responsabilidades:

- Chefia da Área: preencher formulário Movimentação de Pessoal e encaminhá-lo à gerência da área e comunicar a demissão ao funcionário.
- Coordenação ou Gerência da Área: rubricar o formulário Movimentação de Pessoal, liberando-o para o Supervisor Administrativo.
- Supervisor Administrativo: aprovar demissão.
- Administração de Pessoal: providenciar documentos necessários para demissão; arquivar todos os documentos referentes ao ex-funcionário no respectivo prontuário; homologar rescisões nos sindicatos correspondentes a categoria.
- Serviço Social: realizar entrevista de desligamento e enviá-la a chefia e à Administração de Pessoal para arquivo no processo do funcionário.
- Funcionário: devolver todos os objetos da Instituição a ele confiados.

### Disposições Finais do Plano de Cargos e Salários

O plano de cargos e salários é revisado anualmente a fim de observar as modificações nas práticas da gestão e alterações, caso sejam necessárias.

### Regulamento de Contratação de Pessoal

## **CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO**

### **Artigo 1º – DA FINALIDADE**

O presente Regulamento de Contratação de Pessoal, tem por finalidade estabelecer normas para o recrutamento, seleção e contratação de pessoal.

I- As normas aqui estabelecidas aplicam-se às contratações de pessoal, remunerados com recursos de:

- ✓ Contratos de Gestão;
- ✓ Contratos Administrativos; e,
- ✓ Equipe administrativa e técnica remunerada com recurso da própria entidade.

II- As normas e critérios aqui estabelecidos são orientados e submetidos aos princípios básicos da moralidade, boa-fé, probidade, impessoalidade, economicidade e eficiência, isonomia, publicidade, legalidade, razoabilidade e busca permanente de qualidade e competência dos concorrentes.

III- Todos os processos seletivos deverão ser devidamente documentados e arquivados, com a finalidade de acompanhamento e fiscalização, inclusive das instâncias externas competentes.

IV- Os Contratos de Gestão e Emergenciais, a critério da Direção, que eventualmente forem firmados, poderão ter seu processo de recrutamento realizado através das normas descritas no Capítulo II, contratações essas que não poderão ser superiores ao período de 6 meses.

## **CAPÍTULO II – RECRUTAMENTO DE PESSOAL PARA CONTRATOS DE GESTÃO**

### **Artigo 2º – DAS NORMAS E DIRETRIZES**

As normas e diretrizes que deverão ser observadas e adotadas em todos os processos de recrutamento de pessoal, desenvolvido para contratação, específica dos colaboradores que trabalharão nos contratos de gestão firmados com os entes públicos, estão estabelecidas neste Capítulo II.

### **Artigo 3º – DA FORMA DE EXECUÇÃO DO RECRUTAMENTO**



Os processos de recrutamento de pessoal para Contratos de Gestão, devem ser sempre realizados por instituições especializadas, que serão contratadas através das normas estabelecidas no REGULAMENTO INSTITUCIONAL PARA COMPRAS DE BENS, CONTRATAÇÃO DE EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVIÇOS E DE EMPRESAS DE LOCAÇÃO.

- I- Estas instituições deverão respeitar no mínimo o descrito neste Regulamento.
- II- Os Editais de Convocação dos Processos Seletivos de Pessoal, deverão estar sempre disponíveis no site institucional.
- III- Na previsão da instituição contratada, dispor de sítio eletrônico para publicização do Edital, ainda assim deverá este estar disponibilizado no sítio eletrônico, através de “link” que direcione o interessado aos editais e seus anexos.
- IV- As regras gerais de cada Edital deverão ser aprovadas e registradas em ata, pela Comissão do Processo Seletivo.

#### **Artigo 4º – DO EDITAL DO PROCESSO SELETIVO DE PESSOAL**

O Edital do Processo Seletivo de Pessoal, deverá ser elaborado pela instituição especializada que for contratada, conforme inciso II do Artigo 1º.

- I- Todas as determinações constantes no Edital deverão respeitar a legislação vigente, o determinado no inciso III do Artigo 1º, e ainda, aprovados pela Comissão do Processo Seletivo, descrita no Artigo 5º deste Regulamento.

#### **Artigo 5º – DA COMISSÃO DO PROCESSO SELETIVO DE PESSOAL**

Sempre que firmar Contrato de Gestão com o ente público, onde incorra a necessidade de contratação de pessoal para execução do Objeto, e sempre que necessário compor novo banco de pessoal para recompor o quadro de colaboradores em Contratos de Gestão já existentes, será formada a Comissão do Processo Seletivo de Pessoal, que será específica para cada processo.

- I- A Comissão de que trata o *caput* deste Artigo, deverá ser composta por no mínimo três (3) colaboradores, sendo ela formada por equipe multiprofissional das áreas: Técnica, Operacional e Administrativa.

II- Compete à Comissão do Processo Seletivo:

- a) análise, aprovação ou solicitação de adequação do Edital de Convocação proposto pela instituição especializada;
- b) acompanhar e fiscalizar a regular execução do Processo Seletivo, que deverá seguir à risca as determinações do Edital; e,
- c) registrar em ata todas as reuniões e deliberações que forem realizadas.

### **Artigo 6º – DA CONTRATAÇÃO EMERGENCIAL PARA CONTRATOS DE GESTÃO**

Na hipótese da não existência de outros candidatos já aprovados no processo de recrutamento disponíveis para a recomposição do quadro de colaboradores de uma Unidade, para não encerrar as atividades da Unidade, fica autorizada a Direção, junto ao departamento de Recursos Humanos, promover a contratação emergencial de colaboradores, conforme os critérios estabelecidos nos Artigos do Capítulo IV, através de Contratos de Trabalho Por Período Determinado, não superior a 180 dias, sendo que, antes de findar esse período, fica obrigado a realizar Processo Seletivo de Pessoal, que trata o Capítulo III.

## **CAPÍTULO III – RECRUTAMENTO DE PESSOAL PARA CONTRATOS ADMINISTRATIVOS**

### **Artigo 7º – DA DEFINIÇÃO**

As normas e diretrizes que deverão ser observadas e adotadas em todos os processos de recrutamento de pessoal, desenvolvidos, para contratação, específica dos colaboradores que trabalharão nos Contratos Administrativos firmados, estão estabelecidas neste Capítulo III.

### **Artigo 8º – DA FORMA DE EXECUÇÃO DO RECRUTAMENTO**

Os processos de recrutamento de pessoal para Contratos Administrativos, poderão ser realizados pelo Departamento de Recursos Humanos, podendo ainda, se necessário, ser realizados por instituições especializadas, que serão contratadas, através das normas estabelecidas no REGULAMENTO INSTITUCIONAL PARA COMPRAS DE BENS, CONTRATAÇÃO DE EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVIÇOS E DE EMPRESAS DE LOCAÇÃO.



- I- Essas instituições deverão respeitar no mínimo o descrito neste Regulamento.
- II- Os Editais de convocação dos Processos Seletivos de Pessoal deverão estar sempre disponíveis no site institucional.
- III- Na previsão da instituição contratada dispor de sítio eletrônico para publicização do Edital, ainda assim, este deverá estar disponibilizado no sítio eletrônico, através de “link” que direcione o interessado aos editais e seus anexos.

#### **Artigo 9º – DO EDITAL DO PROCESSO SELETIVO DE PESSOAL PARA CONTRATOS ADMINISTRATIVOS**

O Edital Processo Seletivo de Pessoal que trata esse Capítulo, poderá ser elaborado pelo Departamento de Recursos Humanos ou pela instituição especializada que for contratada.

- I- Todas as determinações constantes no Edital deverão respeitar a legislação vigente, o determinado no inciso II do Artigo 8º, e ainda, serem aprovados pelo Departamento de Recursos Humanos.
- II- Os Editais de Processo Seletivo de Pessoal deverão conter no mínimo:
  - a) prova escrita; e,
  - b) Entrevista técnica.

#### **CAPÍTULO IV – DA EQUIPE ADMINISTRATIVA E TÉCNICA REMUNERADA COM RECURSOS PRÓPRIOS**

##### **Artigo 10º – DA DEFINIÇÃO**

As normas e diretrizes que deverão ser observadas e adotadas em todos os Processos Seletivos de Pessoal, desenvolvido para contratação específica dos colaboradores que irão compor a equipe: técnica, e administrativa-financeira, estão estabelecidas neste Capítulo IV.

##### **Artigo 11º – DA FORMA DE EXECUÇÃO PROCESSO SELETIVO DE PESSOAL**

Os Processos Seletivos de Pessoal para contratação específica dos colaboradores

que irão compor a equipe técnica e administrativa-financeira, poderão ser realizados pelo Departamento de Recursos Humanos, podendo ainda, se necessário, ser realizado por instituição especializada, que serão contratadas, através das normas estabelecidas no REGULAMENTO INSTITUCIONAL PARA COMPRAS DE BENS, CONTRATAÇÃO DE EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVIÇOS E DE EMPRESAS DE LOCAÇÃO.

- I- Essas instituições deverão respeitar no mínimo o descrito neste Regulamento.
- II- Os Editais de Convocação dos Processos Seletivos de Pessoal, deverão estar sempre disponíveis no sítio institucional.
- III- Na previsão da instituição contratada, dispor de sítio para publicização do Edital, ainda assim, deverá este, estar disponibilizado no sítio eletrônico, através de “link” que direcione o interessado aos editais e seus anexos.

#### **Artigo 12º – DO EDITAL PROCESSO SELETIVO DE PESSOAL PARA PESSOAL ADMINISTRATIVO**

O Edital do Processo Seletivo de Pessoal, ou a solicitação de inscrições para os postos de trabalho, deverá ser elaborado pelo Departamento de Recursos Humanos, ou pela instituição especializada que for contratada e aprovado pela Direção.

- I- Na hipótese de o Processo Seletivo de Pessoal ser realizado através de Edital, todas as determinações constantes neste, deverão respeitar a legislação vigente, o determinado no inciso III, do Artigo 1º.
- II- Os Editais Processos Seletivos de Pessoal, deverão conter no mínimo:
  - a) prova escrita; e,
  - b) entrevista técnica.

#### **Artigo 13º – DA CONTRATAÇÃO ATRAVÉS DE CAPTAÇÃO E ANÁLISE TÉCNICA DE CURRÍCULO**

A critério da Direção, as contratações que trata esse Capítulo, poderão ser realizadas através de Processo simplificado, devendo-se, contudo, respeitar-se o disposto no inciso III do Artigo 1º desse Regulamento.

I- Na hipótese de o processo de contratação ser realizado de forma simplificada, o Departamento de Recursos Humanos, deverá junto com a direção, realizar a captação e análise de currículos dos candidatos interessados.

II- A análise dos candidatos deve no mínimo considerar:

- a) formação acadêmica;
- b) comprovação de situação regular junto ao Conselho de Classe, quando for o caso;
- c) tempo de experiência na área; e,
- d) avaliação da entrevista técnica.

## **CAPÍTULO V – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

### **Artigo 14º – DOS CASOS EM QUE NÃO SE APLICA ESTE REGULAMENTO**

Não será exigido processo de recrutamento para contratação de funções de chefia e supervisão, bem como para contratação de funções que exijam habilitação técnica específica e notória especialização, que estejam diretamente vinculadas ao Objeto do Contrato de Gestão ou atividades da administração, desde que plenamente justificado e autorizado pelo Gerente de Recursos Humanos.

I- O procedimento de seleção desses profissionais será definido previamente a cada contratação pela Diretoria Executiva, pelos executores dos contratos ou pelo responsável do contrato, ficando a cargo dos mesmos as avaliações para esse fim específico.

### **Artigo 15º – DOS CASOS OMISSOS**

Os casos omissos neste Regulamento serão resolvidos pela Diretoria.

### **Artigo 16º – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

Este Regulamento entra em vigor após sua aprovação pelo Conselho Administrativo.



### Definição da Política de Segurança o Trabalho e Prevenção de Acidentes

SST é a sigla para Saúde e Segurança do Trabalho, e é usada para designar um grupo de normas que visa tornar o ambiente de trabalho mais saudável e seguro para os trabalhadores.

A CLT, em seu artigo 162 determina que as empresas, de acordo com as normas a serem expedidas pelo Ministério do Trabalho estarão obrigadas a manter serviços especializados em segurança e medicina do trabalho. Também de acordo com a legislação, dependendo do número de funcionários e o grau de risco oferecido no desempenho da função (vide NR 04) a empresa deve dispor de estrutura e profissionais especializados na própria sede ou terceirizar este serviço.

### FINALIDADE DA POLÍTICA DE SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHO.

Despertar a cultura prevencionista de forma consciente e voluntaria em todos os níveis da empresa, bem como a participação do maior número de colaboradores. Atuando de forma conjunta identificando os riscos, propondo soluções e por fim, aderindo à ideia de desenvolver suas atividades laborais de forma segura.

### Princípios orientadores da prática de Segurança

1. A segurança - entendida como Segurança e Saúde no Trabalho - é parte integrante das atividades da unidade e manifesta-se em todas as decisões: no planejamento, na construção, na exploração e manutenção, na gestão de pessoal, nos aprovisionamentos, nas atividades comerciais, na relação com os clientes, na relação com os fornecedores e com o público em geral.
2. A segurança é uma atitude e uma vontade - integrantes da atividade de cada um - que a todo o momento se afirmar no respeito e cumprimento dos requisitos legais, normas e procedimentos aplicáveis, e na iniciativa e contributo para o seu aperfeiçoamento.
3. A segurança é uma componente inerente à responsabilidade hierárquica, a quem compete assegurar a aplicação da regulamentação, assumir um compromisso pessoal visível e permanente, promover a formação e informação dos seus trabalhadores e controlar o ambiente em que o trabalho decorre.

4. Em todo o momento e em qualquer situação, cada empresa assume a condução das suas atividades tendo como objetivo "zero acidentes", através da melhoria contínua na gestão e desempenho de segurança, com a definição de objetivos concretos de progresso.
5. A segurança na realização dos trabalhos deve ser alcançada através da análise sistemática de riscos, envolvendo os trabalhadores e os seus representantes, bem como os prestadores de serviços, quando for o caso, de forma a identificar e a tratar, durante a preparação dos trabalhos, todas as situações com potencial de risco, de forma a convergirem para um nível de risco aceitável. Se não existirem condições de segurança para a execução de um trabalho este não deve ser iniciado ou, caso já esteja em curso, deve ser parado.
6. A investigação e a análise de incidentes – acidentes e quase-acidentes – serão efetuadas de forma sistemática e retiradas as conclusões que permitam prevenir a sua repetição, condição fundamental para a melhoria contínua da prevenção dos acidentes de trabalho e efeitos adversos para a saúde.
7. Nenhuma ação será tomada contra qualquer trabalhador que revele uma preocupação sobre matéria de Segurança e Saúde no Trabalho, ou pela participação de um quase-acidente, a menos que tenha sido cometido de forma consciente e intencional um ato ilegal ou desrespeito doloso por um regulamento ou procedimento de segurança.
8. Os procedimentos de segurança devem ser mantidos permanentemente atualizados e em conformidade com os riscos existentes e as regulamentações locais aplicáveis.

### **Ações a Serem Desenvolvidas para Garantir a Prática da Política de Segurança do Trabalho**

- Implantação e Desenvolvimento do PPRA - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
- Elaboração de PPP - Perfil Profissiográfico Previdenciário
- CIPA — Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (Implantação, Manutenção e Curso)





- Curso de CIPA para “Designados da CIPA”
- Brigada de Incêndio
- Identificação de Perigos e Riscos
- Mapas de Riscos
- Estudos Ergonômicos
- Laudos de Insalubridade e Periculosidades
- SIPAT -Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho
- Cursos, palestras e treinamentos

#### - SAÚDE OCUPACIONAL

As doenças ocupacionais causam o afastamento de milhares de trabalhadores de suas funções, todos os anos. Grande parte dessa estatística foi motivada pelas doenças desencadeadas ou agravadas pelo ambiente de trabalho. Isso demonstra a necessidade das empresas de adotar um rigoroso Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) que, entre outros objetivos, visa evitar a ocorrência de doenças laborais.

- Implantação. Coordenação e Desenvolvimento do PCMSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
- Cursos, palestras e treinamentos

#### – PROPOSTAS DE TEMAS PARA TREINAMENTOS / SEGURANÇA DO TRABALHO.

- Prevenção e Combate a incêndios na empresa (prática e teoria);
- Atendimento Pré-Hospitalar (prática e teoria);
- Análise de Acidente do Trabalho (investigação, causa e efeito);
- Metodologia para realizar inspeções básicas em máquinas, equipamentos e instalações;
- Análise de riscos (metodologia e aplicação);
- Tipos de EPI’s empregados no local;
- Uso correto de EPI’s, higienização, guarda e conservação;
- Responsabilidades trabalhistas (empregador / empregado).

- Doenças Sexualmente Transmissíveis (AIDS);
- Doenças ocupacionais relacionadas ao Trabalho (DORT).
- Os 5 Sentidos e aplicação no ambiente laboral.

### **Implantação do SESMT (O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho)**

O SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho) têm como função principal proteger a integridade física dos trabalhadores dentro da instituição. Previsto na Consolidação das Leis do Trabalho criada em seu artigo 162, devido ao aumento de acidentes com trabalhadores, possui função de assegurar a integridade física dos operários, mas também de alertar a equipe contra novas doenças e ajudar a tomar precauções contra acidentes de pequeno porte, que podem atrapalhar o andamento da empresa e prejudicar os funcionários. Este serviço terá suas ações compartilhadas com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA.

O SESMT consiste no conjunto permanente de ações, medidas e programas, previstos em normas e regulamentos, além daqueles desenvolvidos por livre iniciativa da empresa, tendo como objetivo a prevenção de acidentes e doenças, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida, a promoção da saúde do trabalhador e do meio ambiente de trabalho; objetivando garantir, permanentemente, um nível mais eficaz de segurança e saúde a todos os trabalhadores, observando como **princípios básicos**:

- A integração da atividade preventiva ao processo produtivo, abrangendo todos os aspectos relacionados ao trabalho;
- O planejamento das ações de prevenção, através da implementação dos programas de gestão da segurança e saúde do trabalhador;
- A participação dos trabalhadores no planejamento, execução e avaliação das medidas adotadas pela UPA;
- O emprego de técnicas atualizadas de prevenção;

**As ações de prevenção de acidentes e doenças do trabalho pressupõem:**

- A adaptação do trabalho ao homem, especialmente, na concepção dos postos de trabalho, escolha de equipamentos e métodos de produção, incluindo a atenuação do trabalho monótono e repetitivo;
- O conhecimento das condições de cada atividade e posto de trabalho em relação a organização, ao meio ambiente de trabalho, às relações sociais e às inovações tecnológicas;
- A avaliação dos riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores em todas as fases do processo de produção;
- O combate aos riscos na sua origem, priorizando as medidas de proteção coletiva, incluindo aquelas derivadas da substituição de matérias primas ou insumos que exponham a saúde dos trabalhadores;
- A adoção de medidas destinadas a assegurar o adequado controle à saúde dos trabalhadores;
- A análise de acidentes e doenças do trabalho, de forma participativa, mantendo adequados registros de informação;
- O acompanhamento das atividades de trabalho que tenham causado acidentes ou doenças, avaliando, na normalidade, os determinantes desses eventos;
  - ✓ O desenvolvimento de atividades educativas em prevenção para todos os trabalhadores, inclusive, para os ocupantes de cargos de direção e chefia;
  - ✓ A implementação dos programas de prevenção previstos nas NR.

**- EQUIPE TÉCNICA**

Os Atestados de Capacidade Técnica, Declarações, Certificados e Contratos de Gestão que certificam a experiência anterior em gerência de unidade de saúde serão apresentados em anexo à esta Proposta Técnica.

**BIOSSEGURANÇA**

## Manual de Biossegurança do IGPP

### INTRODUÇÃO

O Manual de Biossegurança é parte integrante do Sistema da Qualidade do IGPP, que contém as políticas e procedimentos necessários para assegurar o cumprimento das Normas de Biossegurança nos laboratórios.

A segurança no local de trabalho depende de toda a equipe, que deve planejar a tarefa a ser executada, verificar o funcionamento da aparelhagem a ser utilizada e conhecer o material a ser manipulado. As ações descritas neste manual visam à prevenção de acidentes de trabalho comuns em laboratórios, e ele deverá estar disponível em todos os Setores Organizacionais — SO.

Modificações podem ser sugeridas pela equipe do IGPP e autorizadas pela Comissão de Biossegurança, em concordância com a Coordenação Geral e Chefia do Núcleo da Qualidade do IGPP, sendo registradas no histórico de revisões.

### DECLARAÇÃO DA POLÍTICA DE BIOSSEGURANÇA

O IGPP está comprometido com as boas práticas laboratoriais e com a manutenção da Biossegurança em todas as suas atividades, assegurando que sejam conduzidas em conformidade com o Sistema de Gestão da Biossegurança, satisfazendo as necessidades das partes interessadas e buscando a excelência do seu desempenho. Compromete-se também com a manutenção das competências necessárias aos talentos humanos, investindo continuamente na capacitação, na melhoria contínua e eficácia das ações em Biossegurança. Dessa forma, todos os profissionais estão familiarizados com a documentação de Biossegurança para implementação das políticas e procedimentos em seus trabalhos.

Para alcançar esta Política, a Coordenação Geral do IGPP compromete-se a:

- a) assegurar a manutenção e a melhoria das políticas em Biossegurança, mesmo que haja mudanças no sistema de gestão;
- b) garantir por meio de recursos financeiros, humanos e tecnológicos, a implantação



e o acompanhamento das políticas institucionais de Biossegurança;

c) assegurar a proteção das informações confidenciais;

d) estabelecer as políticas e procedimentos para assegurar a proteção dos equipamentos e agentes de risco manipulados e/ou armazenados.

## OBJETIVO E CAMPO DE APLICAÇÃO

### 1.4. OBJETIVO

Este Manual tem como objetivo informar o trabalhador quanto aos requisitos gerais de Biossegurança e a importância dos mecanismos de proteção individual e coletiva, visando à competência em realizar atividades laboratoriais de forma a prevenir, controlar, reduzir e/ou eliminar os fatores de risco inerentes aos processos de trabalho que possam comprometer a saúde humana, o meio ambiente e a qualidade do trabalho realizado no IGPP.

### 1.5. CAMPO DE APLICAÇÃO

Este documento se aplica às atividades realizadas nas dependências do IGPP, bem como aquelas realizadas por terceiros.

#### SIGLAS

São usadas neste Manual as seguintes SIGLAS:

**ABNT** – Associação Brasileira de Normas Técnicas

**EPI** – Equipamento de Proteção Individual

**EPC** – Equipamento de Proteção Coletiva

**FISPQ** – Fichas de Informações de Segurança de Produto Químico



HEPA – High Efficiency Particulate Air

IATA – International Air Transport Association

ISO – International Organization for Standardization

ISTs – Infecções Sexualmente Transmissíveis

IGPP – Instituto de Gestão de Políticas Públicas

MB – Manual de Biossegurança

MQ – Manual da Qualidade MS — Ministério da Saúde NBR — Norma Brasileira

OCAI – Organizational Culture Assessment Instrument

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OSHA – Occupational Safety and Health Administration – USA

PFF2 – Peça facial filtrante nível 2 (eficiência mínima de filtração de 94%).

SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade

SO – Setor Organizacional

## DEFINIÇÕES

Para efeito deste Manual, são adotadas as seguintes definições:

**Acidente:** é todo evento anormal no local de trabalho com danos ao patrimônio da entidade ou empresa, ferimentos leves ou graves em colaboradores e que deve ser investigado, para evitar que a repetição acarrete outras vítimas.

**Acidente de trabalho:** é aquele que ocorre pelo exercício do trabalho, a serviço da empresa, provocando lesão corporal, perturbação funcional, causando morte e perda ou redução permanente ou temporária da capacidade para o trabalho.

**Agente de Risco:** qualquer componente de natureza física, química, biológica ou radioativa que possa vir a comprometer a saúde do homem, dos animais, do meio ambiente ou a qualidade dos trabalhos desenvolvidos.

**Análise de risco:** é o processo de levantamento, avaliação e comunicação dos riscos, considerando o ambiente e os processos de trabalho, para implementar ações de prevenção, controle, redução ou eliminação deles.

**Aerossóis:** são partículas microscópicas que permanecem suspensas no ar e podem carrear elementos químicos, biológicos, radioativos e outros.

**Biossegurança:** é um conjunto de medidas voltadas para ações de prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, que podem comprometer a saúde do homem, dos animais e do meio ambiente ou a qualidade dos trabalhos desenvolvidos.

**Classe de risco:** é o grau de risco associado ao material biológico que se manipula.

**Contenção:** o termo descreve os métodos de segurança que devem ser utilizados na manipulação de agentes de risco no local onde estão sendo manejados ou mantidos.

**Espécimes ou amostras para diagnóstico:** quaisquer materiais biológicos de origem humana ou animal, incluindo — mas não se limitando a — dejetos, secreções, sangue e seus componentes, tecidos ou fluidos expedidos para fins de diagnóstico. Estes materiais podem ser classificados como substâncias infecciosas da categoria A, substâncias biológicas da categoria B, espécimes humanos de risco mínimo ou material biológico isento.

**Filtro HEPA:** é um equipamento de alta eficiência, feito de tecido de fibra de vidro com 60µ de espessura. As fibras do filtro são feitas de uma trama tridimensional, a qual remove as partículas de ar que passam por ele por inércia, intercessão e difusão. O filtro HEPA tem a capacidade para filtrar partículas com eficiência igual ou maior que 99,9%.



**Incidente:** é uma circunstância acidental passível de ocorrer durante o trabalho, sem danos imediatos ao trabalhador, porém, com possibilidades de agravos futuros se não houver medidas urgentes de bloqueio.

**Material biológico:** é todo material que contenha informação genética e seja capaz de autorreprodução ou de ser reproduzido em um sistema biológico. Inclui os organismos cultiváveis e agentes infecciosos (entre eles vírus, bactérias, fungos filamentosos, leveduras e protozoários); as células humanas, animais e vegetais, as partes replicáveis destes organismos e células, príons e os organismos ainda não cultivados.

**Níveis de Biossegurança:** é o grau de contenção necessário para permitir o trabalho com materiais biológicos de forma segura para os seres humanos, os animais e o ambiente. Consiste na combinação de práticas e técnicas de laboratório, equipamentos de segurança e instalações laboratoriais.

**Patogenicidade:** Capacidade de um agente biológico causar doença em um hospedeiro suscetível.

**Profissional responsável:** é o profissional com formação e treinamento específico para a área de atuação e que exerce a supervisão do trabalho.

**Risco Ocupacional:** probabilidade de ocorrerem acidentes ou agravos à saúde ou à vida do trabalhador, decorrentes de condições inadequadas durante suas atividades no trabalho.

**Riscos de Acidentes:** qualquer fator que coloque o trabalhador em situação de perigo e possa afetar sua integridade, bem-estar físico e moral. Ex: máquinas e equipamentos sem proteção etc.

**Riscos Biológicos:** a probabilidade de ocorrerem danos ou agravos à saúde humana, animal ou ao meio ambiente decorrentes da exposição a agentes ou materiais considerados perigosos do ponto de vista biológico, como bactérias, fungos, vírus, parasitas e todos os agentes infecciosos potenciais manuseados nos laboratórios. São distribuídos em quatro classes, por ordem crescente de riscos.

**Riscos Ergonômicos:** qualquer fator que possa interferir nas características psicofisiológicas do trabalhador, causando desconforto ou afetando sua saúde. Ex: postura inadequada, ritmo excessivo de trabalho, levantamento e transporte manual de peso, estresse etc.

**Riscos Físicos:** são as diversas formas de energia a que possam estar expostas

os trabalhadores, tais como: ruído, vibrações, pressões anormais, temperatura externas, radiações etc.

**Riscos Químicos:** são as substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo pela via respiratória nas formas de poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases etc.

### Ações de Investimento quando da necessidade de manutenção e desenvolvimento para aquisições de equipamentos, mobiliários e demais itens correlatos

A Manutenção Predial ocorrerá de duas formas mostradas a seguir: Para pequenos reparos diários, originados de desgastes pelo uso contínuo, disponibilizaremos 01 (um) Auxiliar de Manutenção.

Já para os grandes reparos, derivados de eventuais problemas estruturais no prédio, caso sejam necessários, serão executados por empresas especializadas terceirizadas em

cada área, ou seja, Civil, Elétrico e Hidráulico, mediante autorização da SMS de SÃO JOÃO DA BOA VISTA.

### Sistemática de Manutenção Predial e de Equipamentos

- Engenharia e Manutenção

Conforme a ABNT NBR 5674, as responsabilidades técnicas de Engenharia, são:

1. Assessorar o proprietário na tomada de decisão sobre a manutenção e sua organização;
2. Providenciar e manter atualizados os registros da manutenção;
3. Realizar rondas de manutenção e inspeções técnicas periódicas;
4. Preparar previsões orçamentárias para os serviços de manutenção;
5. Supervisionar as atividades de manutenção;
6. Planejar as atividades e reavaliar a programação;
7. Orçar serviços de manutenção terceirizados ou próprios;
8. Realizar ou assessorar o proprietário na contratação de serviços;
9. Definir e implementar sistema de gestão da manutenção predial;
10. Orientar os usuários sobre uso adequado da edificação;
11. Assessorar o proprietário em emergências;
12. Acompanhar o valor dos investimentos, bem como o valor do imóvel ao longo de sua vida útil, em função das atividades de manutenção executadas.

Manutenção, por definição, é o conjunto de atividades que garante e recupera os desempenhos de elementos e sistemas construtivos, conforme previsto em projeto e dentro do prazo de vida útil. Trata-se de atividade técnica de Engenharia, e assim sendo, deve ter responsável técnico.



A inexistência de Manutenção nos edifícios causa prejuízo funcional aos sistemas, perda precoce de desempenho e redução do prazo de vida útil. Logo, quando não se faz Manutenção, os gastos com reparos corretivos e reformas são maiores e ocorrem de forma mais acentuada e precoce nos edifícios.

Importante observar, ainda, que a Manutenção garante a funcionalidade e, principalmente, a segurança do uso das instalações e sistemas da edificação.

Se realizada sem critério técnico, a Manutenção pode causar falhas, gastos indevidos sem os benefícios esperados, danos materiais, físicos e psicológicos aos usuários e terceiros, além de desvalorização acentuada do imóvel, indenizações acidentárias, condenações jurídicas por negligência, impedimento ao uso, interdições etc.

As falhas de manutenção podem ter diversas causas. Quando se realiza a Inspeção Predial, elas são analisadas para a classificação do grau de risco e para a descrição da orientação técnica. Podem ter origem em execução de atividades inadequadas; mau planejamento; uso indevido de materiais; deficiências com mão de obra; problemas com ausência de registros; contratos de terceirizadas incompatíveis com a realidade operacional das instalações, dentre outras.

A deficiência no diagnóstico das falhas causa retrabalho e gastos desnecessários, sem contar que o problema poderá ressurgir, agravando a situação e causando prejuízo ainda maior.

Outra distinção necessária é que Manutenção não é Reforma, Modernização e/ou Retrofit. Essas atividades alteram as características originais dos sistemas construtivos, fato que não ocorre na Manutenção.

As Reformas em geral podem ocorrer nas edificações para repor sistemas que já se encontram com vida útil ultrapassada, como também para alterar características.

As Reformas, tanto quanto as atividades de Manutenção, necessitam de profissionais habilitados para sua execução, porque envolvem prestações de serviços de Engenharia e Arquitetura. Logo, importante existirem responsáveis técnicos.

### Rotinas para Manutenção Predial e de Equipamentos

O Responsável pelo serviço de Engenharia e Manutenção juntamente com uma equipe multifuncional (eletricista e aux. manutenção), encaminha-se a todos os setores inspecionando:

- A existência de rachaduras;
- Falhas ou desgaste de pintura ou revestimentos;
- Existência de pontos de infiltração de água;
- Verifica janelas e portas;
- Verifica instalações elétricas (interruptores, tomadas, luminárias e identificação de quadros elétricos);
- Verifica pontos de telefonia e lógica;
- Verifica instalações hidráulicas (torneiras, registros, sifão, ralos, vazamentos);
- Verifica a integridade das instalações físicas do SPDA (Sistema de Proteção Contra Descargas Atmosféricas).

Todos os itens apontados durante a inspeção devem ser anotados e para cada item ou tipo de serviço devem ser abertas Ordens de Serviço de Manutenção conforme normas, rotinas e procedimentos já descritos.

Caso não haja material disponível para execução do serviço é emitido pedido de compra com descrição do material e local a ser utilizado e encaminhado para a Unidade de Compras.

- Ações para a implantação do Programa de Manutenção Predial e de Equipamentos

Planejar e Coordenar todas as atividades das equipes de manutenção, garantindo a satisfação crescente das áreas requisitantes;

Elaborar o Planejamento de Manutenção Preventiva para os equipamentos e demais recursos da unidade;

Elaborar, em conjunto com a área de Suprimentos, a relação de todas as peças e insumos necessários para garantir a reposição deles quando necessário, seja por manutenção corretiva ou preventiva;

Manter atualizado o Prontuário do Equipamento, documento este, individual para cada equipamento cadastrado e existente nas dependências da unidade;

Elaborar a relação de manuais e especificações de todos os equipamentos existentes na Instituição;

Manter arquivo de endereços e contatos com todos os fabricantes dos equipamentos e dos prestadores de serviços de manutenção para sanear possíveis ocorrências;

Elaborar condutas de ordem técnica e administrativa para os reparos de equipamentos e instalações a serem realizados;

Zelar pela operação contínua dos recursos existentes na Instituição;

Prestar atendimento de emergência às demais unidades da Instituição, a fim de promover a continuidade das atividades;

Manter um registro de ocorrências de quebras de equipamentos, analisando as estatísticas e índices de eficiência deles, objetivando, por meio dos indicadores, a real taxa de disponibilidade dos equipamentos para a assistência;

Manter um controle rígido sobre as ferramentas e dispositivos adequados para a atividade corretiva e preventiva da infraestrutura da unidade;

Cumprir os programas de manutenção, reparos, adaptações e/ou ampliações da estrutura da unidade mediante orientação técnica e aprovação da planta pelos Departamentos competentes;

Avaliar e atestar os serviços executados por terceiros, seja por contratos de manutenção ou periódica, a fim de garantir a qualidade dos bens e proteger contra a depreciação.

Assessorar na análise técnica e de viabilidade econômica quando da escolha de empresas prestadoras de serviços de manutenção preventiva.

### **ROTINAS E MANUTENÇÕES PREVENTIVAS NA MANUTENÇÃO PREDIAL**

- Rotina de Inspeção Predial - Diário

Vistoriar o prédio do Ambulatório - interno e externo

Anotar na planilha necessidades de reparos verificados

Especificar materiais necessários para reparações

Encaminhar pedido de material para a Engenharia de Manutenção

Verificar se tem o material em estoque

Fazer pedido de compra se necessário

Programar obra

Solicitar a Unidade de SESMT avaliação de segurança

- Eletricista

Rotinas - Diário

Verificar funcionamento e drenagem do compressor

Verificar funcionamento da bomba de vácuo

Verificar a Cabine de Entrada e Subestação

Verificar as iluminações externas do Ambulatório



Verificar sistema de incêndio e alarme

Verificar funcionamento do PABX

Inspeccionar as instalações comuns dos andares

Atender as Ordens de Serviço emitidas

Manutenções Preventivas – mensal

Instalar e reparar sistemas elétricos de máquinas, equipamentos e redes de energia elétrica, substituindo fiação ou componentes, obedecendo às solicitações recebidas e programação pré-estabelecida, adotando técnicas e conhecimentos específicos de sua área de atuação.

Realizar a manutenção preventiva em circuitos e componentes elétricos, analisando a causa dos defeitos, desmontando e montando componentes e/ou conjuntos de equipamentos, substituindo peças de motores, bombas, ventiladores e outros, realizando testes de funcionamento.

Atender os casos de emergência em seu turno de trabalho, analisando as possibilidades de reparos imediatos ou os procedimentos que poderão ser realizados posteriormente, solicitando orientações superiores.

Inspeccionar o quadro elétrico, efetuando medições, aperto de parafusos colchonetes e limpeza, para evitar o superaquecimento ou sobrecarga.

Registrar nas ordens de serviço o tempo e material utilizado na execução das tarefas, visando controlar os custos dos serviços realizados e a posterior manutenção preventiva das máquinas e equipamentos.

Ler e interpretar esquemas elétricos, fazendo cálculos de eletricidade, utilizando-se de aparelhos de medição elétrica.

Realizar serviços gerais de elétrica nas dependências da instituição, instalando, reparando e/ou substituindo luminárias, tomadas, pontos de força, fiação e disjuntores.

Acender e desligar a iluminação interna e externa das áreas, acionando interruptores dos circuitos, visando reduzir os custos de energia elétrica e utilizando-a de maneira mais eficiente.

Realizar e responder por outros trabalhos correlatos de acordo a necessidade do Setor.

- Ar-Condicionado

Realizar mensalmente o serviço de limpeza geral dos equipamentos, limpeza dos filtros de ar e condensadoras para retirar toda sujeira. Quando necessário, efetuar a revisão geral nos equipamentos, como: parte elétrica, mecânica, análise frigorífica, leitura e aferição de pressão de gás refrigerante.

Mapear máquinas e equipamentos existentes no local e área de atendimento ao equipamento, por exemplo: sala de administração, para assim, poder ter uma identificação própria de cada equipamento e, caso haja uma fiscalização do ministério da saúde (ANVISA).

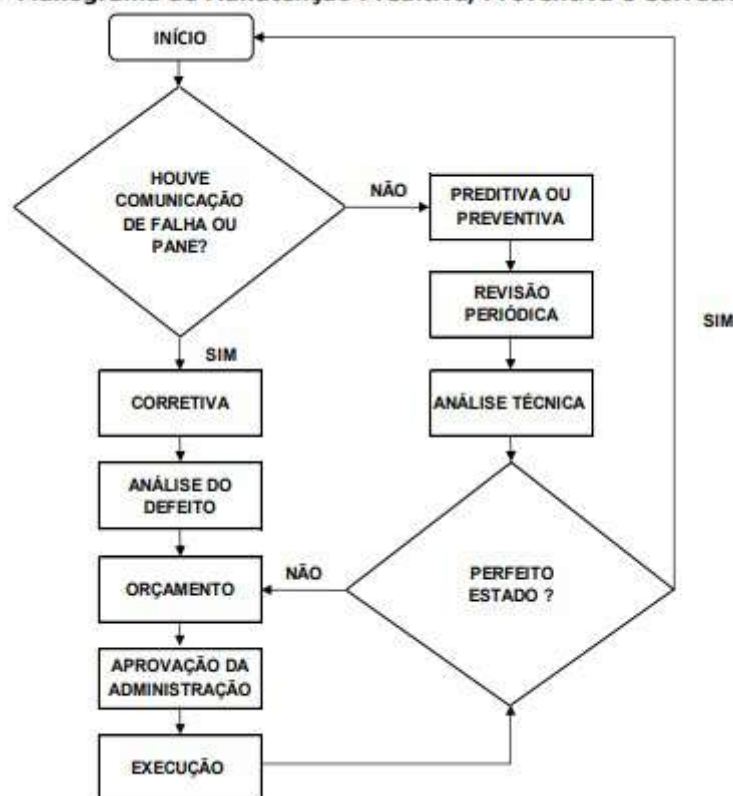
Atender também toda emergência solicitada pela contratante em caso de o ar-condicionado apresentar algum problema. Este atendimento emergencial deverá ter prazo de atendimento, ou seja, tempo de resposta por parte da contratada.

Elaborar um cronograma anual constando o mês, os dias e a hora que irá prestar o serviço à contratante.

Desenvolver um relatório individual da manutenção de todos os equipamentos da empresa com o intuito de atender ao PMOC – Plano de Manutenção, Operação e Controle.

Emitir laudo conforme a legislação Portaria Nº 3523 de 1998 da ANVISA.

**Fluxograma de Manutenção Preditiva, Preventiva e Corretiva**



### Manutenção Preventiva de Equipamentos

Desenvolver e implementar procedimentos para definir os intervalos entre a realização das manutenções preventivas para todos os equipamentos inseridos no programa de gerenciamento, com o objetivo de identificar os perigos potenciais envolvendo a utilização do equipamento, causados por desgaste no equipamento que não estão visíveis ou defeitos que não tenham sido informados pelo usuário do equipamento. O procedimento deve documentar as metas da manutenção preventiva e demonstrar como os intervalos definidos estão de acordo com estas metas.

A execução da manutenção preventiva em um equipamento médico pode ser realizada de acordo com os procedimentos de manutenção descritos no programa de gerenciamento. O resultado da manutenção preventiva deve ser documentado, contendo registro do procedimento realizado.

A identificação de falhas e problemas com um equipamento deve ser registrada para que estas informações sejam utilizadas como parâmetro para justificar ou modificar os intervalos entre a realização de manutenções preventivas para este tipo de equipamento.

### Rotina de Manutenção Corretiva

A solicitação de manutenção de um determinado equipamento pode ser feita através de telefone, envio de OS, entrega pelo próprio usuário, entrega pelo serviço de patrimônio do EAS (utilizado principalmente em serviços públicos) e notificação a qualquer técnico do grupo que ocasionalmente esteja próximo ao equipamento. É necessário cuidado para o gerenciamento de ordens de serviços geradas por telefone. Por exemplo, o pessoal do grupo de manutenção emite uma OS quando recebe a chamada telefônica do usuário e este, por sua vez, também expede outra OS. Esse fato pode duplicar documentos e criar confusões para o controle mensal de serviços executados. Para evitar esse tipo de transtorno, o grupo de manutenção deve elaborar um protocolo que autorize somente o usuário a emitir uma OS ou pedir ao usuário para não expedir OS em solicitações de serviço por telefone. Entretanto, para agilização do atendimento ao usuário, em nenhuma hipótese o grupo deve aguardar a chegada da OS a suas mãos. O serviço deve ser realizado assim que o técnico estiver disponível.

Qualquer que seja a forma da solicitação, a abertura de uma ordem de serviço deve ser feita de imediato. Existem grupos de manutenção que deixam um bloco de OS em cada departamento do EAS para ser preenchida pelo próprio usuário. Outros grupos, com maiores recursos computacionais, já possuem todos os equipamentos do EAS cadastrados em arquivos digitais e simplesmente providenciam junto ao solicitante o código do equipamento ou seu número de série, o nome do solicitante, o departamento e a causa da solicitação de conserto. Os técnicos do grupo devem ser sempre notificados de que equipamentos consertados sem abertura de OS não serão

computados nem para o técnico, nem para o departamento, caindo assim a produtividade de ambos.

Em princípio, a OS deve ser encaminhada ao responsável pelo grupo, que deve verificar imediatamente se o equipamento está dentro do período de garantia de aquisição ou garantia de serviço (informação contida no Formulário para Histórico de Equipamento – vide página 61). Se o equipamento estiver em garantia, a rotina a ser adotada é a explicada na sub-rotina de garantia. Antes de enviar o equipamento a uma empresa ou representante técnico, é importante que o técnico tente identificar a causa da falha do equipamento, independentemente do defeito acusado na OS pelo usuário. A identificação da causa será registrada tanto no Formulário para Histórico de Equipamento quanto na Ficha Para Controle de Serviços Externos.

Para equipamentos sob contrato de manutenção, é necessário que o responsável verifique o tipo de contrato efetuado para o equipamento em questão. Se for contrato de manutenção por período determinado, deve então solicitar a presença do técnico ou enviar o equipamento para as oficinas da empresa prestadora de serviço. Neste caso, o procedimento a ser adotado será o estabelecido para serviços terceirizados. Em serviços sob contratos que exigem a presença do técnico da empresa contratada no local, é muito importante que ele esteja sempre acompanhado de técnico pertencente ao grupo de manutenção. O acompanhamento do serviço por um técnico interno é valioso tanto para a sua aprendizagem como para a fiscalização do trabalho executado.

Caso o equipamento não esteja em garantia, o responsável deve definir a equipe ou o técnico que executará o serviço. É importante nessa etapa a elaboração de uma forma de registro da data de entrega do equipamento para o técnico, que servirá para o controle do tempo de reparo do equipamento. Sugerimos a utilização de uma agenda com a anotação da data prevista para a conclusão do serviço, a identificação do equipamento e o nome do técnico.

## Plano de Gestão de Equipamentos



O Plano de Gestão de Equipamentos da unidade assegura as seguintes atividades:

- Levantamento do parque tecnológico, das necessidades de aquisição, instalação, manutenção e calibração;
- Garantir o pleno funcionamento dos equipamentos com segurança;
- Manter atualizada a documentação do parque tecnológico; e
- Desenvolver Planos Anuais de Manutenção Preventiva e Calibração dos equipamentos.

#### Levantamento e identificação do parque tecnológico

Para garantir o conhecimento da quantidade e da qualidade dos equipamentos existentes e para a estruturação do Plano de Gestão, o Banco de Sangue assegura as seguintes atividades:

- Realizar inventário de todos os equipamentos;
- Identificar os equipamentos por codificação própria. A identificação é única, permitindo a completa rastreabilidade;
- Verificar as condições gerais de funcionamento dos equipamentos e avaliar as condições de uso e segurança.

#### Manutenção preventiva

Os equipamentos sujeitos à manutenção preventiva são aqueles que direta ou indiretamente interferem nos produtos e serviços e cuja interrupção ou mau funcionamento venham a comprometer a qualidade, interromper o processo ou reduzir os resultados para limites não toleráveis.

Para o controle efetivo das manutenções, foi elaborado de um Plano de Manutenção Preventiva, que será atualizado anualmente.

O Plano Anual de Manutenção Preventiva da unidade contempla os seguintes itens:



- Descrição e Identificação do equipamento;
- Localização;
- Cronograma das manutenções.

Os equipamentos sujeitos à manutenção preventiva são identificados com uma etiqueta informando as datas da última e da próxima manutenção, conforme cronograma. Caso este controle não seja possível, o Banco de Sangue possui uma planilha de registro que permite o controle de forma simples e clara pelos usuários.

Os relatórios de manutenção preventiva são individuais e independentes dos relatórios de manutenção corretiva.

#### Manutenção corretiva

A área usuária é responsável pela abertura e pelo registro de solicitação de manutenção corretiva sempre que ocorrer uma quebra ou falha do equipamento, a solicitação deverá ser feita ao setor de Compras/Almoxarifado através do encaminhamento da Solicitação de Manutenção para a tomada de providências, assegurando os registros e a sua rastreabilidade.

A Solicitação de Manutenção terá os seguintes itens:

- Identificação do equipamento;
- Localização;
- Responsável e área;
- Nome do solicitante;
- Descrição da falha e identificação do defeito no equipamento ou acessório;
- Horário e data de abertura;
- Apontamento da mão de obra;
- Descrição do serviço executado;





- Responsável pela execução do serviço;

Depois que a manutenção e os testes estiverem finalizados, o supervisor da unidade deverá registrar a eficácia do serviço, validando o mesmo na própria solicitação de manutenção do equipamento.

### Calibração

Os equipamentos sujeitos à calibração são aqueles cujos parâmetros físicos de funcionamento interfiram diretamente na qualidade do produto ou serviço.

Na calibração de um equipamento, calibra-se o instrumento de medição responsável pela grandeza ou pelas grandezas de controle.

Para o controle efetivo das calibrações é elaborado um Plano de Calibração, que deverá ser atualizado anualmente.

Os equipamentos sujeitos à calibração são identificados com uma etiqueta informando as datas da última e da próxima calibração, conforme o cronograma. Caso este controle não seja possível, o Banco de Sangue possui uma planilha de registro que permite o controle de forma simples e clara pelos usuários.

### Gestão de documentos

O histórico e a rastreabilidade das informações relacionadas à Gestão de Equipamentos tornam necessário o gerenciamento dos seguintes documentos:

- Manuais de operação e serviço;
- Relatórios de manutenção executados;
- Certificados de calibração.

### Validação de processo

A validação será executada pela área usuária, após a realização dos testes de funcionamento dos equipamentos.

#### Execução de serviços

A Gestão de Equipamentos deverá providenciar junto à Gerência Administrativa os recursos necessários para a execução dos serviços de manutenção e calibração.

Para as manutenções corretivas serão contratadas empresas com as habilidades necessárias, devidamente comprovadas mediante atestados de capacidade técnica e/ou certificados de treinamento de capacitação profissional, histórico de manutenções já realizadas, relatório de avaliação e qualificação de fornecedores e avaliação de mercado.

Serão observados os seguintes itens para firmar contratos de prestação de serviços:

- Prazos para o atendimento dos chamados de manutenção, observando a necessidade de atendimento fora dos horários comerciais, nos feriados e finais de semana;
- Inclusão de fornecimento de peças;
- Inclusão de fornecimento de equipamento reserva;
- Inclusão de transporte do equipamento ou de suas partes para manutenção fora da unidade;
- Para serviços de calibração, a contratada deverá apresentar certificado de calibração dos equipamentos, atendendo à NBR ISO 17025:2005;

#### Levantamento de necessidades, aquisição, instalação e retirada de uso

Levantamento de necessidades: as necessidades de equipamentos devem ser levantadas pela área usuária, em conjunto com o médico e a supervisão da unidade, que deve definir as características necessárias do equipamento a serem adquiridos.



### Aquisição

As solicitações de compra e as propostas de orçamentos deverão ser apresentadas à Gerência Administrativa para aprovação e posteriormente ao setor de Compras / Almoxarifado para aquisição.

O setor de Compras / Almoxarifado irá dever definir, em conjunto com as demais áreas envolvidas, a forma de aquisição do equipamento (compra, comodato, locação, entre outras).

### Recebimento

A Supervisão da unidade informará o setor de Compras / Almoxarifado da entrega do equipamento para dar andamento ao processo de recebimento, à documentação solicitada e aos demais processos necessários para a instalação.

### Identificação

Após os testes de funcionamento do equipamento e sua validação, ele deverá ser identificado e incluído no plano de gestão de equipamentos, atualizando os Planos de Manutenção Preventiva e de Calibração.

### Retirada de uso e obsolescência

São condições para a retirada de uso:

- O equipamento não atende à demanda;
- Perda de confiabilidade referente ao equipamento;
- Mudança dos parâmetros do processo;
- Mudança das normas;



- Custo/benefício para reparo;
- Riscos/falhas de operação;
- O equipamento não apresenta condições de uso.

A Supervisão da unidade deverá encaminhar informações ao setor de Compras / Almoxarifado sobre a necessidade de retirada de funcionamento de equipamentos.

### **Instrução Normativa para realização dos procedimentos de aquisição de materiais**

O Setor de Compras funcionará em horário comercial, de segunda à sexta-feira das 8:00 às 17:00 horas, e contará com os seguintes colaboradores: Assistente de Compras e Auxiliar administrativo.

### **Engenharia Clínica**

Ao se implantar um sistema de manutenção de equipamentos médica unidade ares é necessário considerar a importância do serviço a ser executado e principalmente a forma de gerenciar a realização desse serviço. Não basta a uma equipe de manutenção simplesmente consertar um equipamento – é preciso conhecer o nível de importância do equipamento nos procedimentos clínicos ou nas atividades de suporte (apoio) a tais procedimentos. É necessário conhecer a história do equipamento dentro do EAS, a que grupo ou família de equipamentos ele pertence, sua vida útil, seu nível de obsolescência, suas características de construção, a possibilidade de substituição durante a manutenção; enfim, tudo o que se refira ao equipamento e que possa, de alguma maneira, subsidiar o serviço de manutenção, visando obter segurança e qualidade no resultado do trabalho. Todos esses dados vão auxiliar o técnico na análise para detecção de falhas, no conhecimento sobre a urgência da realização do serviço, no estabelecimento de uma rotina de manutenção preventiva e na obtenção do nível de

confiabilidade exigido, já que uma manutenção inadequada poderá colocar em risco a vida do paciente.

Assim, o IGPP se compromete a:

- Contratação de empresa especializada para o fornecimento de gases medicinais;
- Contratação de empresa especializada para manutenção corretiva e preventiva do sistema de distribuição de gases medicinais, eliminando ou reduzindo ao mínimo as perdas de gases medicinais nas tubulações;
- Contratação de empresa especializada para manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos médicos existentes na unidade;
- Contratação de empresa especializada para a manutenção preventiva e corretiva das instalações físicas da unidade.

Demonstrar possuir equipe técnica com experiência na implantação e gestão em projetos de saúde. (Apresentação de Currículo e atestados de capacidade técnica, podendo indicar os profissionais já citados na pontuação técnica).

## Ações para a articulação com a rede de serviços.

Têm como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macro diretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;

## Articulação com a Rede de Serviços

A partir da promulgação da Constituição Federal em 1988, foram definidas como diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização e a participação da comunidade. Ao ser desenvolvido sob esses princípios, o processo de construção dos SUS visa reduzir o hiato ainda existente entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta de ações e serviços públicos de saúde à população (BRASIL, 2000).

Esse processo de Construção do Sistema Único de Saúde – SUS “desencadeou tentativas de articulação de promoção, prevenção, recuperação, além de reabilitação - em dupla dimensão, individual e coletiva - através de ‘modelos alternativos’, ao incorporar métodos, técnicas e instrumentos provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais”.

Ao longo dos anos observam-se direcionamento do Ministério da Saúde (MS), por meio de portarias, normas e estratégias, que visam o acesso às ações e serviços necessários à otimização e reorganização da assistência, de modo a atender às necessidades de saúde da população. Entre estas propostas encontra-se a descentralização das funções de execução, controle, avaliação e regulação do sistema de saúde, o que implica em mudanças estruturais, além da postura gerencial, com elaboração e desenvolvimento de novos métodos e instrumentos (BRASIL, 2002).

Uma estratégia utilizada pelo SUS para a garantia de tais diretrizes e, consequentemente uma atenção à saúde com qualidade, é a organização das centrais



de regulação assistencial, com o objetivo de adequar o fluxo das ações de acordo com a necessidade da demanda e da oferta dos serviços de saúde.

Regular de acordo com o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa é: estabelecer regras, sujeitar a regras; regerar; dirigir em conformidade com as regras estabelecidas; esclarecer e facilitar por meio de disposições a execução da lei; regulamentar; estabelecer ordem, moderar; conter, reprimir; regularizar o movimento de; acertar, ajustar; fazer o confronto, a aferição de; conformar, comparar; funcionar devidamente servir de regra.

Nos últimos anos, o termo "regulação" vem ocupando progressivamente a agenda da gestão do SUS nas discussões e na sua normalização legal e operativa. Envolvendo: as relações entre os serviços públicos e privados, a contenção de custos, as fontes de financiamento, o controle dos mercados e dos prestadores profissionais, demandando-se do Estado a capacidade regulatória para proteger o interesse geral, sem menosprezar a participação dos atores coletivos na tomada de decisão.

As Políticas de regulação, partem da ideia de que as políticas de saúde buscam um equilíbrio entre três objetivos:

- 1) o realismo macroeconômico, que impõe a cobertura de despesas pelas receitas e um sistema que não prejudique o emprego e a produção;
- 2) a eficiência microeconômica, que exige um nível satisfatório de prestação de serviços, um sistema com bom desempenho, produtividade das estruturas de prestação de serviços e eliminação de desperdícios; e
- 3) a equidade social, que deve se traduzir no acesso aos cuidados e a uma repartição geográfica equitativa dos meios. (D'INTIGNANO e ULMAN (2001))

As diretrizes operacionais instituídas pelo Pacto pela Saúde, publicado pela portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, contemplaram áreas prioritárias do SUS. Essas diretrizes reafirmam princípios, consolidam processos como a importância da regionalização e dos instrumentos de planejamento e programação como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) e possibilitam a reorganização dos processos

de gestão e de regulação do sistema de saúde no âmbito dos estados com vistas a melhorar e qualificar o acesso do cidadão às ações e serviços de saúde (BRASIL, 2007). Com esse processo foi elaborada a proposta que contempla as diretrizes nacionais para a implantação da Política Nacional de Regulação em todas as unidades federadas. A Política Nacional de Regulação (PT GM/MS nº 1.559, 01/08/2008) é organizada em três dimensões:

### **Regulação da Atenção à Saúde**

Exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; Tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos,

Definindo estratégias e macro diretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços. Executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS;

### **Regulação do Acesso à Assistência**

Também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, Objetos: a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos. Estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

A Regulação de Sistemas de Saúde efetivada pelos atos de regulamentação, controle e avaliação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e auditoria sobre sistemas e de gestão contempla as seguintes ações:

- I - Elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão;
- II - Planejamento, Financiamento e Fiscalização de Sistemas de Saúde;

- III - Controle Social e Ouvidoria em Saúde;
- IV - Vigilância Sanitária e Epidemiológica;
- V - Regulação da Saúde Suplementar;
- VI - Auditoria Assistencial ou Clínica; e
- VII - Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde.

A Regulação da Atenção à Saúde efetivada pela contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços e da produção assistencial, regulação do acesso à assistência e auditoria assistencial contempla as seguintes ações:

- I - Cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES;
- II - Cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde - CNS; III - contratualização de serviços de saúde segundo as normas e políticas específicas deste ministério;
- IV - Credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde;
- V - Elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais;
- VI - Supervisão e processamento da produção ambulatorial;
- VII - Programação Pactuada e Integrada - PPI;
- VIII - avaliação analítica da produção; I
- X - Avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários - PNASS;
- X - Avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde;
- XI - avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde; e
- XII - utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso.

### **Contratualização de serviços de saúde**

► PORTARIA Nº 1035, DE 05 DE MAIO DE 2010 Dispõe sobre a participação complementar das Instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde

► PORTARIA Nº 2.617, DE 1º DE NOVEMBRO DE 2013 Estabelece prazo para o pagamento dos incentivos financeiros aos estabelecimentos de saúde que prestam serviços de forma complementar ao Sistema Único de Saúde

► PORTARIA Nº 142, DE 27 DE JANEIRO DE 2014 Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Incentivo de Qualificação da Gestão, de que trata a Portaria nº 3.410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS

► PORTARIA Nº 3.410, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013 Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde

A Regulação do Acesso à Assistência efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários contempla as seguintes ações:

I - Regulação médica da atenção pré-hospitalar;

II - Controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;

III - padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e

IV - O estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes.

Para a gestão, o processo regulatório favorecerá a resolução dos casos de forma eficiente, permitirá um conhecimento mais aprofundado e dinâmico de sua rede de saúde, o que favorece a identificação de áreas críticas e das necessidades de saúde de

maneira ampliada. Um melhor controle sobre os gastos em saúde, melhor utilização dos recursos e qualidade da prestação de serviços de saúde.

#### Fluxo da Referência com a Atenção Primária e a Contrarreferência Hospitalar

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Operação</b>             | Criação de um formulário específico de referência e contrarreferência para circular entre a Equipe do Pronto Atendimento e os diferentes níveis de rede de atenção do Município de São João da Boa Vista.                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Projeto</b>              | Organização do Sistema de Referência e Contrarreferência entre a Equipe do Pronto Atendimento e outros níveis de atenção do Município de São João da Boa Vista.                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Ações Propostas</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Propor modelo e obter adesão da Equipe do Pronto Atendimento para uso do formulário específico de referência e contrarreferência, para otimização da troca de informações entre os diferentes níveis de atenção do Município de São João da Boa Vista.</li> <li>- Melhorar a privacidade do paciente e sigilo médico.</li> </ul>                                                     |
| <b>Resultados Esperados</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de encaminhamentos de qualidade pelos médicos do Pronto Atendimento.</li> <li>- Estímulo à prática da contrarreferência por parte da atenção secundária à saúde e aumento do número de dados para atenção à saúde na atenção primária.</li> <li>- Melhora da privacidade do paciente na Unidade em seu tratamento de saúde, assegurando assim o sigilo médico.</li> </ul> |
| <b>Produtos Esperados</b>   | Formulário de referência produzido e com fluxo de encaminhamento e recepção de volta estabelecido e controlado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Atores Sociais/</b>      | - Gerente da Unidade: apoio para otimizar a estrutura do                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>responsáveis</b>                  | <p>formulário de forma a adequá-lo às reais necessidades da Unidade.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médicos Assistentes e Assistentes Sociais da Unidade, pelo mesmo motivo e por serem os atores diretos na utilização do instrumento.</li> <li>- Em uma outra instância, a Gestão Municipal, pois seria importante que esta ficasse ciente da necessidade de tal instrumento na rede.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Recursos Necessários</b>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estrutural: Tempo e espaço para estruturar o formulário de referência e contrarreferência; material para que haja impressões regulares de folhas de encaminhamento de acordo com a demanda da Unidade.</li> <li>- Cognitivo: Conhecimento dos reais problemas para estruturar o formulário da forma mais abrangente e eficaz.</li> <li>- Financeiro: Dinheiro para custear as impressões das folhas de encaminhamento.</li> <li>- Político: Articulação com a Gestão Municipal para que haja adesão pelos médicos e outros profissionais de diferentes níveis de esquema de referência e contrarreferência no fluxo.</li> </ul> |
| <b>Ação Estratégica de Motivação</b> | Reuniões de equipe para aperfeiçoar o planejamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Responsáveis</b>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médicos da Unidade</li> <li>- Gerente da Unidade</li> <li>- Assistente Social da Unidade</li> <li>- Secretaria Municipal de Saúde</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Cronograma/ Prazo</b>             | Imediato – Após assinatura do Contrato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Gestão, acompanhamento</b>        | A efetividade será avaliada pelo Gerente da Unidade,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|                    |                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>e Avaliação</b> | juntamente com toda equipe, nas reuniões de planejamento; a expectativa é de que haja contabilidade do número de contrarreferências ao término de 04 meses, para avaliar se houve aumento delas. |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Fluxograma para o funcionamento do sistema de referência:**

Uma vez atendido na Unidade de Referência ou na Unidade de Pronto Atendimento, o cliente deverá ser contra referenciado, ou seja, o profissional que fez o atendimento nesta Unidade deverá preencher no encaminhamento próprio as informações necessárias para a continuidade do atendimento do cliente na Unidade Básica – origem. Todo e qualquer encaminhamento deverá ser feito respeitando-se normas e instrumentos do Sistema de Referência e Contrarreferência do município, as orientações técnicas e administrativas do serviço que estiver recebendo o paciente e/ou o material para análise.

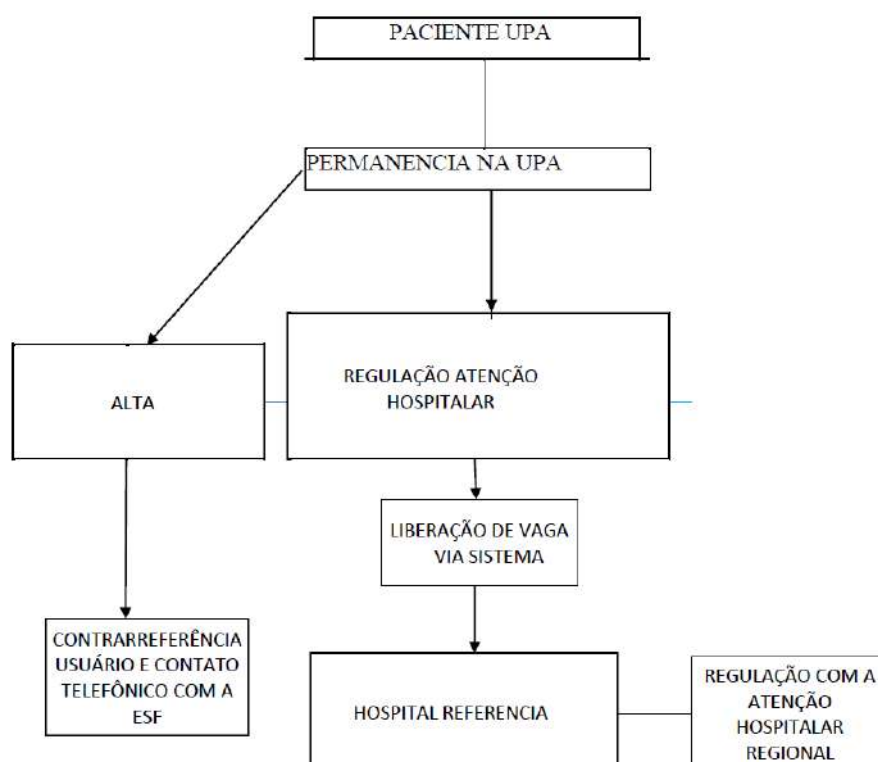
Os encaminhamentos de pacientes de serviços públicos para privados, contratados e/ou conveniados, deverão ser feitos nos formulários próprios do Sistema Único de Saúde.

A contrarreferência para a Atenção Básica proveniente da Atenção Secundária, ambulatório e/ou centro de especialidades e Unidade de Pronto Atendimento – UPA é obrigatória, visto que a Atenção Básica como coordenadora do cuidado necessita acompanhar e gerir a assistência do usuário entre os pontos de atenção da rede de atenção à saúde. A contrarreferência deverá ocorrer através de instrumento próprio definido pelo Departamento de Saúde.

A referência para o nível Terciário de atenção deve ser realizada tendo em vista as pactuações realizadas pelo gestor municipal com outros municípios, respeitando a grade de referência

**Modelo Proposto de Fluxograma**





Mecanismo de controle interno, tendo em vista a realização da proposta de trabalho e o alcance das metas estabelecidas no edital de seleção

### Política Organizacional das Atividades Assistenciais

Com objetivo de garantir a qualidade, a segurança e a melhoria contínua dos processos assistenciais, estabelece um conjunto de princípios fundamentais que compõem a sua Política Assistencial. Para a implementação desta Política Institucional, reconhece como fundamental o Modelo de Excelência da Gestão (MEG) da Fundação Nacional da Qualidade (FNQ), alinhado com sua missão, visão e princípios. Com base neste instrumento, será estabelecido um modelo de atendimento voltado para a excelência que terá como principal objetivo praticar a excelência centrada no paciente, oferecendo práticas assistenciais com a melhor qualidade disponível, no menor tempo possível aliado a um custo sustentável.

- **Efetividade clínica**

Em geral, a efetividade clínica está atrelada a aproveitar o conhecimento nativo, já absorvido e disponível, e colocá-lo em prática da melhor forma. É preciso

aproximar e preencher as lacunas existentes entre o que acontece nas triagens e a experiência clínica do profissional da saúde, trazendo isso para um contexto real, ou seja, aplicando diretamente ao atendimento.

A Efetividade Clínica pode ser definida como “a aplicação dos melhores conhecimentos, obtidos com base em pesquisa, experiência clínica e nas preferências do paciente, visando sempre alcançar excelência nos processos e resultados positivos no cuidado”, compreende entre outros pontos, a obtenção de evidências, mudança de condutas e o impacto proporcionado pela alteração de alguma prática, o que normalmente ocorre por meio de auditorias clínicas e feedbacks de pacientes.

Ela é atingida através da utilização de um conjunto de ferramentas baseadas em evidências e com foco no resultado para o paciente.

- **Planejamento Terapêutico Multiprofissional e Individualizado**

O Plano Terapêutico Multiprofissional (PTM) é um conjunto de ações e intervenções terapêuticas elaboradas com base em uma visão integral da condição clínica do paciente, que visa obter sincronia entre as equipes que participam do cuidado e a maior adesão do paciente e de seus responsáveis ao tratamento. Deverá levar em consideração o perfil e os recursos da unidade de saúde e ser executado durante todo ciclo da assistência. Tem como objetivos o controle de quadro agudo e dos riscos associados, a remissão ou redução de sintomas e a preparação para a alta.

As ações deverão ser planejadas de acordo com o perfil do paciente e da unidade assistencial, portanto, pode se partir de um modelo, porém com as adequações necessárias para o desenvolvimento.

- **Gestão de Protocolos Clínicos**

Protocolos clínicos são instrumentos que promovem a padronização das condutas médicas, isso é, auxiliam na uniformização dos tipos de tratamento para determinados diagnósticos. Eles organizam e facilitam a tomada de decisões da gestão, tanto do ponto de vista da assistência quanto do BackOffice. Esse conceito, quando bem usado e aliado a outras estratégias, apresenta ganhos quantitativos e qualitativos na



eficácia dos tratamentos. Também amplia a segurança do paciente e diminui o risco de erros e eventos adversos.

#### **- Gestão do Cuidado: Propostas de Diretrizes a serem implantadas**

A Divisão de Gestão do Cuidado é o setor responsável por gerenciar o cuidado em saúde no âmbito da UPA: planejar, organizar e gerenciar a implantação das linhas de cuidado; definir metas quantitativas e qualitativas da atenção à saúde, por linha de cuidado, bem como os indicadores de monitoramento e avaliação, entre outras ações.

#### **Competências do setor:**

- Monitorar e avaliar o desempenho das linhas de cuidado;
- Participar da elaboração e implantação dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas das Unidades Assistenciais vinculadas à Divisão;
- Avaliar a necessidade e propor a incorporação e/ou renovação de tecnologias afetas às linhas de cuidado;
- Integrar os processos de trabalho das Unidades Assistenciais vinculadas à Divisão;
- Implantar a alta responsável do ambiente– ambulatorial e de internação – em articulação com os demais pontos de atenção da rede de saúde;
- Implantar visita ampliada;
- Instituir protocolo unificado;
- Gerenciar os leitos com vistas à integração da prática clínica no processo de internação e de alta;
- Implantar mecanismos de desospitalização, visando opções às práticas como as de cuidados domiciliares;
- Articular as Unidades Assistenciais vinculadas à Divisão para a implementação das diretrizes da política de humanização do cuidado em saúde;
- Realizar a escuta das necessidades dos usuários nas ações assistenciais, proporcionando atendimento humanizado;
- Gerenciar a implantação e implementação da horizontalização do cuidado multiprofissional, assegurando o vínculo da equipe com o usuário e familiares;

- Coordenar as atividades de planejamento e avaliação das ações da Divisão;
- Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde vinculada à Divisão;
- Acompanhar o abastecimento regular de instrumentais, medicamentos e insumos necessários ao funcionamento das Unidades Assistenciais vinculadas à Divisão;
- Participar das atividades de planejamento, monitoramento e avaliação da Gerência de Atenção à Saúde;
- Consolidar o diagnóstico de necessidades e a proposição de ações de educação permanente da equipe multiprofissional vinculada à Divisão;
- Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na Rede de Atenção à Saúde.

#### **- Estratégia Para Clínica Ampliada E Gestão Da Clínica**

De acordo com a portaria 3390, art. 11º, § 1º ao 5º e 8º, a instituição irá garantir o acesso de forma acolhedor que contemple as necessidades socioculturais. Logo o atendimento será realizado de maneira interdisciplinar de forma a garantir a assistência integral baseada na lógica da clínica ampliada, onde as visitas serão diárias, com impresso próprio para realização da anamnese, com o intuito de agregar todas as dimensões do indivíduo, não somente as queixas baseadas em sinais e sintomas.

Assim a clínica ampliada torna-se um ambiente onde o usuário será visto não somente pelo seu diagnóstico patológico como em suas dimensões psicológicas, sociais e culturais; e a manutenção do bem-estar do profissional de saúde também deverá ser considerada. Portanto a responsabilidade sobre os usuários e profissionais são inerentes e indissociáveis na prática da clínica ampliada, onde deve ser realizado um diagnóstico real do conhecimento dos profissionais e usuários relacionados com o uso de tecnologias, criação de vínculos e ética que resultem no controle de agravos a saúde e na produção de saúde.

Portanto a clínica ampliada configura-se como um modelo de redefinição do ambiente de assistência, da relação médico-paciente-família, do conhecimento do campo de práticas, superando a atenção baseada no modelo biomédico.



A gestão da clínica ampliada estar concentrada na elaboração contínua da reflexão para a tomada de decisões, promover e ampliar autonomia do indivíduo, elaboração do plano terapêutico singular, análise do resultado das intervenções, produzir bens e serviços, manutenção da instituição e desenvolvimento e realização profissional, elaboração de projetos e financiamento. Além de reconfigurar as relações interpessoais onde os gestores, profissionais e usuários não efetivem a comunicação centrada no poder que lhes cabe e sim na proximidade e possibilidade de gerar, gerir e produzir conhecimento.

Desta forma a clínica ampliada e gestão da clínica visam a melhoria da qualidade das práticas em saúde, importância da assistência como uma dimensão central da gestão, o paciente como foco do cuidado e corrobora para sua participação e de seus familiares na elaboração das decisões clínicas e o trabalho na clínica seja desenvolvido por equipes multiprofissionais.

#### **- Estratégia Para As Equipes Multiprofissionais**

As equipes multiprofissionais e de referência composta por enfermeiros, médicos, nutricionista, farmacêutico, técnico de enfermagem e comissões (prontuários, infecção etc.), deve ser o núcleo para a assistência, tomada de decisões e elaboração do projeto terapêutico singular, sendo esta, parte constituinte do processo de humanização.

A equipe tem que estar diretamente responsabilizada na atenção aos usuários, construindo processos de saúde entre profissionais e comunidade de forma compartilhada, negociada e pactuada. Assim deve haver uma troca de saberes entre os profissionais e usuários, com comunicação transversal, capacidade de escuta e de lidar com situações críticas.

As unidades de urgência e emergência também podem adotar a mesma lógica interna de divisão por equipes de referência em relação aos leitos de observação ou de espera para internação que deverão estar aptas para lidar com as trocas de plantão sem perder o seguimento e construir projetos terapêuticos e deverão se responsabilizar pelos usuários que as procuram, devendo buscar formas de contato com as unidades internas da Unidade.

Portanto as equipes multiprofissionais trabalham em conjunto no qual os profissionais se envolvam em algum momento na assistência, de acordo com seu nível de competência específico, e possam oferecer um saber capaz ajudar a solucionar os casos mais simples ou mais complexos com uma inter-relação entre os diferentes profissionais que devem ver o paciente como um todo, numa atitude humanizada, e não trabalhar de forma isolada sua especialidade, e compreendendo a necessidade real do paciente e de seus tutores naquele momento ou caso específico de forma a garantir o resgate do compromisso com o sujeito, reconhecendo toda a complexidade do seu adoecer e do seu projeto terapêutico.

#### **- Estratégia Para Horizontalização Do Cuidado**

A horizontalização do cuidado deve ser baseada na prática da referência e contra referência, onde o seguimento do plano de cuidado seja integro, superando a fragmentação das atividades e do cuidado, permitindo articular as demandas espontâneas e programadas para a efetivação e consolidação das práticas assistências (prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação) nos diferentes níveis de atenção à saúde e em todas as instituições que compõem a rede de atenção à saúde.

Assim a horizontalização não pressupõe um cuidado pautado na individualidade e vertical do usuário pautado nas queixas e necessidades, mas também no desenvolvimento de ambiente capaz para atendê-los.

Desta forma o cuidado pode ser realizado nos atendimentos e intervenções conjuntas, apenas pela troca de conhecimentos e de orientações. Não há transferência de responsabilidade e sim compartilhamento. A relação entre equipes de referência e especialistas não mais se baseia na autoridade e na hierarquia e sim em processos dialógicos de troca de saberes, valores, experiências e visões de mundo, sendo este processo denominado como personalização do sistema de referência e contrarreferência e criação de espaços interdisciplinares, onde se estabelecem vínculo terapêutico e relações com seus usuários ao longo do tempo, recompõe a relação singular profissional-usuário e devolve a motivação dos profissionais em produzir saúde.

### - Estratégia Para Implantação Do Plano Terapêutico

O Projeto Terapêutico Singular é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. É uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações.

O plano terapêutico é composto por quatro fases, sendo a primeira, definir hipóteses diagnósticas: este momento deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. O conceito de vulnerabilidade (psicológica, orgânica e social) é muito útil e deve ser valorizado na discussão. A segunda fase é a definição de metas que são as propostas de curto, médio e longo prazo a partir dos diagnósticos, negociadas com o usuário e membro da equipe.

A terceira fase no desenvolvimento do plano terapêutico compreende divisão de responsabilidades onde é realizada a definição da tarefa de cada um com clareza, escolha do profissional de referência que controla o processo e articula as formulações, ações e reavaliações na dinâmica da continuidade do plano terapêutico. Além de ser referência para a família na existência de um evento adverso ou agudo e articula grupos menores de profissionais. E a quarta fase denomina-se pela reavaliação onde realiza-se a evolução e faz-se as devidas correções, sendo assim, importante escolha de casos, reuniões, mudança no plano terapêutico, se necessário.

### - Estratégia Para A Implantação Das Linhas De Cuidado

A noção de Linha do Cuidado prende-se à noção de organização da gestão e da atenção em saúde que toma em referência o conceito de cuidado, isto é, efetiva uma organização da gestão setorial e das práticas assistenciais que responda por uma concepção de saúde não centrada somente no tratamento das doenças, mas na inclusão de pessoas em sistemas de produção do cuidado à saúde e de participação na afirmação da vida. A produção do cuidado e da participação na afirmação da vida traz consigo um processo de desenvolvimento de ações e serviços de saúde implicados com





a construção das respostas possíveis às dores, angústias e aflições / aos aborrecimentos, sofrimentos e problemas (falamos de sensações e não só de constatações) que chegam aos serviços de saúde, de forma que não apenas se produza consultas, atendimentos e procedimentos, mas que o processo de consultar, atender e prestar procedimentos seja capaz de produzir, além da terapêutica, conhecimento e sensação de cuidado, assim como autonomia e desejo de vida em cada usuário.

Para a organização de Linhas do Cuidado é fundamental que sejam planejados fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar por dentro de uma rede cuidadora (sistema de referência e contrarreferência como um tramado do cuidado e não uma racionalização de hierarquia vertical e burocrática do uso dos recursos assistenciais), onde o usuário, mediante um acesso que lhe dê inclusão, saiba sobre a estrutura do serviço e da rede assistencial e, a partir da sua vivência nele- como uma pessoa que o conhece e se sente parte dele- seja capaz de influir em seu andamento.

A Linha do Cuidado implica um redirecionamento do processo de trabalho, onde o trabalho em equipe se constitui como de fundamental importância para a ampliação das compreensões, das linguagens ofertadas e da diversificação de oportunidades de acesso terapêutico (equipe em desterritorialização de núcleos, cruzando suas fronteiras em direção ao cuidado integral), assim como a regulação se constitui como dispositivo de monitoramento e melhoramento permanente da qualidade da atenção cuidadora.

#### PERCURSO TRAÇADO POR UMA LINHA DE CUIDADO

- 1) Acessibilidade a ações e serviços como expressão do direito à saúde (ter acesso),
- 2) Acolhimento em serviços com responsabilidade pela proposição, monitoramento e avaliação de práticas de interação com usuários (ser incluído),
- 3) Obtenção de intervenções em saúde que pensem as ações programáticas de uma forma mais abrangente (tocadas pela integralidade e alteridade), capazes de construir Projetos Terapêuticos Individuais (receber a atenção requerida),



- 4) Continuidade horizontal da atenção pelo ordenamento em rede dos serviços como uma Cadeia de Cuidados Progressivos à Saúde (obter o conjunto dos cuidados necessários),
- 5) Extensão e prolongamento do cuidado pelo desenvolvimento de ações intersetoriais de afirmação da vida (trabalhar pela autodeterminação do usuário),
- 6) Gestão Participativa da proposição, monitoramento e avaliação, seja na equipe de saúde, seja junto ao controle social (implicação do sistema com o usuário),
- 7) Sistemas de Informação para ampliação do conhecimento sobre a resposta do sistema de atenção e detecção de novas necessidades (alimentação da gestão do sistema de saúde).

#### PRESSUPOSTOS DE PROJETOS CUIDADORES EM CADEIA DO CUIDADO PROGRESSIVO À SAÚDE

1. Assumir o compromisso de qualificação da atenção básica à saúde, garantindo qualidade e resolutividade;
2. Garantir uma rede de atenção básica à saúde articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável do tramado em rede da atenção integral à saúde;
3. Assegurar a integralidade, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde das populações, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência e construindo a extensão do cuidado pelas redes sociais que assegurem a autodeterminação dos usuários e não a sua dependência dos profissionais ou dos serviços;
4. Utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento e a busca de que as ações sejam precedidas de um diagnóstico das condições de saúde-doença das populações, conhecendo as relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde;
5. Acompanhar o impacto das ações de saúde por meio de indicadores adequados, o que implica a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos;

6. Incorporar práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos riscos, danos e determinantes do processo saúde-doença, da atuação intersetorial e das ações de promoção da saúde e qualidade de vida nos territórios;
7. Organizar os serviços de saúde de forma usuário-centrada, garantido por uma equipe multiprofissional, de caráter interdisciplinar, orientada por atos de acolhimento, escuta, orientação, atendimento, encaminhamento e acompanhamento, elevando a resolutividade das práticas de cuidado, dos serviços e do sistema de saúde;
8. Definir a educação permanente em saúde como política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores em saúde, com o objetivo de implementar projetos de mudança no processo de trabalho e na educação dos profissionais, colocando o cotidiano e sua qualificação como trabalho vivo em ato;
9. Definir uma agenda de pesquisa com o objetivo de investigar os principais problemas relativos à saúde, bem como desenvolver novos produtos e tecnologias necessários à expansão das ações dos serviços públicos de saúde em todos os âmbitos de atenção, inclusive redes substitutivas de todos os tipos de serviços hoje conhecidos;
10. Estabelecer responsabilidades entre as esferas de governo, com mecanismos de cooperação técnica, financeira e operacional que apoiem Linhas de Cuidado inventivas e singulares às cidades (não a ação programática invariante);
11. Estabelecer política de financiamento para o desenvolvimento de ações visando às inovações nas estratégias de atenção e de gestão;
12. Definir democraticamente (gestão participativa) a política de saúde, assegurando a participação de usuários, trabalhadores, gestores e formadores em saúde.

#### PRINCÍPIOS NORTEADORES DE LINHAS DO CUIDADO

1. Acolhimento: buscar o acesso universal à assistência e dar atenção a toda demanda expressa ou reprimida, desenvolvendo ações coletivas a partir de situações individuais e vice-versa e assumindo a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população sob atendimento.
2. Responsabilização pela cura: implicar-se com os problemas e demandas dos usuários, garantindo respostas resolutivas, tornando-se corresponsável pelo enfrentamento dos



fatores associados com o processo saúde-doença. Corresponde ao desenvolvimento de práticas profissionais embasadas no respeito ao usuário, conhecimento do contexto de vida e trabalho (família; cultura; inserção produtiva; inserções sociais de gênero, etnia, geração, classe, escolaridade, sexualidade, outras), disponibilizando o tempo necessário à escuta da queixa, ao atendimento e às providências pertinentes, criando suportes para a atenção integral à saúde e às necessidades dos diferentes grupos populacionais.

3. Desenvolvimento da autodeterminação dos usuários: responsabilizar as equipes e os serviços de saúde pela solução dos problemas em sua área de intervenção por meio da oferta de ações qualificadas, eficazes e que permitam o controle, pelo usuário, no momento de sua execução, como também a sua autonomia na condução de seu andar a vida.

4. Ampliação e Qualificação da Assistência: organizar o processo de trabalho de forma a garantir procedimentos mais complexos e conclusivos, de forma a resolver a necessidade que motivou a procura da assistência para isso, os serviços precisam disponibilizar ofertas suficientes e adequadas à complexidade das situações vividas.

5. Participação: estabelecer um processo de trabalho orientado pela discussão e pactuação no interior das equipes, entre as equipes e os gestores, entre as equipes e os usuários, entre os gestores e os usuários; deve haver a garantia de dignidade no trabalho para profissionais e usuários e alta qualidade nos serviços prestados. É fundamental que a Linha do Cuidado seja amplamente conhecida e apropriada (com implicação) por todos os trabalhadores e todos os gestores de todos os serviços que integram a rede assistencial, assim como do Conselho Municipal de Saúde.

## **Política Organizacional dos Serviços Administrativos, Financeiros e Gerais**

### **– Das Políticas Organizacionais**

A organização é a base fundamental de Sustentabilidade de qualquer serviço, atividade ou sistema de produção de trabalho. Estará diretamente relacionada com a funcionalidade dos serviços, tendo por objetivo o gerenciamento eficiente e eficaz.



Dessa forma, um serviço organizado gerará resolubilidade, otimizará tempo e recursos, além de refletir positivamente na credibilidade da instituição, setor/serviço, sistema de saúde e usuário, favorecendo a todos os envolvidos no processo.

Para organizar os serviços, partir-se-á, inicialmente, do planejamento para conhecer a realidade e a funcionalidade, identificar problemas, processos de trabalho, fluxo de informações, Sistema de Informação, mecanismo de controle e avaliação, atividades desenvolvidas, forma de execução, canais de articulação, comunicação e informação, demandas, para adequar os recursos, visando melhor eficiência na gestão e no atendimento às demandas requeridas.

### Aspectos a Serem Considerados

Para a organização do serviço, deverão ser observados alguns pressupostos básicos. Dentre eles destacam-se:

- Estrutura organizacional que permita um bom desempenho em relação às funções básicas;
- Capacidade de interagir, de forma permanente, para a busca da adequação da estrutura e processos, diante das circunstâncias;
- Gestão orientada para resultados, de forma planejada e com objetivos criteriosamente construídos.

### Vantagens de Um Serviço Organizado

Um serviço estruturado e organizado viabilizará bons e mensuráveis resultados, como:

- Regularidade no abastecimento e a disponibilidade dos produtos no momento requerido, em quantidade e qualidade;
- Melhoria do acesso;
- Credibilidade no serviço de saúde e na instituição parceira;
- Diminuição das perdas, desperdícios e a má utilização dos recursos;
- Registro dos processos de trabalho;
- Base de dados de suporte e apoio à gestão;
- Cumprimento de normas e procedimentos;

- Acompanhamento, avaliação e intervenção eficiente;
- Garantia da qualidade dos serviços e do atendimento ao usuário.

### Procedimentos Básicos para um Serviço Organizado

- Conhecer a estrutura organizacional, os níveis de hierarquia, as competências, as atribuições as normas, os procedimentos e as formas de controle e avaliação;
- Identificar responsabilidades, ou seja, quem faz o quê, como, quando e com qual é periodicidade;
- Conhecer os processos de trabalho, forma de execução, fluxo de informações e demandas, interfaces, atividades desenvolvidas, em desenvolvimento, necessidades ou não de intervenção, de mudanças de funções, de práticas e/ou de pessoas;
- Identificar os recursos humanos, número de pessoal, perfil profissional, compatibilidade com a função, nível de satisfação do pessoal, demandas e relações no trabalho;
- Elaborar Plano de Trabalho e Cronograma de Atividades, com definição clara de objetivos, metas, prazo de execução, responsáveis, incluindo a sensibilização e motivação da equipe;
- Definir parâmetros e/ou instrumentos de controle e avaliação de resultados;
- Estabelecer indicadores de desempenho para o serviço e para a equipe;
- Desenvolver Sistema de Informação eficiente e eficaz, para o gerenciamento das ações;
- Implantar sistema de qualidade, que possibilite a melhoria dos serviços;
- Elaborar manual de normas e procedimentos operacionais, para harmonizar procedimentos e condutas.

### ADMINISTRAÇÃO GERAL

É a autoridade funcional do serviço, responsável pelo cumprimento das obrigações e metas previamente definidos em contrato, bem como pela implantação das diretrizes e políticas de gestão do Pronto Socorro. Compete à Diretoria Geral cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno do serviço.

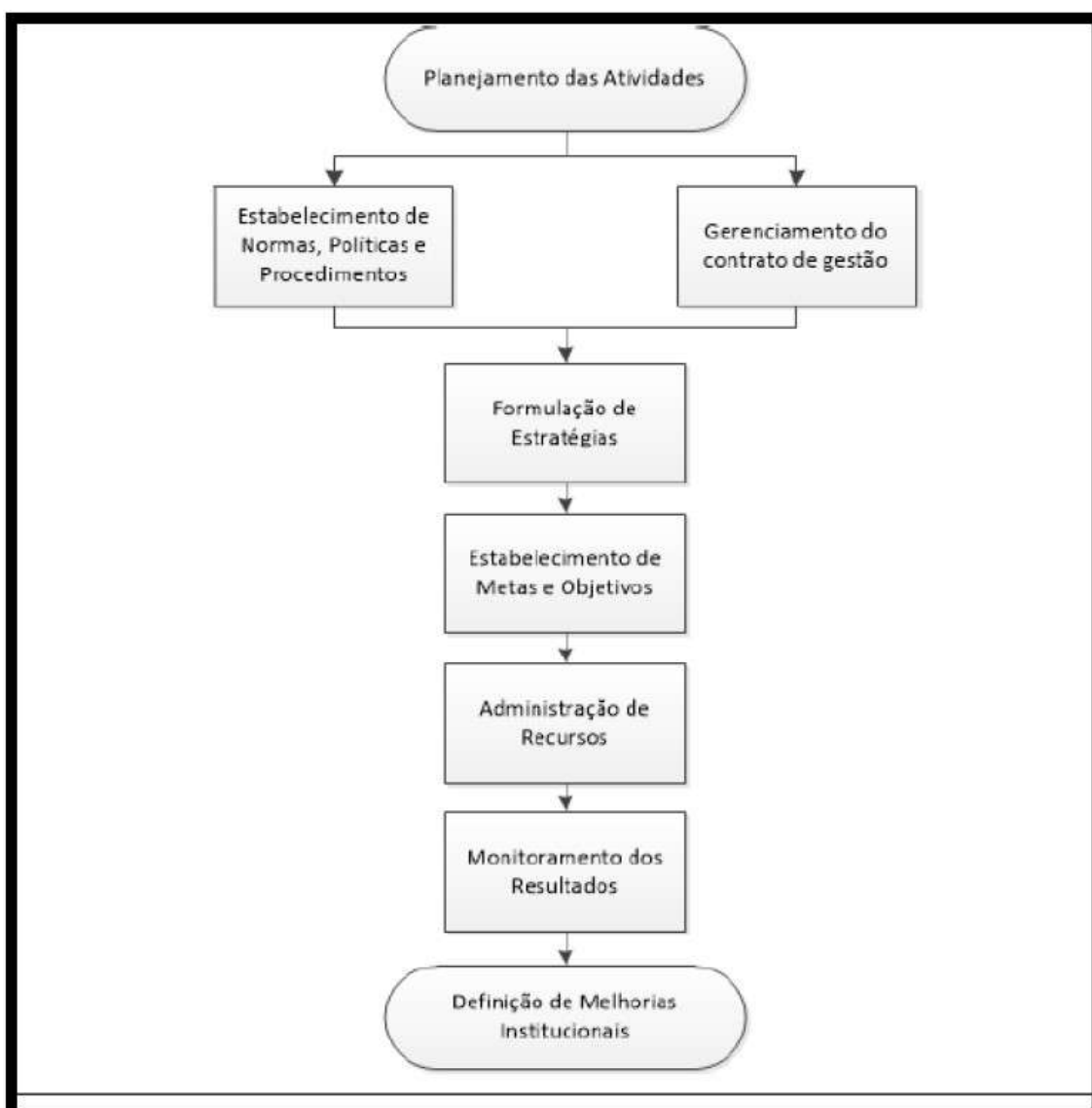


## SETOR FINANCEIRO

Serviço subordinado A Diretoria Administrativa, é responsável pela administração de recursos financeiros que tem por objetivo maximizar o valor da instituição e contribuir para a sua continuidade. Fazer a gestão competente de contas a pagar e receber e fluxo de tesouraria.

**Horário de funcionamento:** O serviço funcionará das 7h às 17h de segunda à sexta feira

## Fluxo de Atividades





## GESTÃO ADMINISTRATIVA

Competências:

- Planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes à gestão da Documentação Administrativa, do Apoio Logístico, de Recursos Humanos, de Tecnologia da Informação e dos assuntos Econômico-Financeiros, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- Gerenciar os recursos alocados nas Gerências;
- Implantar e gerir mecanismos de garantia da qualidade dos serviços afetos às Gerências;
- Manter um vínculo estreito entre as diversas Unidades da Gerência, de forma que as atividades aconteçam interdependentemente, objetivando a eficácia, a eficiência e a efetividade da gestão administrativo-financeira;
- Controlar e prestar contas dos recursos orçamentários e financeiros;
- Promover intercâmbio entre as áreas de sua Unidade, demais Gerências, Diretoria Clínica, Serviços e Órgãos de Assessoramento;
- Dar suporte administrativo às áreas fins, quando solicitado;
- Cooperar no estabelecimento de planos, diretrizes e estratégias referentes aos sistemas administrativo e econômico;
- Solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada;
- Opinar em atividades, procedimentos e atos que envolvam outras equipes, obedecendo às normas e medidas específicas preconizadas, com rigorosa observância aos preceitos éticos;
- Cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- Delegar competência para a prática dos serviços inerentes aos cargos, com prévio conhecimento dos níveis hierárquico superiores;
- Informar processos administrativos e apurar irregularidades, adotando, nos limites de sua competência, as medidas cabíveis, conforme o que for apurado;



## Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde

Consiste no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura.

A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo.

Os resíduos sólidos devem ser acondicionados em saco constituído de material resistente a ruptura e vazamento, impermeável, baseado na NBR 9191/2000 da ABNT, respeitados os limites de peso de cada saco, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento.

Os sacos devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e ser resistente ao tombamento.

A identificação deve estar aposta nos sacos de acondicionamento, nos recipientes de coleta interna e externa, os recipientes de transporte interno e externo, e nos locais de armazenamento, em local de fácil visualização, de forma indelével, utilizando-se símbolos, cores e frases, atendendo aos parâmetros referenciados na norma NBR 7.500 da ABNT, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos.

A identificação dos sacos de armazenamento e dos recipientes de transporte poderá ser feita por adesivos, desde que seja garantida a resistência destes aos processos normais de manuseio dos sacos e recipientes.

Os geradores de Resíduos de Serviços de Saúde todos os serviços relacionados com o atendimento à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar e de trabalhos de campo, laboratórios analíticos de produtos para saúde, necrotérios, funerárias e serviços onde se realizem atividades de embalsamamento (tanatopraxia e somatoconservação), serviços de medicina legal, drogarias e farmácias inclusive as de

manipulação, estabelecimentos de ensino e pesquisa na área de saúde, centros de controle de zoonoses, distribuidores de produtos farmacêuticos, importadores, distribuidores e produtores de materiais e controles para diagnóstico in vitro, unidades móveis de atendimento à saúde, serviços de acupuntura, serviços de tatuagem, dentre outros similares.

## Classificação dos Resíduos

### Classe A

– Resíduos Infectantes: Cirúrgico natomopatológico e exsudado: tecido, órgão, peça anatômica, sangue e outros líquidos orgânicos provenientes de atos cirúrgicos, necropsia e resíduos contaminados por estes materiais.

Perfurocortante: agulha, ampola, pipeta, lâmina de bisturi, vidros etc.

Assistência ao paciente: secreções, excreções e demais líquidos orgânicos procedentes de pacientes, bem como os resíduos contaminados por estes materiais, inclusive restos de refeições.

### Classe B

– Rejeito Radioativo: Qualquer material resultante de laboratório de análises clínicas, unidades de medicina nuclear e radioterapia.

- Resíduo farmacêutico: medicamentos vencidos, contaminados, interditados ou não utilizados.

### Classe C

– Resíduos comuns: Todos os resíduos que não se enquadram nos tipos A e B, e que por sua semelhança aos resíduos domésticos não oferecem riscos adicionais à saúde pública, como os resíduos das atividades administrativas, de jardins, pátios, restos de preparo de alimentos etc.

## FLUXO UNIDIRECIONAL DE RESÍDUOS DE SAÚDE

### OBJETIVO

Estabelecer os procedimentos para o gerenciamento de resíduos provenientes do HMCOAG baseando-se nos princípios da não geração de resíduos e na minimização da geração de resíduos, que aponta e descrevem as ações relativas ao seu manejo, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, transbordo, tratamento e disposição final, bem como à proteção e preservação à saúde pública, ao meio ambiente e à saúde e segurança do trabalhador.

Tem por objetivo ainda, estimular a reciclagem dos resíduos comuns.

### RESPONSABILIDADES

Todas as Unidades geradoras de resíduos sólidos e líquidos.

### DEFINIÇÕES

**RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE – RSS:** São aqueles gerados em qualquer serviço prestador de assistência médica, sanitária ou estabelecimentos congêneres, podendo então, serem provenientes de farmácias, hospitais, unidades ambulatoriais de saúde, clínicas e consultórios médicos e odontológicos, laboratórios de análises clínicas e patológicas, instituições de ensino e pesquisa médica, bancos de sangue e clínicas veterinárias.

**TRATAMENTO:** Processo artificial de depuração e remoção das impurezas, substâncias e compostos químicos de água captada dos cursos naturais, de modo a torná-la própria ao consumo humano, ou de qualquer tipo de efluente líquido, de modo a adequar sua qualidade para a disposição final.



**SEGREGAÇÃO:** Consiste na separação do resíduo no momento e local de sua geração, de acordo com características físicas, químicas, biológicas sua espécie, estado físico e classificação.

**ACONDICIONAMENTO:** Consistem no ato de embalar corretamente os resíduos segregados, de acordo com as suas características, em sacos e/ou recipientes impermeáveis, resistentes à ruptura e vazamento.

**IDENTIFICAÇÃO:** Conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos, recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS.

**TRANSPORTE INTERNO:** Consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até o local destino armazenamento temporário ou à apresentação para a coleta externa.

**ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO:** Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento.

**ARMAZENAMENTO EXTERNO:** Consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores.

**COLETA INTERNA I:** consiste na coleta dos resíduos do ponto de geração e transporte para o expurgo (armazenamento temporário).

**COLETA INTERNA II:** consiste no transporte dos resíduos dos expurgos (armazenamento temporário), para o abrigo externo.

**COLETA E TRANSPORTE EXTERNOS:** A coleta e transporte externos consistem na remoção dos RSS, do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou destinação final, utilizando-se técnicas que garantem a preservação da integridade física da pessoa, da população e do meio ambiente, de estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.

DESTINAÇÃO FINAL: consiste na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para receber obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, e licenciamento em órgão ambiental competente.

## Ações Qualitativas

### - Programa Da Qualidade

O IGPP, visando a qualidade assistencial e a satisfação do cliente compromete-se a um atendimento de qualidade como desenvolvimento de uma atenção competente.

A qualidade dos serviços prestados nas unidades de saúde deverá ser vista como um produto de ações que interagem, através das pessoas envolvidas nos diferentes processos, que resultam na prestação da assistência à saúde. Será preciso formar grupos de trabalho, todos engajados e capacitados em ferramentas da qualidade. O trabalho da equipe é um princípio fundamental para o sucesso dessa gestão.

Outro princípio importante é a melhoria contínua, para isso será disseminada na instituição a cultura de que há sempre uma maneira melhor de realizar um trabalho, processo contínuo de avaliação das atividades aplicando diariamente por todos da instituição.

Sendo assim elencamos as 9 (nove) ações prioritárias para promoção da qualidade técnica:

#### 1. PADRONIZAÇÃO DOS PROCESSOS

A padronização é uma importante ferramenta gerencial, dentro de qualquer processo funcional, com os objetivos de garantir os resultados esperados para cada tarefa realizada, garantir a manutenção da qualidade e dar a segurança aos profissionais na execução de tarefas, para isso serão criados os Procedimentos Operacionais.

É preciso salientar que as metodologias a serem adotadas pelo Programa da Qualidade na implementação de novo padrões e nas melhorias dos serviços prestados devem estar sempre alinhadas às necessidades da instituição. O papel dessas metodologias é operar



mudanças de hábitos, promovendo a revisão dos processos já implantados, assim será possível transformar posturas e expectativas para que todo o trabalho possa contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços assistenciais oferecidos.

## 2. SEGURANÇA DO PACIENTE

Atendendo às recomendações do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), o IGPP objetiva prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos nos serviços de saúde, instituindo os Núcleo de Segurança do Paciente, que tem como objetivo principal estabelecer políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura voltada para a segurança dos pacientes, através do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas e tecnologias, que visem garantir a qualidade dos processos na Instituição, incluídas ações de controle sanitário e regulamentação, imprescindíveis para identificar precocemente a ocorrência de eventos que afetam a segurança do paciente.

A atuação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) se dará em áreas como: prevenção de infecções; procedimentos cirúrgicos; prescrição, transcrição, dispensação e administração de medicamentos; processos de identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos serviços de saúde; prevenção de quedas e úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais.

São atribuições do Núcleo de Segurança do Paciente: Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente; Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente; Identificar pontos críticos para a segurança do paciente; Aprovar e implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores; Definir políticas, diretrizes e estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde; Elaborar e viabilizar junto à Administração a implementação de ações para instituir sistemas mais seguros.

Depois de implantado o Núcleo, a equipe terá prazo estipulado para definir protocolos e pensar estratégias de funcionamento, visando a segurança do paciente e a prevenção de riscos futuros.





### 3. GERENCIAMENTO DE RISCOS

O Gerenciamento de Riscos e Segurança do Paciente que pressupõe uma série de ações que visam à identificação, prevenção, avaliação, monitoramento e a redução do risco de dano e eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que o cliente/paciente, colaborador e instituição podem estar expostos e que possam afetar a segurança, a saúde, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

Os objetivos gerais do Gerenciamento de Riscos são:

- Segurança dos pacientes e comunidade usuária
- Preservação da organização
- Redução de perdas
- Atendimento à legislação vigente
- Alinhamento aos padrões para certificação de qualidade
- Desenvolver a cultura da interdisciplinaridade e cooperação entre as diversas áreas para construir respostas às demandas
- Incentivar a mudança de postura nas relações interpessoais

### 4. GESTÃO DE PESSOAS

O IGPP segue as doutrinas do TCESP e Marco Regulatório do Terceiro Setor a fim de institucionalizar os processos de Gestão de Pessoas. Assim como estabelecido no Dimensionamento de Pessoal, buscara utilizar de Processos de Seleção Qualificada para compor a equipe de assistência e de gestão, sendo gerida por ela própria quando se tratar de mão de obra finalística e podendo a contratação de parceiros e terceiros quando se tratar de mão de obra meio, o IGPP mantém conduta ilibada quando se trata da qualidade técnica e humana de seus trabalhadores de saúde, sempre se aprimorando no desenvolvimento humano.

Como previsto, nos espaços de cogestão democrática e participação social diretrizes em relação a recrutamento, seleção e desenvolvimento poderão ser aperfeiçoada segundo as especificidades do serviço.

### 5. MATRICIAMENTO COM A REDE BÁSICA E ESPECIALIZADA



No Brasil, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou contexto favorável a processos de reforma do modelo assistencial, no qual se insere o Programa Saúde da Família. Inicialmente formulado como um programa vertical, orientado a populações de risco, em um segundo momento, passou a ser considerado pelo governo brasileiro a principal estratégia de reforma do modelo de atenção em saúde. Além de promover maior acesso à atenção primária, a Estratégia Saúde da Família (ESF) incorporou, entre suas diretrizes, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, maior participação social e intersetorialidade, aliadas à definição de porta de entrada pela APS e à formação de equipe multiprofissional (BRASIL, 2006). Confirmando nossos objetivos durante o desenvolvimento desse projeto a integração com a rede sobretudo, à atenção primária se torna eixo norteador em nossa proposta gerencial, embora o objeto de gestão se refere ao um Pronto Socorro Municipal, não há que se falar em gestão individualizada em sim gestão em redes, portanto a proposta do matriciamento, alta e relatórios qualificados, além de colegiados permanentes de discussão se tornam as principais ferramentas de gestão para concretizar a integração com a Rede SUS.

A Integração com a rede traz para a centralidade do projeto a instituição de protocolos assistenciais e o fortalecimento da classificação de Risco, já citado nas ações de gestão do cuidado de nosso projeto.

## 6. CONTROLE DE RESULTADOS – MONITORAMENTO DE INDICADORES DE QUALIDADE

Atualmente a qualidade na assistência à saúde e a humanização dos serviços têm ocupado espaço na agenda da gestão municipal como meta prioritária para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Outra preocupação está em relação a mensuração de resultados em saúde, este para o IGPP se torna crucial visto como dito os mitos em relação a qualidade e convergência com a gestão do SUS.

Em nossos contratos de Gestão utilizamos dos Marcos regulatórios dos Sistemas de Qualidade do Ministério da Saúde, PMAQ, SISPACTO. Sendo assim as metas propostas estão em consonância com as próprias ferramentas gerenciais do SUS.



## 7. CAPACITAÇÃO E FORMAÇÃO PERMANENTE

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma proposta ético-político-pedagógica que visa transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços numa perspectiva intersetorial. Nessa perspectiva, o IGPP institucionaliza a Política de Educação Permanente em Saúde como estratégia fundamental para a formação e o desenvolvimento dos seus trabalhadores, buscando articular a integração através da interseção entre o aprender e o ensinar na realidade dos serviços. Por isso a necessidade de seleção rigorosa de seus colaboradores.

A EPS trabalha com ferramentas que buscam a reflexão crítica sobre as práticas de atenção, gestão e formação, sendo, por si só, um processo educativo aplicado ao trabalho, possibilitando mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas e uma melhor articulação para dentro e para fora das instituições. Processo Necessário para sustentação do Modelo de Cogestão.

## 8. GESTÃO DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Cabe mencionar que estes acabam sendo uns dos carros chefes do Terceiro Setor em tecnologia da Informação, em inúmeros projetos geridos por nós essa foi uma área de evolução na gestão, sendo assim cabe destacar que o conceito funcional de inovação tecnológica: refere-se à introdução de produtos ou processos tecnologicamente novos e melhorias significativas que tenham sido implantadas em produtos e processos existentes. Considera-se inovação tecnológica de produto ou processo aquela que tenha sido implementada em uma organização para articular e mobilizar recursos (humanos, financeiros, materiais etc.),

O IGPP trabalha com inúmeros parceiros nos ramos, além de experiência em softwares do Ministério da Saúde e DATASUS.

Até mesmo porque as demais prioridades gerenciais como monitoramento de qualidade e resultados dependem exclusivamente de uma rede de informação eficiente.



A comunicação em saúde se propõe a ser eixo estruturante das ações gerenciais, pois alimentam o controle social.

Nossa área de comunicação trabalha atentamente com as demandas da gestão e apresentação contínua de resultados. A comunicação e os princípios do SUS”, deve estar agregado ao poder da comunicação, quando utilizada pelos cidadãos, a fim de lutar por melhorias no serviço público de saúde e garantir a participação popular nesse processo. São esclarecidos os princípios doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) e organizativos (descentralização, hierarquização e participação) do SUS, buscando adentrar a prática comunicativa em cada uma destas diretrizes e incitando discussões que se apropriam e condicionam aos resultados, fluxos e rotinas das unidades que possam se conectar com a população usuária.

## 9. EFETIVAÇÃO DAS COMISSÕES INTERNAS

As diversas comissões da unidade são criadas com o objetivo de melhorar as atividades de assistência aos pacientes e os processos de trabalho interno. As atividades servem como instrumento de gestão oferecendo subsídios a Diretoria da instituição. As comissões são compostas por profissionais com a responsabilidade de analisar e produzir dados e protocolos dentro de suas especificidades.

Todas as reuniões das comissões serão registradas em ata e devidamente arquivadas e se reunirão em reuniões ordinárias mensais.

### Política de Funcionamento da Unidade de Faturamento

#### Horário de Funcionamento:

O serviço de faturamento tem o seu horário de funcionamento de Segunda à Sexta-feira das 8:00 às 18:00 horas, horário administrativo, com intervalo para o almoço.



### Composição da Equipe

A equipe será composta por 1 Faturista e 1 auxiliar administrativo, conforme especificado na planilha de dimensionamento de RH

### Descrição

Serviço responsável pelo processamento das contas dos clientes assistidos nos diversos serviços do Pronto Socorro de forma a garantir o correspondente afluxo de recursos financeiros. É de responsabilidade deste departamento o credenciamento de todos os serviços assistenciais e atualização constante no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES. O faturamento desenvolverá suas atividades em conjunto com o SAME e equipe multidisciplinar.

### Finalidades do Faturamento:

- Confecção das contas de todos os pacientes.
- Conservação dos sistemas de registro de todas as despesas tais como; materiais de consumo, medicamentos e exames complementares.
- Confecção de relatórios estatísticos à administração, que dará subsídios para tomada de decisões, avaliação do desempenho e da produtividade da instituição.
- Preencher os sistemas de informações nacionais do DATASUS.
- Encaminhar, ao setor de documentação da instituição a documentação pertinente após o atendimento ou óbito.

### Atribuições Orgânicas:

- Recolher e ordenar toda a documentação que deve ser utilizada para serem faturados os débitos dos serviços que foram prestados a pacientes.
- Recolher os prontuários dos pacientes que tiveram alta e comparar as prescrições, analisando a possibilidade da cobrança dele respeitando os critérios estabelecidos pelo ministério da saúde.

### Atribuições Funcionais:

### Compete ao Faturista

- Certificar-se quanto ao preenchimento correto de todos os campos cabíveis, nos documentos exigidos pelo órgão competente;
- Preparar e conferir as contas de pacientes internos;
- Zelar para que todas as contas sejam encerradas dentro dos prazos preconizados pelo órgão competente;
- Comunicar à chefia direta quaisquer informações julgadas necessárias.
- A execução das contas de todos os pacientes internos que usufruírem dos serviços prestados;
- A verificação da procedência de glosas, recorrendo às mesmas quando necessário;
- O fornecimento de todos os dados solicitados pela direção do serviço ou outrem autorizado por ela;
- A atualização quanto a novos procedimentos;
- Zelar pelo sigilo das informações contidas nos prontuários;
- Programar e desenvolver métodos de trabalho;
- Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias;
- Cuidar para que o ambiente de trabalho seja higiênico e agradável;
- Realizar reuniões, sempre que necessário, com outras áreas ligadas às atividades do faturamento;
- Elaborar relatórios estatísticos mensais e anuais;
- Zelar pelo material de trabalho;

### Normas e Rotinas:

- Recolher e ordenar toda a documentação que deve ser utilizada para serem faturados os débitos dos serviços prestados a clientes;
- Recolher os prontuários dos clientes que tiverem alta e comparar as prescrições com as Notas de Débito emitidas;
- Preencher as Autorizações de Internações dos beneficiários do Sistema Público de Saúde encaminhando-as, dentro do prazo fixado e da forma que este exige;



- Elaborar mapas demonstrativos, mensais, do faturamento, observando roteiro implantado pela Administração para o preenchimento de um Relatório Mensal de prestação de Contas;
- Manter controle rigoroso dos valores faturados, glosados e recebidos;

O médico e/ou enfermeiro auditor procederá a análise e avaliação dos prontuários de pacientes que obtiveram alta, transferências e óbito na unidade da unidade, dos procedimentos realizados que serão codificados com base na tabela SIGTAP, e as mudanças de procedimentos quando forem necessárias como também os procedimentos especiais com a finalidade de alimentar o sistema do BPA ou SIA (Sistema de Informação Ambulatorial).

A partir da codificação dos prontuários realizada pelo médico e/ou enfermeiro, a faturista computará os dados relacionados à cobrança dos procedimentos, exames, materiais e medicamentos de alto custo, órteses e próteses em planilha apropriada e na sequência a digitação no Sistema BPA. Ao final de cada mês este profissional será responsável por transmitir a Secretaria Municipal de Saúde as FAA's/BPA's faturadas no período.

O faturamento é responsável pela atualização e inserção dos dados dos recursos humanos da instituição a cada contratação ou desligamento de profissionais e o faturista receberá do setor de Recursos Humanos a ficha de Cadastro do Profissional devidamente preenchida e realizará a digitação no sistema CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde para atualização das informações. Compete ao setor realizar a atualização da estrutura física e serviços sempre que necessário e ao final de cada mês este profissional será responsável por transmitir a Secretaria Estadual de Saúde a base do CNES.

Ao final de cada mês realizará a consolidação das informações, digitação no Sistema BPA/BPAI e a transferência para a Secretaria Estadual de Saúde.

**NOTA:**





O faturamento será realizado de maneira informatizada, em conformidade com as Portarias em vigência editadas pelo Ministério da Saúde. Todos os procedimentos realizados em cada atendimento serão registrados simultaneamente no sistema. A partir dessa base de dados, gera-se o faturamento.

### Serviço de Controle de Acesso

#### NORMAS DE FUNCIONAMENTO - SEGURANÇA

##### - Uso do Crachá

É obrigatória a entrada e circulação dos colaboradores devidamente identificados com seus crachás, na falta dele solicitar um provisório na portaria;

##### - Entrada de Funcionários

- Entrada única de funcionário pela entrada lateral, não é permitido o acesso pela Recepção Principal.

##### - Acesso ao Unidade;

- Não é permitida a entrada de amigos ou familiares de funcionários. Assuntos particulares devem ser tratados fora da instituição;

- Todos os acessos ao UPA 24 HORAS são controlados e registrados pelos colaboradores da unidade de portaria e vigilância.

##### - Achados e Perdidos

- Encaminhar a portaria qualquer objeto encontrado por mais insignificante que seja;

##### - Pessoas não Identificadas

- Avisar imediatamente a portaria sobre a circulação de pessoas sem identificação dentro das dependências internas da unidade;

##### - Saída de Materiais e Equipamentos

- Toda entrada ou saída de equipamentos para manutenção deve ser via almoxarifado, através de impresso próprio.
- Para entrada de qualquer tipo de material ou equipamentos com o colaborador, deverá este ter sido autorizado por escrito pela diretoria e seguir rotina de registro de material.

#### DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES:

##### Atendimento ao Público

Recepcionar e orientar o usuário na utilização dos serviços prestados pela instituição;

Recepcionar e registrar visitantes, acompanhantes e prestadores de serviço, identificando-os e orientando-os de acordo com rotinas e normas da instituição;

Observar todos e tudo que entra e sai pelos principais acessos da instituição;

Aplicar protocolos de controle de entrada e saída de materiais e equipamentos;

Controlar acesso na entrada e saída de colaboradores, orientando quanto o porte de pertences e ao uso obrigatório da identificação (crachá funcional);

Identificar as pessoas e situações suspeitas dentro do recinto em que servir;

Aplicar protocolos de controle de acesso ao estacionamento de forma segura e organizada;

Atender de forma cordial e receptiva, agindo preventivamente nas possíveis situações de conflito;

Acompanhar processos de altas de pacientes em interface com a enfermagem;

Acionar o líder diante de qualquer situação adversa ou em caso de dúvida nos processos operacionais e administrativos;

Atender as normas de condutas operacionais e comportamentais da unidade

Preencher corretamente e de forma legível os impressos de controles e registros internos

- Controles de chaves da instituição;

Organizar e disponibilizar chaves aos colaboradores autorizados durante período de serviço, protocolando retirada e devolução e de acordo com normas de segurança.

- Auxiliar de Monitoramento;

Visualizar as imagens em tempo real, a fim de detectar sinistros, evitar possíveis ameaças e assegurar o patrimônio;

Caso detectar alguma anormalidade comunicar a chefia de imediato;

Casos mais graves como vandalismo, furto ou roubo, acionar a Polícia Militar para prestar apoio, em seguida avisar chefia imediata;

Efetuar revezamento a cada 02h, com outro Aux. Monitoramento (carga/descarga) ou quando necessário para evitar a fadiga e perda de atenção.

Anotar todas as informações necessárias em livro de registro de ocorrências;

Modo de Operação;

Principais focos a serem visualizados;

Normas Operacionais;

Situações suspeitas e providencias;

Back-up e armazenamento de imagens;

Normas para fornecimento de imagens;

Elaborar regimento para sistema de Alarme com sequências de providencias em caso de disparo de alarme;

Contato telefônico com as pessoas autorizadas pela instituição caso seja ou não constado danos, arrombamento na área visual do profissional lotado na ocorrência;

Contato telefônico com base da Polícia Militar da região;

Emissão de relatório de eventos com situações e providencias.

- Carga e descarga

Recepcionar cliente e verificar qual o setor de entrega, fazer contato com o setor e após autorização registrar dados em planilha, identificar e encaminhá-lo em caso de setor interno;

Recepcionar cliente e em caso de prestação de serviço, fazer contato com setor solicitado e após autorização registrar, identificar e encaminhá-lo ao setor de destino.

Principais Rotinas:

Registro e identificação de prestador de serviço;

Registro e identificação de retirada de Equipamento;

Registro e identificação de retirada de resíduo, funerária, entregas etc.

Controlar o fluxo de entrada e saída de veículos, a fim de evitar colisões.

Informar a chefia imediata caso houver algumas ocorrências;

Estar atentos ao fluxo de funcionários;

Impedir que pessoas sem identificação tenham acesso a área interna da unidade;

É obrigatório a entrada e circulação dos colaboradores devidamente identificados com seus crachás, na falta dele solicitar um provisório na unidade de portaria;

Conduta Comportamental - Apresentação Pessoal



Mulheres:

- Cabelos devidamente presos;
- Maquiagem Leve;
- Acessórios discretos (brincos, pulseiras, cintos etc.)
- Unhas limpas, aparadas e esmalte claro.
- Vestimentas adequadas, não sendo curtas e decotadas.

Homens:

- Manter os cabelos curtos, aparados e penteados;
- Barba sempre feita;
- Uniforme limpo, passado, alinhado, manter sapatos engraxados;
- Somente utilizar uniforme padrão fornecido pela empresa;

Postura:

- Não encostar, não cruzar os braços, não colocar as mãos no bolso;
- Não utilizar celular durante horário de serviço;
- Não mascar chiclete / goma;
- Não colocar os pés na parede;
  
- Não debruçar nos balcões;
- Não ficar de cabeça baixa;
- Revistas, livros e similares são proibidos nos postos;



- Não fazer uso de aparelhos eletrônicos no posto (MP 3, Walkmans etc.);
- Não portar o HT nos bolsos por questão de estética;
- Evitar intimidades com colaboradores em geral;
- Não fumar em horário de expediente;
- Não abandonar o posto de serviço sem autorização da Coordenação;
- Não se alimentar nos postos, utilize as copas (somente nos horários liberados pela Coordenação);

#### Comunicação:

- Utilizar os ramais de forma rápida e objetiva (somente para fins profissionais);
- Seja educado, cordial, gentil;
- Utilize frases como: (bom dia, senhor, senhora, posso ajudar etc.);
- Ao atender ao telefone diga sempre seu nome setor e saudação. EX: Portaria Leandro bom dia;
- Evite palavras que indique dúvida (não sei, eu acho, talvez, acho que sim, pode ser);
- Diga para aguardar que irá verificar;
- Não julgue ou faça comentários pessoais de outros colaboradores e clientes tais como: aparência física, vestimenta etc.;
- Não tomar atitudes baseadas nas informações de terceiros, verifique a fonte;

#### Abordagem:

- Saiba ouvir, espere o cliente concluir o raciocínio para informá-lo da melhor forma possível;
- Não encostar as mãos nos clientes;
- Não acatar ordens e determinações de colaboradores de outras unidades, verifique antes com a coordenação;



### Sistemas de Informação e suas Funcionalidades

O IGPP adverte que será imprescindível dispor de um Sistema de Informação eficiente, com uma base referencial de informação e comunicação integrada. O Sistema deverá superar o fornecimento de dados meramente quantitativos e se orientar no eixo da gestão da informação, produção, qualificação, aporte gerencial e comunicação eficiente das informações de interesse à gestão. Deverá possibilitar, em qualquer tempo, a sistematização de registros e controle das informações geradas, emissão de relatórios gerenciais, estudos estatísticos, análises comparativas, desempenho das ações e da equipe, gestão dos estoques, consumo e gastos efetuados, entre outras informações relevantes.

Gestão da informação: consistirá no tratamento da informação – gestão da qualidade, do conteúdo e do uso da informação, englobando dados, equipamentos, redes e suporte tecnológico.

O incentivo à ciência e tecnologia, o uso de ferramentas tecnológicas disponíveis, a pesquisa, o desenvolvimento tecnológico através do uso de novas ferramentas de trabalho e o intercâmbio de informações, proporciona um grande aumento no desempenho profissional de todos os setores e departamentos da nossa Instituição, promovendo um significativo aumento da resolutividade, da potencialização, da customização, da otimização e da capacidade operacional instalada, em cada processo de gestão e execução que desenvolvemos. Com o objetivo de padronizar, potencializar, otimizar, customizar, desenvolver, aprimorar, integrar e avaliar as atividades executadas em todos os setores e departamentos de unidades de saúde, das mais às menos complexas, implantaremos um Sistema de Informações Gerenciais – SIG que engloba toda a estrutura de uma unidade saúde, que construir-se-á num verdadeiro projeto de Tecnologia da Informação – TI. O nosso SIG – Sistema de Informações Gerenciais, atende todos os setores de qualquer equipamento de saúde e foi desenvolvido dentro dos mais altos padrões de qualidade, com a utilização de modernas ferramentas e técnicas de desenvolvimento. Destaca-se pela compatibilidade com o Cartão SUS, possibilitando de imediato a utilização do banco de dados formado a partir do conjunto de aplicativos do

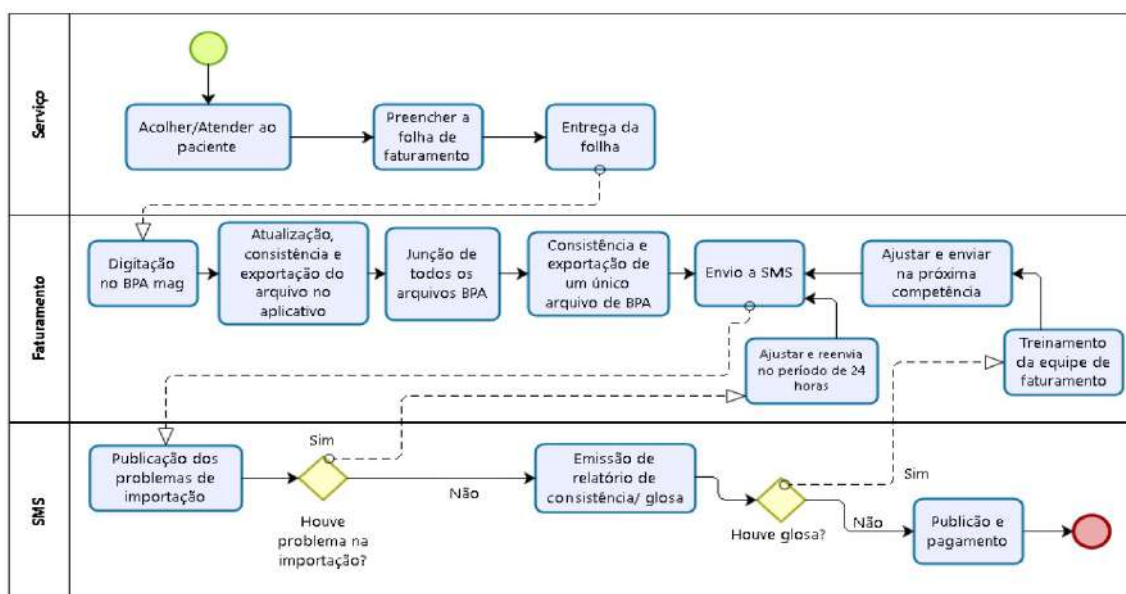


CADSUS e do SCNES, além dos vários níveis de integração entre os diferentes setores do sistema de saúde do município, dentre os quais a utilização do Cartão Nacional de Saúde como instrumento de identificação dos usuários. Contempla todas as necessidades relacionadas à coleta de dados, processamento e produção de informações necessárias à gestão e à gerência dos serviços da saúde municipal. Diferencia-se, pela estrutura modular e a possibilidade de conversão dos bancos de dados existentes, permitindo a continuidade do histórico dos pacientes e das unidades assistenciais, assim como, a unificação dos diversos cadastros que os pacientes possam ter.

O IGPP ressalta que para a gestão da informação e alcance dos objetivos pretendidos, pressupõe-se uma reorganização gerencial, para uma nova ordem de prática organizacional, a fim de possibilitar normas gerenciais, procedimentos, registros das atividades, fluxos operacionais bem estabelecidos e ordenados, responsabilidades definidas, para um direcionamento de informações qualificadas. Será necessário um processo de construção coletiva, com a colaboração de todos da equipe, para o cuidado e transmissão de dados administrativos e informações, em prazos estabelecidos. Por isso, será imperativo que todo o serviço disponha de um responsável técnico para gerir as informações, sistematizar, acompanhar, avaliar, identificar problemas, demandas, entraves existentes, elaborar relatórios gerenciais, e dar os devidos encaminhamentos, para o bom andamento do serviço.

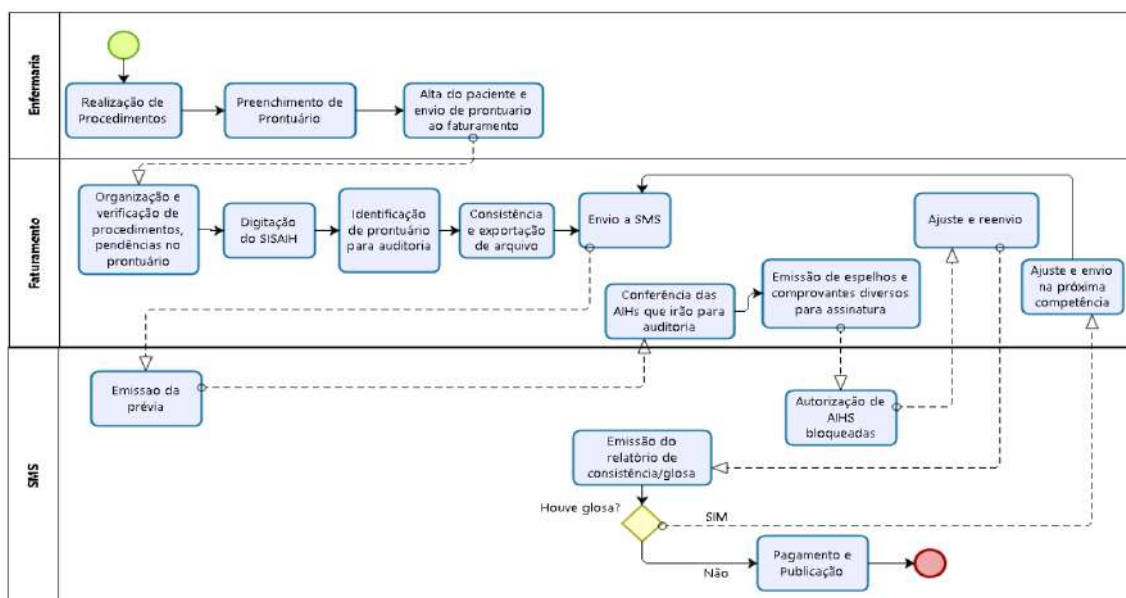
Sem informação e sem organização, não haverá gerenciamento. Consequentemente, será difícil desenvolver estratégias, implementar ações, intervenções ou ocorrer melhoria de serviço, com satisfação da equipe e usuários.

O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) foi implantado na década de 1990 no Brasil, com a finalidade de registrar os atendimentos realizados no âmbito ambulatorial, por meio do Boletim de Produção. Em 2007 a portaria N° 709 estabelece o Boletim de Produção Ambulatorial- BPA magnético constituído de duas formas de entrada de dados de produção, BPA consolidado e BPA individualizado



### - FLUXO DE PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE PRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS) com a Portaria GM/MS n.º 896/1990 implanta o Sistema de Informação. A Autorização de Internação é uma ferramenta utilizada por gestores e prestadores de serviços ao SUS e apresenta a proposta de pagamento de valores fixos por procedimentos.



A implantação e treinamento do SIG – Sistema de Informações Gerenciais, que envolve o atendimento, o cadastro, a farmácia, o pronto atendimento, a nutrição, o SAME e os demais serviços de apoio, buscando sempre a integração da Unidade de Saúde,

proporcionando a obtenção de dados e informações, para a o constante subsídio ao planejamento estratégico.

### **Monitoramento por câmeras de segurança**

#### **Segurança Institucional (Controle de Acesso e Segurança Patrimonial)**

O Serviço de Controle de Acesso proporcionará ao usuário e seus acompanhantes, um controle sobre o fluxo intrafuncional na UPA, orientando, limitando e direcionando o fluxo de pessoas, bem como uma segurança a todos que trabalharão e utilizarão a UPA 24 HORAS. Já o Serviço de Segurança Patrimonial, cuidará da segurança institucional no aspecto de proteção contra invasões e depredações, sendo realizado por uma empresa especializada em monitoramento, utilizando-se de câmeras, 24 horas por dia, com o apoio dos controladores de acesso e com apoio da guarda municipal que já atua no patrulhamento e na segurança da UPA 24 HORAS.

#### **Descrição do Controle de Acesso e Segurança Patrimonial**

Muitas pessoas acham que Controlador de Acesso tem as mesmas funções do porteiro ou vigilante, mas há algumas diferenças importantes. A principal função do Controlador de Acesso é limitar a presença de pessoas, por isso, ele é bastante usado em unidades de saúde. Além disso, o Controlador de Acesso também auxiliará na segurança na unidade de saúde. Ele faz a gestão do controle de acesso externo e geralmente fica logo na entrada das unidades de saúde, orientando e encaminhando as pessoas para os lugares desejados.

Entre as funções do Controlador de Acesso, estão:

Controlar o movimento de pessoal nas áreas sob sua responsabilidade;

Controlar a entrada e saída de veículos e visitantes, sob a área de sua responsabilidade;

Combater a aglomeração de pessoas estranhas ao serviço nos locais assim determinados pela nossa gestão;

Cumprir as normas fornecidas pela nossa gestão, além zelar pela qualidade dos serviços, prestando informações, quando solicitadas (e não sigilosas).

A maior diferença entre as funções é que o Controlador de Acesso não executa nenhuma atividade de recepção, sendo que, se por acaso surgir alguma dúvida sobre a identificação de um visitante, ele destina a pessoa para um balcão onde a recepcionista resolva a situação. Dessa maneira, o Serviço de Controle de Acesso, proporcionará ao usuário e seus acompanhantes, um controle sobre o fluxo intrafuncional e sobre os acessos nas portas do Pronto Atendimento e Emergência, orientando, limitando e direcionando o fluxo de pessoas, bem como uma segurança a todos que trabalharão e utilizarão a unidade de saúde. Já o Serviço de Vigilância, executa a Segurança Patrimonial, cuidando da segurança da estrutura patrimonial, no âmbito de proteção contra invasões e depredações, contando com câmeras de vigilância, monitoradas 24 horas por dia.

#### **Sistema de ponto biométrico**

O sistema de ponto biométrico é uma opção para o controle de ponto que pode ser utilizado por meio de soluções eletrônicas ou digitais.

Em ambos os casos, há respaldo legal para o uso dessa tecnologia, que vem das portarias 1510/09 e 373/11 do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

O sistema de ponto biométrico é bastante seguro porque nenhuma pessoa do mundo tem impressões digitais iguais às de outra pessoa.

Isso significa que não há como burlar o sistema no momento de cada marcação de ponto. As tecnologias eletrônicas e digitais contam com mecanismos de segurança da informação que impedem qualquer alteração nos registros. Algo que favorece a transparência e aumenta a confiança entre empregadores e colaboradores.

#### **CONTROLE DE PESSOAL**

Todos os funcionários devem registrar seu ponto, com exceção dos Diretores, Gerentes, Coordenadores e Consultores, mediante comunicado do Diretor Geral do serviço formalizado junto ao Departamento Pessoal.



O registro da presença do funcionário se realiza por meio de ponto eletrônico biométrico. Atende ao preconizado pela Portaria TEM 1.510 de 2009, que regulamenta o Sistema de Registro de Ponto.

A assiduidade e pontualidade são consideradas pela instituição condições fundamentais para não prejudicar as rotinas e não comprometer as atividades desenvolvidas.

Em situações de Férias, Auxílio-Doença, Acidente de Trabalho, Licença Maternidade, Adoção ou Paternidade, o registro de ponto permanecerá em branco e as devidas anotações serão realizadas no Tratamento de Ponto, para impressão do Espelho do Ponto.

Alterações de horários de trabalho somente podem ser realizadas com previa autorização do Gestor.

O Espelho de Ponto deverá ser assinado exclusivamente pelo funcionário.

Atualmente o IGPP utiliza sistema informatizado, que possibilita o planejamento da força de trabalho.

O planejamento da força de trabalho é um processo contínuo usado para alinhar as necessidades e prioridades da organização com os de sua força de trabalho para garantir que ela possa atender aos seus requisitos legislativos, regulamentares, de serviço e de produção e objetivos organizacionais.

Vantagens operacionais do sistema:

Dimensionamento dinâmico

Visibilidade e controle de toda a operação

Maximização da produtividade

Humanização da escala

Motivação e Retenção de talentos

Visão sistêmica de todo o processo

Apoio à decisão com base em indicadores de gestão em tempo real.

### Descrição do Sistema de Tecnologia da Informação

O tratamento e o uso da informação são primordiais para a melhoria contínua da qualidade da gestão objetivando uma integração harmônica das áreas tecnológica, administrativa, econômica, assistencial, de docência e pesquisa, com a razão última de atender a adequada prevenção e assistência a indivíduos ou populações em situação de risco (BRASIL, 2002).

A função da TI é atender os seguintes aspectos: a obtenção, a administração e uso de informações tanto interna quanto externamente.

Um Sistema de Informação deve, em princípio, otimizar a gestão da informação e, por consequência, a gestão organizacional dos processos de administração, atenção e assistência, além de possibilitar a integração com sistemas de informação externos ligados à rede de saúde. Essa integração deve atender as necessidades informacionais e a os padrões definidos pelo Ministério da Saúde e, conseqüentemente, quando aplicada à rede do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuir, de modo consistente e ágil, para o conhecimento da realidade sobre a saúde ou doença da população usuária destes estabelecimentos de alta complexidade.

A utilização de processos manuais, com registros em papel, de forma ostensiva em quase todos os estabelecimentos, atingiu o seu esgotamento. Como consequência observa-se (1) a ausência de espaço de armazenamento dos prontuários médicos em papel em quase todos os estabelecimentos de saúde, (2) a desorganização progressiva dos sistemas de informação, e (3) a dificuldade de obtenção das informações de saúde dos indivíduos. Esta sobrecarga elevou sobremaneira o número de extravios dos prontuários e diminuiu consideravelmente a qualidade das informações armazenadas. Dentre as consequências graves estão o retrabalho, o desperdício de recursos humanos e materiais na assistência à saúde e os erros induzidos pela ausência da informação. Assim a indisponibilidade da informação induz à obtenção repetida vezes das mesmas informações, incluindo exames complementares de alta complexidade, que são refeitos desnecessariamente, e aumentando o risco ao paciente no estabelecimento de novas terapêuticas.

A Unidade de Saúde reúne grande número de profissionais, realiza exames e tratamento de alta complexidade, demandando assim grande integração das informações, na maioria das vezes em tempo real. A adoção sistema informatizado acarretará a redução de custo e a maior eficiência da atenção.

O IGPP acredita que a disponibilização de um Sistema Informatizado permitirá, entre outros avanços:

- (1) o acesso remoto e simultâneo dos dados clínicos individuais e coletivos;
- (2) uma maior legibilidade e consequente agilidade e confiabilidade;
- (3) maior segurança;
- (4) aumento da confidencialidade dos dados do paciente;
- (5) grande flexibilidade na organização das informações;
- (6) integração com outros sistemas de informação;
- (7) captura automática de dados;
- (8) processamento contínuo;
- (9) apoio à decisão;
- (10) apoio à pesquisa;
- (11) melhoria dos mecanismos de auditoria e controle sociais, dentre outras;

Desta forma, a implantação do Sistema de Informação permitirá a melhoria da gestão e a racionalização dos recursos.

Para atender de forma eficiente e eficaz as diretrizes delineadas no Planejamento Estratégico do **IGPP**, propõe-se a criação de um Comitê de Tecnologia da Informação, vinculado à Administração, composto por representantes que auxiliem na elaboração de procedimentos e padrões de informática para toda a instituição, com o objetivo de auxiliar nas decisões relacionadas à Tecnologia da Informação, à luz das diretrizes estratégicas já estabelecidas.

A principal atribuição deste Comitê seria a avaliação de necessidades e como melhor atendê-las, considerando-se aspectos tecnológicos, tendências, comparações, análises de viabilidade, melhores práticas e melhor relação custo-benefício para a realidade do **IGPP**. Além disto, auxiliaria a Direção na elaboração do Plano Diretor de Tecnologia da



Informação, promovendo sua divulgação, acompanhamento e atualizações necessárias frente à novas necessidades ou tecnologias.

A criação deste Comitê eliminaria as decisões unilaterais de assuntos relacionados à Tecnologia da Informação, aproximando as necessidades do Negócio com as realidades de TI.

Algumas Atribuições- Comitê de Tecnologia da Informação

- Promover o desenvolvimento do Plano Diretor de Tecnologia da Informação, se responsabilizando pelo seu acompanhamento e atualizações e garantindo sua factibilidade.
- Atuar como um comitê técnico-consultivo para todas as ações relacionadas à área de Tecnologia da Informação, assessorando e colaborando com a Superintendência na tomada de decisões.
- Fomentar a utilização de melhores práticas na área de Tecnologia da Informação como ITIL, COBIT, ISO 17799 e PMBOK.
- Definir a adoção de tecnologias que garantam a compatibilidade no intercâmbio de dados.
- Orientar equipe de TI na participação de eventos e treinamentos voltados às áreas de interesse para o desempenho de suas funções.
- Implementar soluções que promovam otimização de recursos e ganhos de escala na aquisição ou contratação de bens e serviços de informática.

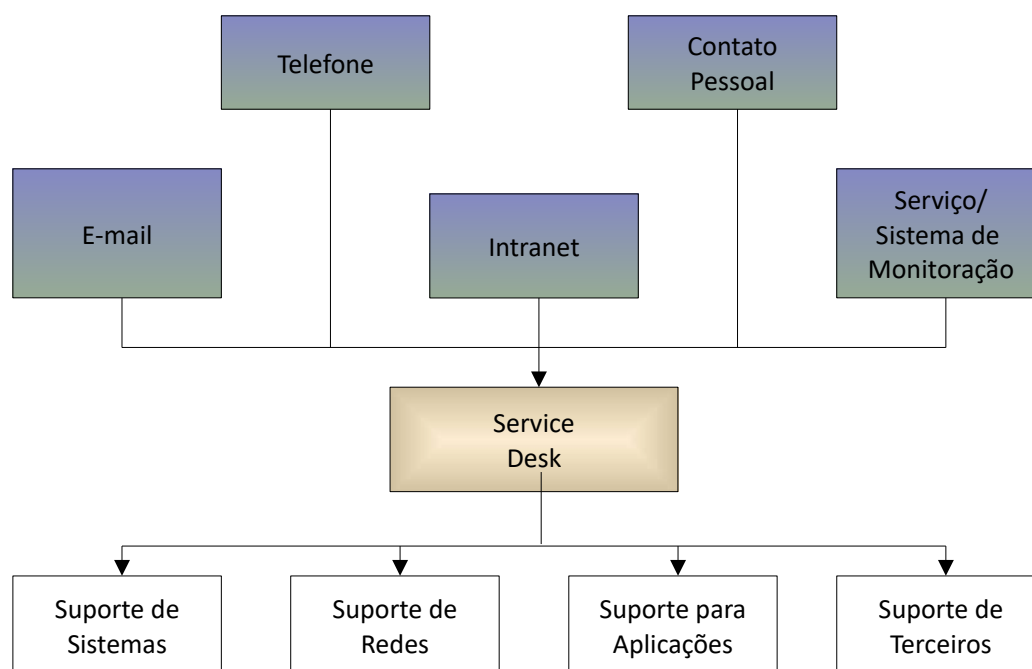


Figura 1- Roteamento das Informações

#### Outras Ações

- Definir necessidades, equipe e procedimentos para atendimentos de plantões realizados fora do horário normal de trabalho.
- Definir e implantar um Plano de Continuidade das Atividades de TI, que assegure a continuidade das operações para vários cenários de desestabilização do ambiente.
- Definir treinamentos para os membros da equipe de Tecnologia da Informação, em função das novas tecnologias a serem implementadas.

#### Infraestrutura de Hardware

#### Estrutura Funcional e Recursos Humanos

- Reestruturação Funcional da área de TI, adaptando os atuais profissionais à um modelo que suporte a implementação de novas tecnologias e necessidades de fornecimento de novos serviços.
- Auxiliar, incentivar ou patrocinar treinamentos específicos para os membros da equipe de TI, de forma a adaptá-los às novas tecnologias e necessidades de suporte.
- Adoção de melhores práticas no suporte, fornecimento e gerenciamento de serviços de informática, considerando-se modelos mundialmente reconhecidos como:

- PMBOK/PMI - Project Management Body of Knowledge / Project Management Institute.
- ITIL - Information Technology Infrastructure Library do Office of Government and Commerce (OCG) do HM Treasury- UK.
- COBIT - Control Objectives for Information and related Technology do IT Governance Institute.
- Alcançar o nível estratégico no grupo por meio de ações de melhoria e percepção do valor de TI.

### Geral

- Definição de uma política de segurança corporativa, que regule a utilização de equipamentos, com a colaboração do Comitê de Tecnologia da Informação.
- Definir necessidades, equipe e procedimentos para atendimentos de plantões realizados fora do horário normal de trabalho.
- Definir e implantar um Plano de Continuidade das Atividades de TI, que assegure a continuidade das operações para vários cenários de desestabilização do ambiente.
- Garantir alta disponibilidade dos serviços de TI críticos para o negócio.
- Estipular, junto ao comitê de TI, uma política de renovação periódica do parque tecnológico.
- Buscar métricas em relação ao outsourcing de impressão P&B e imagens e manter uma política de reavaliação anual.

### Redes

- Definição de políticas de segurança física e lógica através do Comitê de Tecnologia da Informação proposto.
- Reestrutura toda rede de dados para suportar futura expansão.
- Elaborar e manter documentação atualizada da topologia da rede, com identificação de todos os elementos e procedimentos de reconfiguração no caso de falhas.
- Estudar soluções para elevar a velocidade do link de rádio entre os prédios externos.
- Elaborar estudo para analisar as necessidades de acesso à Internet em cada uma das áreas.



- Reavaliar projeto para definição de rede externa e rede interna, isoladas por sistema de Firewall, de forma a proteger acesso as informações.
- Estudar viabilidade de implementação de "Appliance" que implemente funções de Firewall e VPN.
- A partir da estabilização da infraestrutura de rede, elaborar estudos para agregar solução VOIP à toda rede do **IGPP**.

#### Servidores

- Elaboração de projeto para readequação de servidores, considerando-se tarefas implementadas e novos aplicativos como:
  - "Website" das entidades administradas pelo **IGPP**
  - Web Mail
  - Internet
  - Intranet
  - Software de Gestão
  - Servidores de Aplicação
  - Servidores de Banco de Dados
  - Consolidação de servidores em racks e nuvem.
  - Consolidar as áreas de armazenamento dos servidores, respeitando-se as características e necessidades individuais de acordo com suas funções.
  - Estudar viabilidades de utilização de SAN (Storage Area Network) com Single ou Multi Path para os servidores.
  - Estudar viabilidades de utilização de NAS (Network Attached Storage) com protocolos iSCSI, CIFS e NFS.
  - Rever políticas de backup dos servidores e software/hardware.

#### Microcomputadores

- Substituição gradual dos terminais de acesso CRT por soluções mais modernas com monitores LCD, considerando-se os seguintes fatores para determinação das prioridades:
  - Principais pontos de atendimento ou contato com clientes
  - Necessidades de visualização de imagens com alta resolução



- Necessidades de trabalho com múltiplas janelas simultaneamente
- Necessidades específicas locais
- Disponibilização de recursos para investimentos

#### Impressoras

- Elaborar estudo para analisar as necessidades específicas de cada área.
- Elaborar estudo para otimizar recursos de impressão.
- Substituição gradual em função dos estudos de necessidades e otimização de recursos, seguindo critério para determinação de prioridades que considere:
- Principais pontos de atendimento ou contato com clientes
- Necessidades de impressões com alta qualidade
- Necessidades específicas locais
- Disponibilização de recursos para investimentos

#### Aplicativos de Software

Propõe-se a reavaliação de um Sistema de gestão, capaz de integrar atividades administrativas, financeiras, beneficiários, prestadores, autorizações, contas médicas e Atividades Fim, além de permitir análises utilizando técnicas de BI (Business Intelligence).

Nesta avaliação devem ser considerados aspectos como:

- Funcionalidades
- Capacidade de integração
- Modularidade
- Base instalada
- Tecnologias
- Investimentos
- Tempo de implantação
- Custos de manutenção

Os resultados da avaliação do Sistema de Gestão devem determinar a necessidade de utilização dos atuais sistemas com base para dados.

Estudar de maneira mais aprofundada as características do software da Gestão e a necessidade de novas implementações ou funcionalidades que possam ser implementadas ou mesmo a análise de novos produtos.



Elaboração de estudo interno com o auxílio de médicos, Comitê de Tecnologia da Informação e outros profissionais, para analisar a viabilidade de disponibilização de serviços via Internet, como Laudos, Exames e outros.

A importância da manutenção e atualização das informações e recursos disponibilizados no "Website" do **IGPP**, de caráter muitas vezes sigiloso, além de um novo patamar tecnológico pretendido pela instituição, passa pela necessidade de desenvolver capacidades para implementar sistemas que disponibilizem este "Website" através dos recursos próprios, e não por meio de "hosting" por um provedor externo.

Alinhado à disponibilização do "Website" e serviços via Internet, encontra-se também a disponibilização de serviços e funcionalidades à funcionários, médicos, grupos ou equipes internas, com acessos diferenciados a informações específicas, através de uma Intranet, isolada e protegida de acessos externos.

Assim como a Internet, o serviço de e-mail ou "Webmail" do **IGPP** deve ser tratado internamente, com políticas próprias para armazenamento e "backups", com procedimentos definidos com o auxílio do Comitê de Tecnologia da Informação.

## Conclusões

Para viabilizar a implementação das diretrizes estratégicas, é necessário que a infraestrutura de tecnologia seja modernizada e readequada às novas necessidades.

Este Plano de Infraestrutura Tecnológica teve como propósito avaliar o ambiente atual de tecnologia e propor soluções de modernização adequadas ao contexto da instituição.

As soluções propostas foram elencadas em projetos, que podem ser implementados de forma sequenciada, considerando-se prioridades mandatórias e arbitradas e capacidade de investimento. A integração desse conjunto de projetos é o ambiente de tecnologia resultante que se vislumbrou como suficiente e necessário para o suporte ao Planejamento Estratégico.

1. A implementação de um ambiente seguro e estável de energia elétrica para a Sala de Servidores é de primordial importância como alicerce para o desenvolvimento dos outros projetos.



2. A criação de um Comitê de Tecnologia da Informação vai auxiliar a tomada de decisões relacionadas à área de tecnologia, garantindo a transparência e visibilidade das atividades e recursos necessários para o bom desempenho desta, e alinhando novas necessidades à um Plano Diretor de Tecnologia da Informação de longo prazo.
3. A Estrutura Funcional da área de Tecnologia da Informação deve ser adaptada ao novo modelo de atuação e às novas implementações tecnológicas, aproveitando-se as capacidades do quadro de recursos humanos atual.
4. É necessário investimento em treinamentos, cursos de reciclagem profissional e capacitação da equipe nas novas tecnologias que deverão ser implementadas, além do treinamento de usuários na utilização dos novos aplicativos.
5. Os terminais de acesso aos aplicativos, são na sua maioria obsoletos e não suportariam uma atualização de sistema operacional, inviabilizando a disponibilidade ou oferecimento de novos aplicativos que requeiram recursos mais modernos e, no entanto, devem ser aproveitados em sua totalidade.
6. O "roadmap" de implementação dos projetos sugere o delineamento que deve ser encaminhado através de um Plano Diretor de Tecnologia da Informação.
7. Na aquisição de equipamentos de informática, consideramos como premissa sempre que possível, garantias de 3 anos.

### Proposta para Implantação das Comissões Técnicas

As instituições assistenciais têm adotado as comissões técnicas como um instrumento de gestão para oferecer serviços de qualidade aos usuários.

As comissões técnicas desempenham várias funções na instituição, destacando-se a produção de indicadores relevantes para a gestão e contribuir para a eficácia das organizações em prol dos usuários. Constituem instrumentos de vital importância para o desenvolvimento técnico de qualquer Unidade de Saúde e serão formadas objetivando o estabelecimento de padrões de funcionamento da Unidade de Pronto atendimento.





Para cada comissão será criada uma pasta arquivo para organizar a documentação, neste estarão as atas de nomeação, reunião, cronograma de atividades etc.

O IGPP manterá em funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões de Caráter Permanente, seguindo o que recomenda a legislação para cada uma delas.

- a) Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- b) Comissão de Óbitos;
- c) Comissão de Controle de Infecção;
- d) Comissão de Ética Médica;
- e) Comissão de Qualidade e Segurança do Paciente
- f) Comissão de Ética de Enfermagem;
- g) Comissão de Farmácia e Terapêutica;

## COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS E VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS

### FINALIDADE

Atender a resolução CFM N°. 1.638 de 10 de julho de 2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção Administrativa da instituição.

### PERFIL DOS MEMBROS COMPONENTES:

| FORMAÇÃO         | PERFIL DO COMPONENTE                                                                                          | QTD |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Presidente       | Profissional com nível superior indicado pela Diretoria da Instituição e escolhido pelos membros da Comissão. | 01  |
| Vice-Presidente  | Profissional com nível superior indicado pela Diretoria da Instituição e escolhido pelos membros da Comissão. | 01  |
| Secretário       | Profissional com nível superior indicado pela Diretoria da Instituição e escolhido pelos membros da Comissão. | 01  |
| Membros Efetivos | Profissional com nível superior indicado pela Diretoria da Instituição e escolhido pelos membros da Comissão. | 03  |

## COMPOSIÇÃO

A composição deverá ser de dois membros médicos, dois membros da Direção Administrativa, um membro do Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME e um enfermeiro (a).

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades por tempo a ser definido pela Diretoria Administrativa em comum acordo com a Diretoria Técnica.

## MANDATO

O mandato será de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Direção Administrativa em comum acordo com a Direção Técnica.

A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada através de portaria pela Direção Administrativa a cada dois anos em local visível e de fácil acesso bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

O presidente da comissão, assim como, todos os membros, serão nomeados pela Direção Administrativa da instituição bem como os cargos de vice-presidente e secretário.

No caso de substituição de um ou mais membros, cabe a Direção Administrativa em comum acordo com a Direção Técnica realizar novas nomeações através de portaria.



SEDE

A sede da comissão será a unidade de SAME.

## FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

As reuniões acontecerão conforme a necessidade, sendo obrigatório uma reunião ordinária mensal.

A ausência de um membro em 3 reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Na ausência do presidente, o vice assume suas funções. Na ausência do vice cabe ao secretário presidir a reunião.

As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata e arquivada contendo: data e hora, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Além das reuniões ordinárias a cada dois meses poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico, pelo Coordenador Clínico, pelo Presidente ou Vice-presidente.



## ATRIBUIÇÕES

São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuário Médico:

I – A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

a) Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento.

b) Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe.

c) Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora.

d) Normatizar o preenchimento das contrarreferências conforme orientação da Direção Clínica e Direção Técnica.

e) Criar e aprovar normas que regulem o fluxo de prontuários da instituição.

d) Tipo de Alta.

II – Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade deles.

III – Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.

IV – Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.

V – Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.



VI – Desenvolver atividades de caráter técnico – científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

São atribuições do Presidente da Comissão:

- a) Convocar e presidir as reuniões.
- b) Indicar seu vice-presidente.
- c) Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante.
- d) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta.
- e) Fazer cumprir o regimento.

Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

- a) Organizar a ordem do dia.
  - b) Receber e protocolar os processos e expedientes.
  - c) Lavrar a ata das sessões/reuniões.
  - d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.
  - e) Organizar e manter o arquivo da comissão.
  - f) Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.
- Controle pela Direção Médica - Supervisão e acompanhamento.
  - As discussões e encaminhamentos deverão ser registrados em Ata.

## QUADRO DE METAS

| FUNDAMENTO:          | IMPLANTAR COMISSÃO                                                                                                            |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Âmbito de desempenho | Qualidade e requisito legal                                                                                                   |
| Tipo de Indicador    | Contínuo                                                                                                                      |
| Fonte de Auditoria   | Portaria de Constituição e Registro das Atas                                                                                  |
| Meta Inicial:        | Comissão Implantada em até 03 meses com realização de pelo menos uma reunião para revisão no trimestre.                       |
| Meta Permanente:     | Reunião Mensal, com registro em ata do nº de prontuários analisados, identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas |

## DISPOSIÇÕES GERAIS

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRPM, em conjunto com o Diretor Técnico da instituição.

Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

O presente regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria Administrativa da instituição e passará a ser divulgado publicamente entre seus colaboradores.

## PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO

## Capítulo I

Artigo 1º - A Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) do Pronto Socorro do Engenho Novo, será constituída por um número mínimo de 4 membros nomeados pelo Coordenador Clínico, e suplente designado pelo efetivo se necessário.

Representantes a serem deliberados:

SAME

Pediatria



Pronto Atendimento

Enfermagem

Faturamento

Capítulo II

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 2º - São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuário:

I – Estabelecer normas para avaliar a qualidade das informações contidas no prontuário:

II – Recomendar formulários, divulgar folders, cartazes, e artigos de revistas com assuntos pertinentes ao prontuário, esclarecimentos sobre importância do preenchimento do prontuário, bem como os fundamentos legais nos quais a CRP se ampara para desempenhar o seu trabalho.

III - Competência da CRPM:

Em Conformidade com a resolução de Conselho Federal de Medicina nº 1638, de 10 de julho de 2002, a CRP deve observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte eletrônico ou papel:

Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP), e exames anexados;

Anamnese, exame físico, hipótese diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos ao qual ele foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e / ou armazenados em meio eletrônico;



Nos prontuários em suporte de papel, é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórios a assinatura e respectivo número do Conselho de Classes.

Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ ou a remoção para outra unidade.

Compete a CRP a nomeação de outras comissões nos setores onde se julgar necessários.

IV - Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, a chefia das clínicas e a direção técnica da unidade.

V – A CRP deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

### CAPÍTULO III

#### DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Artigo 3º - A CRPM requisitará ao Serviço de Arquivo Médico (SAME), os prontuários selecionados segundo as normas estabelecidas pela CRPM, para avaliação.

Artigo 4º - A CPRM avaliará os prontuários por amostragem: 10% do total de Altas do mês. Na amostragem, o número de prontuários avaliados será proporcional ao número de internações em cada clínica.

Artigo 5º - A escolha do prontuário é aleatória.

Artigo 6º - A avaliação de prontuários será feita através de roteiro elaborado e aprovado pela CRPM;

Artigo 7º - As avaliações serão tabuladas em planilhas e serão encaminhadas aos setores interessados.



## CAPÍTULO IV

### DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 8º - Este Regimento Interno está em consonância com a resolução CFM Nº 1.638, de 10 de julho de 2002:

Artigo 9º - Este Estatuto poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

### COMISSÃO ANÁLISE DE NOTIFICAÇÃO DE ÓBITOS

#### INTRODUÇÃO

A mortalidade expressa o resultado do processo assistencial. No entanto, esse resultado sofre a interação de uma série de processos assistenciais e gerenciais extremamente complexos e cuja influência no resultado é difícil de ser mensurada, tais como o estabelecimento de condutas sem o esclarecimento diagnóstico adequado, infecções, uso inadequado de medicamentos, manutenção deficiente de equipamentos médicos e sistemas de infraestrutura, acidentes transfusionais, iatrogenias, entre outros. Nas atividades diárias de uma instituição de saúde, inúmeras ações podem ser objeto de atenção e fonte de informação para processos de avaliação de qualidade e melhoria de desempenho, desta forma ajudando a reconhecer e sanar as falhas do processo assistencial.

#### PERFIL DOS MEMBROS COMPONENTES:



| FORMAÇÃO         | PERFIL DO COMPONENTE                                                                                                         | QTD |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Presidente       | Profissional com formação em de nível superior indicado pela Diretoria da Instituição e escolhido pelos membros da Comissão. | 01  |
| Vice-Presidente  | Profissional com formação em de nível superior indicado pela Diretoria da Instituição e escolhido pelos membros da Comissão. | 01  |
| Secretário       | Profissional com formação em de nível superior indicado pela Diretoria da Instituição e escolhido pelos membros da Comissão. | 01  |
| Membros Efetivos | Profissional com formação em de nível superior indicado pela Diretoria da Instituição e escolhido pelos membros da Comissão. | 04  |

## COMPOSIÇÃO

Será constituída por pelo menos cinco membros médicos e um enfermeiro, designados pelo diretor técnico, assim representados:

Serviço de Clínica Médica – médico

Serviço de Pediatria – médico

Serviço de Enfermagem - enfermeiro

## MANDATO

24 meses, podendo ser renovável conforme definição da diretoria.

## METAS E OBJETIVOS DA COMISSÃO

1. Avaliar a qualidade da assistência prestada no Pronto Socorro do Engenho Novo a partir da análise dos óbitos;
2. Detectar a ocorrência de eventos adversos (acidentes ou falhas operacionais) que podem comprometer a qualidade da assistência ou influir no curso da internação, indicando necessidade de revisão do processo assistencial e a avaliação do funcionamento da própria CRO/HGPV;
3. Avaliar a adequação da história clínica de admissão, da evolução, da investigação diagnóstica desencadeada pela hipótese diagnóstica inicial e da terapêutica instituída.

## DAS ATRIBUIÇÕES

- a) Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- c) Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- d) Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- e) Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- f) Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);
- g) Zelar pelo sigilo ético das informações;
- h) Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado, bem como assessorar a Diretoria Clínica em assuntos de sua competência;
- i) Elaborar rotina de encaminhamento ao Serviço envolvido e Comissão de Ética dos casos pertinentes.
- j) Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre na busca da qualidade com atuação de Educação Permanente;

## FREQUÊNCIA DAS REUNIÕES

Reuniões com periodicidade mensal em local especificado, assim como envio de indicadores e informações;

Ausência sem justificativa de um membro em três reuniões consecutivas ou seis reuniões não consecutivas no período de 12 meses gera sua exclusão automática;

Decisões por aprovação (votação aberta) da maioria, com voto de minerva do primeiro integrante a chegar na reunião;

- Controle pela Direção Médica - Supervisão e acompanhamento.
- As discussões e encaminhamentos deverão ser registrados em Ata.

## METODOLOGIA

Análise dos prontuários de óbitos no Pronto Socorro do Engenho Novo pela CRO, utilizando-se instrumento específico de coleta de dados com padronização das variáveis;

## FONTES DE INFORMAÇÃO

1. Prontuário do paciente
2. Relatório de alta
3. Declaração de óbito
4. Relato cirúrgico
5. Anotações médicas
6. Anotações de enfermagem.

## VARIÁVEIS ANALISADAS

Autoexplicativas:

1. Idade
2. Sexo
3. Data da internação
4. Dia, data e hora do óbito
5. Diagnóstico de admissão



6. Diagnóstico final e causa mortis
7. Óbito antes do início do tratamento
8. Óbito antes de 48 horas
9. Óbito no ato cirúrgico ou anestésico
10. Óbito no pós-operatório imediato
11. Acidentes ou falhas operacionais Categorizadas:
12. Confirmação do diagnóstico: clínico (baseado na evolução clínica e resposta terapêutica), clínico-laboratorial (confirmação diagnóstica baseada em resultados de exames de patologia clínica ou de imagens), cirúrgico (expresso no relatório cirúrgico) ou anatomopatológicos (resultado de necropsia ou de exame anatomopatológico). Quando não há enquadramento em nenhum desses critérios é classificado como não confirmado;
13. Anamnese adequada: inclui história da doença atual, história patológica pregressa, história familiar e história social colhida até 24 horas após a admissão, com dados completos de identificação;
14. Exame físico adequado: registro de avaliação de todos os segmentos e sistemas;
15. Evolução adequada: evolução médica e de enfermagem diária, constando hora e data, assinada e carimbada;
16. Exames complementares adequados: realização de exames compatíveis com o diagnóstico inicial ou o diagnóstico principal;
17. Terapêutica adequada: compatível com o diagnóstico inicial ou o diagnóstico principal;
18. Óbito desassistido: quando o óbito ocorre sem a presença de um profissional da equipe de saúde envolvida na assistência ao paciente;
19. Infecção: qualquer infecção surgida após 72 horas da internação do paciente, podendo se manifestar durante a internação ou após a alta, ou surgida antes de 72

horas após realização de procedimento invasivo diagnóstico ou terapêutico, associável ao processo infeccioso;

20. Dia mais frequente;

21. Horário de predomínio.

PS.: O não enquadramento da anamnese, exame físico, evolução, exames complementares

e terapêutica nos critérios especificados classifica a variável como inadequada ou inexistente, de acordo com critérios definidos.

## PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS

### CAPÍTULO I

#### DA FINALIDADE

Atender a resolução do CFM de nº 1.779/2005 que regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da declaração de óbito.

Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

A revisão dos óbitos é um importante instrumento de controle de qualidade nas instituições, bem como o conhecimento das causas de morte pode contribuir para o aprimoramento da assistência à saúde.

### CAPÍTULO II

#### DA COMPOSIÇÃO

Artigo 1º - A Comissão de Revisão de Óbitos (CRO) do Pronto Socorro do Engenho Novo, será constituída por pelo menos cinco membros médicos e um enfermeiro, designados pelo superintendente, assim representados:

Serviço de Clínica Médica – supervisor médico





Serviço de Pediatria – supervisor médico

Serviço de Enfermagem

### CAPÍTULO III

#### DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 2º - São atribuições da Comissão de Revisão de Óbitos:

- a) Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- c) Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- d) Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- e) Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- f) Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);
- g) Zelar pelo sigilo ético das informações;
- h) Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado, bem como assessorar a Diretoria Clínica em assuntos de sua competência;
- i) Elaborar rotina de encaminhamento ao Serviço envolvido e Comissão de Ética dos casos pertinentes.
- j) Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre na busca da qualidade com atuação de Educação Permanente;

§ 10 - São atribuições do Presidente da Comissão

- a) Convocar e presidir as reuniões;
- b) Indicar seu vice-presidente;



- c) Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante;
- d) Subscriver todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;
- e) Fazer cumprir o regimento.

Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva). Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

#### § 20 - São atribuições dos membros da CRO

- a) Comparecer às reuniões;
- b) Realizar o trabalho de coleta dos dados dos prontuários conforme determinado no capítulo anterior
- c) Efetuar estudos, coletar informações e preparar relatos determinados pelo presidente;
- d) Propor planos e estudos para a melhoria de qualidade da comissão e assistência no que tange a assuntos de interesse e competência da comissão de óbitos
- e) Votar e justificar seu voto nas decisões colocadas em votação pelo presidente.

#### § 30 - São atribuições e competências da secretária da Comissão

- a) Organizar a ordem do dia;
- b) Receber e protocolar os processos e expedientes;
- c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- e) Organizar e manter o arquivo da comissão;
- f) Preparar a correspondência;



g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria;

h) Solicitar ao Serviço de Arquivo Médico (SAME) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

#### CAPÍTULO IV

##### DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Artigo 3º - A Comissão de Óbitos, requisitará ao SAME, os prontuários selecionados segundo as normas estabelecidas por ela.

Artigo 4º - A comissão distribuirá os prontuários em escala de rodízio, entre os membros da comissão, para que eles funcionem como relatores, elaborando parecer sobre o assunto.

Artigo 5º - O relator terá um prazo de cinco dias úteis para elaborar o seu parecer. Em casos excepcionais poderá haver solicitação de aumento do prazo.

Artigo 6º - Nos dias de reunião extraordinária da comissão, os relatores apresentarão seus pareceres que serão apreciados pelos demais membros.

Artigo 7º - Os prontuários não poderão ser retirados.

#### CAPÍTULO V

##### DAS REUNIÕES

Artigo 8º - As reuniões deverão acontecer mensalmente, com data, local e horários previamente definidos e informados.

Artigo 9º - Para realização dos trabalhos da comissão, os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria da unidade.

Artigo 10º - A ausência de um membro em três reuniões distintas durante 12 meses gera sua exclusão automática.



Artigo 11º - Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

Artigo 12º - As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, através de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 13º - As reuniões deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo data e hora dela, nome e assinatura dos membros presentes, resumo de expediente e decisões tomadas.

Artigo 14º - Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo por todos os membros.

## CAPÍTULO VI

### DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 15º - Este Regimento está em consonância com a portaria conjunta MEC/MS, nº 01/9.

Artigo 16º - Este Regimento poderá ser alterado:

Após avaliação de desempenhos se for o caso;

Pelas eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

Em ambos os casos por proposta do diretor técnico de departamento.

### COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Em cumprimento à RESOLUÇÃO CFM nº 1.657/2002, alterada parcialmente pela Resolução CFM nº 1.812/2007, o IGPP estabelecerá a implantação da Comissão de Ética Médica (CEM) com função sindicante, educativa e fiscalizadora do desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência.

### PERFIL DOS MEMBROS COMPONENTES:



| FORMAÇÃO          | PERFIL DO COMPONENTE                                                         | QTD |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Presidente        | Profissional com formação em medicina, eleito pelo corpo clínico do Hospital | 01  |
| Secretário        | Profissional que atue no Hospital, eleito para a Comissão e para o cargo.    | 01  |
| Membros Efetivos  | Profissional com formação em medicina, eleito pelo corpo clínico do Hospital | 03  |
| Membros Suplentes | Profissional com formação em medicina, eleito pelo corpo clínico do Hospital | 03  |

## COMPOSIÇÃO

Será composta por 1 (um) presidente, 1 (um) secretário e demais membros efetivos e suplentes e será instalada obedecendo ao critério de proporcionalidade definido pelo porte do serviço: 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes.

Não poderão integrar a Comissão de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

Conforme alterado pela Resolução CFM n. 1.812/07, o mandato da Comissão de Ética será de até 30 (trinta) meses.

## Conteúdo

- Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, respeitem os preceitos éticos e legais;
- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;
- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão;
- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;

- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;
- Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;
- Verificar se a instituição onde atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;
- Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;
- Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição onde atua;
- Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;
- Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição onde atua;
- Fornecer subsídios à Direção da instituição onde funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;
- Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
- Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;
- Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;
- Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;
- Orientar o público usuário da instituição de saúde onde atua sobre questões referentes à Ética Médica.

- A escolha dos membros da CEM será feita mediante eleição direta, dela participando os médicos que compõem o Corpo Clínico do estabelecimento, conforme previsto no Regimento Interno do Corpo Clínico, inscritos na condição de médico em situação regular com o Conselho Regional de Medicina.
- A convocação da eleição será feita pelo Coordenador clínico, por Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.
- A Comissão de Ética Médica será composta pelos candidatos que obtiverem o maior número de votos, de acordo com o número previsto para a sua composição.

#### METAS E OBJETIVOS DA COMISSÃO PARA O PRIMEIRO ANO DE CONTRATO

- Eleição da Comissão de Ética e seu regimento de acordo resolução do CFM 1657/2002.
- Nomear os membros da Comissão;
- Validação da Comissão pelo CRM;
- Validação do Regimento Interno;
- Elaboração de Cronograma das reuniões mensais;
- Elaboração de relatórios a direção;
- Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição;
- Educação Continuada – criar um sistema que garanta que os pacientes, os profissionais de saúde e os visitantes sejam orientados sobre questões éticas;
- Desenvolver atividades de caráter técnico – científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição;
- Proceder à sindicância a pedidos de interessados, médicos, Conselho ou por iniciativa própria, visando diminuir conflitos e dúvidas existentes na Instituição;



- Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Medicina na Instituição, identificando as condições oferecidas pela mesma, para o desempenho das atividades profissionais e qualidade do atendimento dispensado à clientela, pela equipe médica;
- Identificar e recomendar as estratégias e as medidas de saúde referente aos conflitos éticos;
- Divulgar a magnitude e a importância do código de ética e seus respectivos indicadores;
- Cronograma de Atividades Anual
- Reuniões Mensais

#### Frequência das reuniões

- Reunião da comissão organizadora da eleição semanalmente até a ocorrência do pleito. Em seguida, de acordo com a demanda dos serviços

#### Controle pela Direção Médica

#### Acompanhamento

As discussões e encaminhamentos deverão ser registrados em Ata.

### PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

#### COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA (CEM)

##### I. FINALIDADE

Criadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em 1970 e estabelecidas formalmente por meio de resolução em 1985, as Comissões de Ética Médica (CEMs) correspondem ao “braço” dos Conselhos Regionais dentro das instituições. Cabe a CEM as funções de opinar e educar sobre as questões referentes ao correto desempenho ético da profissão (junto ao corpo clínico, direção e usuários), fiscalizar as condições de



trabalho médico e o atendimento prestado e promoção de sindicâncias voltadas a situações específicas nos hospitais.

## II. COMPOSIÇÃO

A CEM é composta por um presidente e um secretário no total de dez membros médicos, sendo cinco titulares e cinco suplentes, cujo número é proporcional à quantidade de médicos que atuam no Corpo Clínico da Instituição.

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria.

O tempo mínimo de dedicação por membro será definido pela Diretoria Técnica, de acordo com as necessidades e perfil da Instituição.

A critério da Diretoria e da própria Comissão, a carga horária total do membro poderá ser de uso exclusivo da Comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

## III. ELEIÇÕES:

São organizadas por uma Comissão Eleitoral Autônoma, garantindo transparência a todo o processo.

Como representante legítima da classe profissional, a CEM é eleita por meio de voto direto de todos os médicos que fazem parte do corpo clínico, independentemente do tipo de vínculo.

O período de atuação da CEM corresponderá a 24 meses.

## IV. IMPEDIMENTOS

Não poderão participar como candidatos a membros da CEM os médicos que exercerem cargos de direção, como Coordenador Clínico, Diretor Executivo e Diretor Técnico. Quando investidos dessas funções após terem sido eleitos, deverão se afastar. Nesse caso o membro efetivo será substituído pelo suplente.

Se por qualquer motivo o participante da CEM deixar de fazer parte do Corpo Clínico da Instituição, seu mandato cessará automaticamente.



#### V. SEDE

A sede da Comissão será a sala das comissões, a ser disponibilizada, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

#### VI. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade de cada unidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática. Na ausência do presidente ou secretário, os membros da Comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

As reuniões da Comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora dela, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico, pelo Coordenador Clínico, pelo Presidente ou Vice-presidente. Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Diretoria Clínica.

O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal pelo programa do Núcleo de Informação.

#### VII. ATRIBUIÇÕES

São atribuições da Comissão de Ética Médica

Opinião

Educação

Fiscalização

Sindicâncias

Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;

Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;

Desenvolver atividades de caráter técnico científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição;

Assegurar a credibilidade aos médicos, melhorar a imagem da Instituição e aprimorar a relação médico/paciente.

São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas

- a) Convocar e presidir as reuniões;
- b) Indicar seu vice-presidente;
- c) Representar a comissão junto à Diretoria da Instituição, ou indicar seu representante;
- d) Subscriver todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;
- e) Fazer cumprir o regimento. Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.



São atribuições e competências da secretária da Comissão

- a) Organizar a ordem do dia;
- b) Receber e protocolar os processos e expedientes;
- c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- d) Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- e) Organizar e manter o arquivo da Comissão;
- f) Preparar a correspondência;
- g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretária;

#### VIII DISPOSIÇÕES GERAIS

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CEM, em conjunto com o Coordenador Clínico da Instituição.

### COMISSÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA NO CUIDADO AO USUÁRIO

#### FINALIDADE

- Assegurar o desenvolvimento do Programa de Qualidade e medir suas atividades.
- Comunicar regularmente à Direção Geral e aos Diretores / Coordenadores o nível de satisfação dos clientes internos e externos;
- Acompanhar a implantação das melhorias da qualidade por meio de visitas aos vários setores;
- Viabilização de canais de comunicação com os clientes para avaliação do grau de satisfação com os serviços;
- Elaborar e divulgar relatórios;



- Notificar aos responsáveis por cada serviço os problemas identificados nas áreas de trabalho, atuando de forma cooperativa com a implementação das ações corretivas.

MEMBROS COMPONENTES:

- Direção Geral
- 1 Médico
- 1 Enfermeiro
- Assistente de SAU
- Direção Administrativa
- Comissão de Controle de Infecção

METAS E OBJETIVOS NO 1º. ANO:

- Traçar políticas e objetivos para o Programa da Qualidade
- Planejar e deliberar sobre prioridades relacionadas às frentes de trabalho do Programa. Efetuar a análise crítica das informações, relativas à qualidade aos seus clientes, de forma sistemática;
- Propor e cooperar na elaboração, implementação e supervisão da aplicação das normas e rotinas técnico - administrativas, visando a aplicação dos Princípios Básicos do Programa da Qualidade [satisfação do cliente, envolvimento de todos os colaboradores, gestão participativa, gerência de processos de trabalho, valorização do servidor, constância de propósitos, melhoria contínua, ação proativa (preventiva) para evitar falhas;
- Cooperar com o treinamento, capacitando adequadamente o quadro de funcionários e profissionais no que diz respeito aos Princípios da Qualidade.

Frequência das reuniões:



- Semanal até a elaboração do programa e depois quinzenal no primeiro ano. A partir daí, mensal.

Controle pela Direção Médica:

- Participação, supervisão e acompanhamento
- As discussões e encaminhamentos deverão ser registrados em Ata.

### NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Atendendo às recomendações do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), cujo objetivo é prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos nos serviços de saúde, o Núcleo de Segurança do Paciente tem como objetivo principal estabelecer políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura voltada para a segurança dos pacientes, através do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas e tecnologias, que visem garantir a qualidade dos processos na Instituição, incluídas ações de controle sanitário e regulamentação, imprescindíveis para identificar precocemente a ocorrência de eventos que afetam a segurança do paciente.

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) de cada unidade será constituída por representantes dos setores de Farmácia, Enfermagem, Serviço Social, Radiologia, Nutrição, Qualidade, Fisioterapia e Comissão de Controle de Infecção.

A Diretoria Técnica e Clínica participa prestando assessoria ao Núcleo.

A atuação se dará em áreas como: prevenção de infecções; procedimentos cirúrgicos; prescrição, transcrição, dispensação e administração de medicamentos; processos de identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos serviços de saúde; prevenção de quedas e úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais.

São atribuições do Núcleo de Segurança do Paciente: Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente; Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente; Identificar pontos críticos para a segurança do





paciente; Aprovar e implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores; Definir políticas, diretrizes e estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde; Elaborar e viabilizar junto à Administração a implementação de ações para instituir sistemas mais seguros.

Depois de implantado o Núcleo, a equipe terá prazo estipulado para definir protocolos e pensar estratégias de funcionamento, visando a segurança do paciente e a prevenção de riscos futuros.

## REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

### CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Este regimento atende as normas instituídas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), autoridade regulamentar brasileira encarregada, entre outras responsabilidades, de acompanhar o desempenho de produtos da área da saúde quando são lançados no mercado e colocados à disposição do consumidor.

Art. 2º As boas práticas de funcionamento do serviço de saúde são componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados.

Art. 3º O Núcleo de Segurança do Paciente é a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.

Art. 4º O Núcleo de Segurança do Paciente visa a totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem.

Art. 5º A criação do plano de segurança do paciente em serviços de saúde apontará as situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde.

Art. 6º A Gestão de risco será desenvolvida através da Aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

Art. 7º Definições:

I - Cultura da segurança: é definida como o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

II – Dano: o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

III – Incidente: qualquer evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde.

IV - Segurança do paciente: é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.

V - Serviço de saúde: estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis.

VI - Tecnologias em saúde: conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde.

VII – Boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde: componentes da Garantia da Qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados, orientadas primeiramente à redução dos riscos inerentes a prestação de serviços de saúde.

VIII - Evento adverso: incidente que resulta em danos à saúde.

Art. 8º Os Eventos adversos são classificados em:

I - Eventos relacionados à gestão do cuidado:

a) Óbito ou lesão grave de paciente associados a erro de medicação (ex.: erros envolvendo prescrição errada, dispensação errada, medicamento errado, dose errada, paciente errado, hora errada, velocidade errada, preparação errada, via de administração errada).

b) Óbito ou evento adverso grave associado a erro transfusional.

c) Óbito ou lesão grave materna associada ao trabalho de parto ou parto em gestação de baixo risco.

d) Óbito ou lesão grave de paciente associados à queda durante a assistência dentro do serviço de saúde.

e) Qualquer úlcera de pressão estágio 3, 4 ou não classificável adquirida após internação/ comparecimento no serviço de saúde.

f) Óbito ou lesão grave de paciente associados à embolia gasosa durante a assistência dentro do serviço de saúde.

g) Inseminação artificial com o espermatozoide do doador errado ou com o óvulo errado.

h) Óbito ou lesão grave de paciente resultante de perda irreversível de amostra biológica insubstituível.

i) Óbito ou lesão grave de paciente resultante de falha no seguimento ou na comunicação de resultados de exames de laboratório, patologia ou radiologia.

II - Eventos relacionados à proteção do paciente:

a) Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa não autorizada.

b) Óbito ou lesão grave de paciente associado à fuga do paciente.

c) Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano auto infligido que resulte em lesão séria durante a assistência dentro do serviço de saúde.

III - Eventos graves relacionados aos procedimentos cirúrgicos:

a) Cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no sítio errado.

b) Cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no paciente errado.

c) Realização de cirurgia ou outro procedimento invasivo errado em um paciente.

d) Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após cirurgia ou outro procedimento invasivo.

e) Óbito intraoperatório ou imediatamente pós-operatório/pós-procedimento em pacientes sadios sem alterações orgânicas.

IV - Eventos relacionados a produtos:

a) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de medicamentos.

b) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de produtos para saúde.

c) Óbito ou evento grave associado ao uso de produtos biológicos (vacina e hemoderivados, sangue e hemocomponentes, outros tecidos e células) contaminados.



d) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de produto em desacordo com a indicação do fabricante (conforme registrado na ANVISA).

#### V- Eventos ambientais

a) Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde.

b) Qualquer incidente no qual sistema designado para fornecer oxigênio ou qualquer outro gás ao paciente não contenha gás, contenham o gás errado ou estejam contaminados com substâncias tóxicas.

c) Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência dentro do serviço de saúde.

d) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência dentro do serviço de saúde.

VI - Eventos radiológicos que possam levar a óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à introdução de objeto metálico em área de Ressonância Magnética.

#### VIII- Eventos criminais potenciais

a) Qualquer tipo de cuidado prescrito ou prestado por qualquer um se fazendo passar por médico, enfermeiro, farmacêutico ou por outro prestador de cuidado de saúde licenciado.

b) Sequestro de paciente de qualquer idade.

c) Abuso ou agressão sexual de paciente ou colaborador dentro ou nas proximidades do serviço de saúde.



d) Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador resultante de agressão física (espancamento) que ocorra dentro ou nas proximidades do serviço de saúde.

## CAPÍTULO II DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Art. 9º O Núcleo de Segurança do Paciente tem a missão de proteger a saúde da população e intervir nos riscos advindos do uso de produtos e dos serviços a ela sujeitos, por meio de práticas de vigilância, controle, regulação e monitoramento sobre os serviços de saúde e o uso das tecnologias disponíveis para o cuidado.

Art. 10 Objetiva promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e do NUSP.

Art. 11 Este Núcleo de Segurança do Paciente, durante as ações de implantação e implementação e a manutenção obedecerá às seguintes normas:

I - Portaria MS nº 2616 de 12 de maio de 1998. Estabelece as normas para o programa de controle de infecção.

II - Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

III - Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente.

IV - Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.

V - Resolução - RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

VI - Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária– Brasília: ANVISA, 2014.

VII - Documento de Referência do Programa Nacional de Segurança do Paciente.

VIII - Diretriz para implantação dos Núcleos e Planos de Segurança do Paciente nas filiais EBSERH. VII - Outros documentos futuros referentes ao tema.

### CAPÍTULO III DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 12 O NUSP é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa, deve estar diretamente ligado a Superintendência.

Art. 13 O NUSP tem por finalidade assessorar a Superintendência estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, visando promover uma cultura voltada para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que possam garantir a qualidade dos processos assistenciais.

### CAPÍTULO IV DA COMPOSIÇÃO

Art. 14 O Núcleo de Segurança do Paciente será composto da seguinte forma:

I - Um representante da Superintendência;

II - Um representante da Gerência de Atenção à Saúde;

III - um representante da Gerência Administrativa;

IV - Um representante da Gerência de Ensino e Pesquisa;

V - Um médico representante da Divisão Médica;

VI - Um enfermeiro representante da Divisão de Enfermagem;

VII - um representante da Divisão de Gestão de Cuidados;





VIII - um representante da Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico;

IX - Um representante do Setor Regulação e Avaliação em Saúde;

X - Um representante Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do paciente, que presidirá o Núcleo;

XI - um representante da Unidade de Vigilância em Saúde;

XII - um representante da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais;

XIII - um representante da Residência Médica;

XIV - um representante da Residência Multiprofissional;

XV - Um farmacêutico representante da Farmácia;

Parágrafo Único – O NUSP será composto por representantes, titulares e suplentes, todos nomeados pela Superintendência.

## CAPÍTULO V DOS DEVERES E RESPONSABILIDADES

Art. 15 Os membros do Núcleo devem exercer suas funções com celeridade e seguindo os seguintes princípios:

I - Proteção à honra e à imagem dos pacientes envolvidos em incidentes em saúde;

II - Proteção à honra e à imagem dos profissionais envolvidos em incidentes em saúde;

III - Proteção à honra e à imagem dos fabricantes de produtos relacionados a queixas técnicas e incidentes em saúde;

IV - Proteção à identidade do notificador;

V - Independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;

VI - Foco nos processos durante na apuração dos fatos e no processo decisório.



Art. 16 Eventuais conflitos de interesse, efetivos ou potenciais, que possam surgir em função do exercício das atividades dos membros do Núcleo deverão ser informados aos demais integrantes do Colegiado ao abrir o item de pauta.

Art. 17 As matérias examinadas nas reuniões do Núcleo têm caráter sigiloso, ao menos até sua deliberação final, quando será decidida sua forma de encaminhamento.

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

Art. 18 As atribuições do Presidente incluirão, entre outras, as seguintes atividades:

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

Art. 19 O Secretário e o seu Substituto terão as atribuições de fornecer o apoio técnico e administrativo necessários ao funcionamento do NUSP.

## CAPÍTULO VI DO MANDATO

Art. 20 O mandato dos membros do NUSP terá a duração de 2 (dois) anos, podendo ser reconduzidos.

Parágrafo Único. A destituição de membro do NUSP, essa ocorrerá sob apreciação e ato da Superintendência.

## CAPÍTULO VII DAS PRERROGATIVAS E COMPETÊNCIAS DO NUSP

Art. 21 São princípios do NUSP:

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

Art. 22 Promover ações para a gestão do risco no âmbito da instituição tais como;

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

Art. 23 Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional âmbito da instituição.



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

Art. 24 Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados, incluindo aqueles envolvidos na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos e propor ações preventivas e corretivas:

I- O NUSP deve promover a gestão de riscos e definir ações e estratégias no PSP, envolvendo as áreas de maior risco nos serviços de saúde.

II - Elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição, bem como: a) Pequenas alterações no plano devem ser sinalizadas e amplamente divulgadas;

b) A atualização periódica do instrumento deve ser realizada sempre que: existir risco iminente de problemas envolvendo novas tecnologias; houver uma drástica alteração na realização de procedimentos e processos.

III - Acompanhar as ações vinculadas ao PSP

a) Os integrantes do NUSP devem assumir uma postura proativa, identificando e procurando os vários setores dos serviços de saúde para a discussão das soluções possíveis para os problemas encontrados;

b) Promover a melhoria dos processos de trabalho pelo estabelecimento de boas práticas;

c) Incorporar a participação do paciente na decisão do seu cuidado, sempre que possível.

IV - Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores

a) Para subsidiar os profissionais do NUSP, os protocolos abordam os seguintes temas: identificação correta do paciente, higiene das mãos, cirurgia segura, prevenção de úlcera por pressão (UPP), prevenção de quedas e prescrição, uso e administração de medicamentos.

V - Estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;

a) As barreiras que impedem que o risco se torne EA podem ser: profissionais capacitados, uso de protocolos de segurança do paciente e dose unitária de medicamentos, entre outros.

VI - Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar, acompanhar e manter atualizado plano e os programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços;

a) O NUSP deve difundir conhecimentos sobre o tema, capacitando, periodicamente, profissionais que atuam nos serviços de saúde em ferramentas da qualidade e segurança do paciente.

V - Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e EA decorrentes da prestação do serviço de saúde

a) Analisar através de ferramentas, como busca ativa em prontuários, work rounds, auditoria da qualidade e outras.

VI - Compartilhar e divulgar a direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e EA decorrentes da prestação do serviço de saúde

a) O NUSP deve promover o retorno de informações à direção e aos profissionais de saúde, estimulando a continuidade da notificação.

VII – Notificar ao SNVS os EA decorrentes da prestação do serviço de saúde.

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

b) O registro das notificações deve ser feito por meio do Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (Notivisa) e os links para notificação estão disponibilizados no Portal da ANVISA ([www.ANVISA.gov.br](http://www.ANVISA.gov.br)) e Hotsite Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde (<http://www20.ANVISA.gov.br/segurancadopaciente/>).

c) acompanhar o processo de notificação d) analisar e avaliar as notificações sobre e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

VIII - Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de EAs

a) Se o serviço de saúde não detectar nenhum EA durante o período de notificação, o NUSP deverá arquivar como ocorrência relativa àquele mês ausência de EAs naquele estabelecimento, nesse caso, não há necessidade de notificação negativa ao SNVS;

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

IX - Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;

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

XI - Priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, ANVISA e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços;

XII - Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços;

XII - Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;

XIII - Promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;

XIV - Elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;



XV - Apoiar a instituição no desenvolvimento de estratégias de segurança do paciente;

XVI - Participar de eventos e demais ações promovidas pela instituição sobre segurança do paciente e qualidade.

## CAPÍTULO VIII DAS REUNIÕES

Art. 25 As reuniões do NUSP serão realizadas em caráter ordinário (mensal), nas segundas terças-feiras de cada mês, das 10h às 12h, devendo estas, serem comunicadas com no mínimo 48 horas de antecedência.

Art. 26 As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente ou a pedido de qualquer membro do NUSP, de acordo com a urgência da matéria.

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

Art. 27 As reuniões serão conduzidas pelo Presidente e, na falta deste, pelo seu substituto formal.

Art. 28 Na convocação para reunião deverá constar a pauta, podendo esta ser proposta por qualquer membro do NUSP, com 48h de antecedência.

Art. 29 A convocação para reunião do NUSP será feita pelo Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente e operacionalizada pelo Secretário ou Secretário Substituto, quando serão enviados a pauta e os respectivos subsídios para apreciação e manifestação.

Art. 30 O NUSP poderá incluir mensalmente em uma das suas reuniões, apresentação de trabalhos ou relatos de interesse científico, podendo para isto contar com a participação de convidados de sua escolha.

Art. 31 As reuniões serão realizadas com no mínimo metade, mais um, dos membros do NUSP, ficando as resoluções na dependência da presença deste número de membros.

Art. 32 De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 33 Os membros da comissão que faltarem a 03 (três) reuniões consecutivas, injustificadamente, serão automaticamente consideradas desligados e o pedido de sua substituição encaminhado ao Superintendente.

## CAPÍTULO IX DAS DELIBERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Art. 34 As deliberações do NUSP serão preferencialmente estabelecidas por consenso entre os seus membros.

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

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

§ 3º - Em caso de empate na votação, a decisão final caberá ao Presidente do NUSP.

## CAPÍTULO X DO SUPORTE AO FUNCIONAMENTO

Art. 35 O apoio administrativo ao NUSP será realizado pelo pessoal administrativo do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente.

Art. 36 São consideradas atividades administrativas:

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

#### CAPÍTULO XI DOS GRUPOS DE TRABALHO DO NUSP

Art. 37 O NUSP poderá criar grupos de trabalho para tratamento de assuntos específicos.

§ 1º - Os grupos de trabalho serão compostos por no máximo 6 (seis) componentes tendo reconhecido saber e competência profissional no tema, todos indicados pelo NUSP e nomeados pela Superintendência.

§ 2º - Cada grupo de trabalho será coordenado por um representante do NUSP.

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

§ 4º - As atribuições do Coordenador do grupo de trabalho incluirão, sem prejuízo de outras:

- I. Coordenar as discussões;
- II. Definir responsabilidades dos componentes;
- III. Conduzir os trabalhos; e,
- IV. Responsabilizar-se pela entrega tempestiva dos produtos demandados pelo NUSP.



## CAPÍTULO XII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 38 Este regulamento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 39 Os casos omissos serão resolvidos pelo núcleo em reunião para isto convocada com a presença do Superintendente.

Art. 40 O presente Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

## COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

### DEFINIÇÃO

É um órgão supervisor da ética profissional na Instituição, representando os Conselhos Regional e Federal de Enfermagem, com a finalidade de: educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à Ética Profissional de Enfermagem.

### REGULAMENTAÇÃO

Lei nº. 5.905 / 1973 do COREN

Resolução nº. 172 / 1994

### PERFIL DOS MEMBROS COMPONENTES:

| FORMAÇÃO          | PERFIL DO COMPONENTE                                                                                                                     | QTD |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Presidente        | Profissional com graduado em Enfermagem eleito por votação interna pelos membros que se elegeram para a Comissão de Ética de Enfermagem. | 01  |
| Secretário        | Profissional da área de Enfermagem eleito por votação interna pelos membros que se elegeram para a Comissão de Ética de Enfermagem.      | 01  |
| Membros Efetivos  | Profissional da área de Enfermagem eleito por votação direta pelo corpo de enfermagem do hospital                                        | 05  |
| Membros Suplentes | Profissional da área de Enfermagem eleito por votação direta pelo corpo de enfermagem do hospital                                        | 05  |

## VIGÊNCIA

12 meses permitindo reeleição

## PRINCIPAIS ATIVIDADES

Garantir a conduta ética dos profissionais de enfermagem da Instituição através da análise das intercorrências notificadas por meio de denúncia formal e auditoria;

Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem da Instituição;

Colaborar com o COREN, no combate ao exercício ilegal da profissão e na tarefa de educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à ética dos profissionais de enfermagem.

## INDICADORES

Total de Enfermeiros com Inscrição no COREN

Total de Técnicos / Total de Auxiliares

Total de funcionários capacitados

Total de processos Éticos analisados



## FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

O presidente da Comissão, assim como todos os membros, será nomeado por Portaria Interna pela Direção. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

Deverão ocorrer Reuniões periódicas, com data, local e horário, previamente definido e realizado mensalmente.

Cronograma de Atividades Educativas e Epidemiológica Anual.

Ata das reuniões, bem como Relatório com plano de ação, indicadores e metas:

Mensal – a ser entregue a coordenação local (gerência de risco)

Cronograma de reuniões ordinárias anual

Regimento Interno

## METAS E OBJETIVOS DA COMISSÃO PARA O PRIMEIRO ANO DE CONTRATO

Nomeação pela Gerência de Enfermagem dos membros da Comissão, após identificar, entre os profissionais, indivíduos com perfil;

Validação do COREN – SP da Comissão;

Validação do Regimento Interno pela Comissão;

Elaboração de relatório mensal;

Educação Permanente: Criar um sistema que garanta que os pacientes, os profissionais de saúde e os visitantes sejam orientados sobre questões éticas;

Manter atualizado o cadastramento de todos da equipe de Enfermagem;

Divulgar o código de Ética e demais normas disciplinares e Éticas da categoria;

Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem na instituição, identificando as condições oferecidas pela mesma, para o desempenho das atividades profissionais e qualidade do atendimento dispensado à clientela, pela equipe de Enfermagem;

Manter portaria atualizada.

## PROPOSTA PARA REGIMENTO- COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

### CAPÍTULO I

#### CARACTERÍSTICAS GERAIS – DEFINIÇÃO

Artigo 1º - A Comissão de Ética de Enfermagem (C.E.E) é órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem em caráter permanente junto às Instituições de Saúde, tendo funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício nas referidas instituições.

### CAPÍTULO II

#### NATUREZA E FINALIDADES

Artigo 2º - A Comissão de Ética de Enfermagem é reconhecida pela Diretoria/Chefia/Gerência ou Divisão de Enfermagem da Instituição de Saúde à que pertence, estabelecendo com ela uma relação de independência e autonomia, cientificando e assessorando a mesma sobre os assuntos afetos a esta.

Parágrafo Único – A Comissão de Ética de Enfermagem deverá notificar a Diretoria/Chefia/Gerência ou divisão de Enfermagem da Instituição de Saúde a que pertence o calendário de suas reuniões e/ou atividades.

Artigo 3º - A Comissão de Ética de Enfermagem tem por finalidade:

Garantir a conduta ética dos profissionais de enfermagem da Instituição através da análise das intercorrências notificadas por meio de denúncia formal e auditoria;

Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem da Instituição;





Colaborar com o COREN, no combate ao exercício ilegal da profissão e na tarefa de educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à ética dos profissionais de enfermagem.

### CAPÍTULO III

#### DAS ELEIÇÕES

Artigo 4º - Os membros da Comissão de Ética de Enfermagem serão eleitos através de voto facultativo secreto e direto

Artigo 5º - A Comissão de Ética de Enfermagem vigente fará a escolha e divulgação de uma Comissão Eleitoral, que será responsável pela organização, apuração e divulgação dos resultados de pleito.

Parágrafo 1º - Os membros da Comissão Eleitoral não poderão ser candidatos.

Parágrafo 2º - A Convocação para a eleição será feita através de ampla divulgação interna, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data estabelecida para a votação. Prazo este também para as inscrições e divulgação dos candidatos.

Parágrafo 3º - Os candidatos serão subdivididos em dois grupos:

Grupo I correspondente ao Quadro I, da categoria de Enfermeiros e Grupo II correspondente ao Quadros II e III, respectivamente dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Parágrafo 4º - Os candidatos poderão indicar, no ato da inscrição, até dois fiscais, entre os profissionais de enfermagem da Instituição, para o acompanhamento do processo eleitoral e fiscalização da apuração.

Parágrafo 5º - As inscrições serão encerradas 30 (trinta) dias antes da data do pleito, quando a Comissão Eleitoral deverá enviar ao COREN a relação dos candidatos e seus respectivos fiscais, para averiguação das condições de elegibilidade, quando o COREN-SP deverá expedir declaração, sem ônus para os candidatos.

Parágrafo 6º - Os candidatos ao pleito deverão ter os seguintes requisitos:



I – Ter no mínimo 2 anos de inscrição definitiva e estarem em dia com suas obrigações junto ao COREN.

II – Os candidatos não devem estar envolvidos em processo ético no COREN.

Parágrafo 7º - Os candidatos não devem estar respondendo a nenhum processo administrativo na Instituição.

Artigo 6º - A data de votação fica estabelecida para o último dia útil do mês xxxx, devendo a posse ocorrer até o dia dd/mm do mesmo ano.

Parágrafo 1º - Os enfermeiros eleitores votarão nos candidatos do Grupo I e os técnicos e auxiliares nos candidatos do Grupo II.

Parágrafo 2º - O processo eleitoral será aberto e encerrado pelo Presidente da Comissão Eleitoral ou por seu eventual substituto.

Artigo 7º - A apuração será realizada imediatamente após o encerramento do processo eleitoral podendo ser assistida por todos os interessados.

Parágrafo 1º - Serão considerados eleitos os candidatos que obtiverem o maior número dos votos válidos no Grupo I e Grupo II, e os resultados deverão ser enviados ao COREN no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o pleito.

Parágrafo 2º - Em caso de empate entre dois ou mais candidatos da mesma categoria, proceder ao desempate de acordo com o tempo de exercício na Instituição empregadora na categoria eleita. Caso persista o empate considerar-se a o profissional com o número de registro mais antigo no Conselho como vencedor.

Parágrafo 3º - Protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados por escrito dentro de, no máximo, 48 horas após as eleições e encaminhados, em primeira instância, à Comissão Eleitoral, em segunda instância à C.E.E e, por último, a instância superior – COREN.

Artigo 8º - Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Eleitoral, podendo esta formular consultas ao COREN.

## CAPÍTULO IV

### COMPETÊNCIA

Artigo 9º - Compete às Comissões de Ética de Enfermagem:

Divulgar e fiscalizar o exato cumprimento do Código de Ética, da Lei e do Decreto sobre o Exercício dos Profissionais de Enfermagem, bem como das Resoluções e Decisões do COFEN e do COREN dentro da Instituição.

Opinar, normatizar, orientar e fiscalizar sempre em relação ao desempenho ético da profissão.

Manter atualizado o cadastro de todos os profissionais de enfermagem que trabalham na Instituição.

Realizar sindicância sobre o fato notificado, quando julgar necessário, convocando os profissionais envolvidos e suas testemunhas, tomando à termo seus depoimentos, verificando o exercício ético da profissão, as condições oferecidas pela Instituição para o exercício profissional, a qualidade do atendimento prestado aos pacientes e sugerindo as modificações que venham a julgar necessárias;

Encaminhar o relatório de sindicância juntamente com o parecer da CEE ao COREN, no prazo máximo de trinta dias, sujeito a prorrogação, ao se constatar indícios de possível infração ética, arrolando-se todos os documentos comprobatórios necessários afetos a este, com cópia para a respectiva Diretoria/Chefia/Gerência ou Divisão de Enfermagem da Instituição.

Nos casos de não se constatar indícios de infração ética, a CEE deverá encerrar a sindicância, arrolando todos os documentos, elaborando o relatório final e arquivando o processo na instituição.

Cientificar à Diretoria/Chefia/Gerência ou Divisão de Enfermagem da Instituição sobre todos os relatórios conclusivos das Sindicâncias ali instauradas pela CEE.

Elaborar, quando necessário, conjuntamente com o COREN, padrões éticos suscitados por modernos métodos de diagnóstico e terapêutica de complexa tecnologia, para que

sejam adotados pela equipe de enfermagem e por grupos multiprofissionais qualificados.

Solicitar aos responsáveis pela Diretoria/Chefia/Gerência ou Divisão de Enfermagem, assim como, aos responsáveis pelos outros serviços da Instituição de Saúde, informações e comprobatórios quando julgados indispensáveis para a elucidação dos fatos que estão sendo apurados.

Artigo 10º – Compete aos membros da Comissão de Ética de Enfermagem.

Eleger Presidente, Vice-Presidente e Secretário.

Comparecer às reuniões da Comissão, discutindo e opinando sobre matérias em pauta.

Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão prevista neste regimento.

Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem responder sindicâncias.

## CAPÍTULO V

### ESTRUTURA

Artigo 11º – A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser composta por Enfermeiros, Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem com vínculo empregatício com a Instituição de Saúde, executando-se àqueles profissionais que sejam membros da Diretoria nos órgãos de classe ou que sejam Diretor/Chefe/Gerente, na referida Instituição.

Parágrafo Único – A Instituição de Saúde poderá fazer com que a Instituição de Ensino que solicita campos de Estágio se comprometa em participar de processos de sindicância quando necessário.

## CAPÍTULO VI

### COMPOSIÇÃO

Artigo 12º – Para a constituição de uma Comissão de Ética de Enfermagem, a Instituição de Saúde deverá contar no seu quadro de pessoal de enfermagem, no mínimo, 10 (dez) enfermeiros.



Artigo 13º – A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser constituída por 5 membros efetivos, sendo 3 enfermeiros, 2 técnicos e/ou auxiliares de enfermagem e 5 membros suplentes sendo 3 enfermeiros e 2 técnicos e/ou auxiliares de enfermagem.

Parágrafo 1º - Os membros efetivos serão designados para as funções de Presidente, Vice-Presidente e Secretário, através de votação interna pelos membros que se elegeram para a Comissão de Ética de Enfermagem.

Parágrafo 2º - As funções de Presidente e Vice-Presidente deverão ser exercidas exclusivamente por enfermeiros.

Parágrafo 3º - A C.E.E. somente poderá deliberar com a presença da maioria simples de seus membros.

Parágrafo 4º - Os membros efetivos poderão solicitar a participação dos suplentes nos trabalhos da C.E.E.

## CAPÍTULO VII

### ATRIBUIÇÕES

Artigo 14º – Ao Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem compete:

Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão.

Planejar e controlar as atividades programadas ou não da Comissão.

Elaborar relatório com os resultados dos casos analisados e encaminhá-lo à Diretoria/Chefia/Gerência ou Divisão de Enfermagem para ciência.

Elaborar parecer final para ser encaminhado ao COREN em casos que sejam constatadas infrações éticas.

Artigo 15º – Ao Vice-Presidente da Comissão compete:

Participar das reuniões da C.E.E.

Colaborar no planejamento e controle das atividades da C.E.E.

Substituir o Presidente na ausência dele.



Artigo 16º – Ao Secretário da C.E.E. compete:

Secretariar as reuniões e registrá-las em ata.

Verificar o quórum nas sindicâncias.

Realizar as convocações dos denunciados e denunciantes, bem como das testemunhas.

Organizar arquivo referente aos relatórios de sindicância.

Executar as atividades internas que lhe forem atribuídas ou delegadas.

Elaborar conjuntamente com o Presidente da Comissão os relatórios das Sindicâncias.

Artigo 17º – Aos suplentes da C.E.E., compete:

Participar e colaborar nos trabalhos da C.E.E.

Atender às convocações da reunião da C.E.E.

## CAPÍTULO VIII

### DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 18º – A C.E.E. deverá se reunir uma vez por mês ordinariamente, em dia, hora e local pré-determinados.

Artigo 19º – A C.E.E. deverá se reunir extraordinariamente quando a importância do fato assim o exigir.

Artigo 20º – O quórum para as decisões corresponde à maioria simples dos membros da Comissão.

Artigo 21º – Na desistência de um ou mais membros efetivos da C.E.E., eles serão automaticamente substituídos pelos suplentes de acordo com o número de votos obtidos na eleição. Na ausência destes no momento, cientificando-se formalmente o COREN a esse respeito.

Parágrafo Único – Em casos excepcionais a Instituição de Saúde poderá encaminhar nome (no máximo três) de profissionais ao COREN, que fará a indicação para preenchimento de vagas existentes.



Artigo 22º – A ausência não justificada a mais de 3 reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro efetivo da C.E.E., sendo convocado o suplente correspondente. Tal exclusão e a correspondente substituição deverão ser comunicadas formalmente ao COREN.

Artigo 23º – Quando um dos membros da C.E.E., estiver envolvido na sindicância, o mesmo, será convocado normalmente a prestar esclarecimentos ficando, contudo, impedido de dar continuidade às suas atividades na Comissão, durante a vigência da sindicância.

Artigo 24º – Quando um dos convocados não comparecer na data da sindicância, deverá apresentar justificativa junto a CEE até 3 dias após a referida data. Se a justificativa não for aceita pela C.E.E., o fato deverá ser comunicado ao COREN sob forma de denúncia, ficando assim sujeito às penalidades impostas.

Artigo 25º – Os trabalhos de sindicância dar-se-ão por encerrados assim que todos os aspectos do fato estiverem esclarecidos. Havendo necessidade, a C.E.E. poderá convocar e organizar sindicâncias sobre o mesmo fato tantas vezes quantas forem necessárias.

Artigo 26º – Se houver a necessidade da presença de profissionais de outras áreas, eles poderão participar dos trabalhos de sindicância na qualidade de convidados.

Artigo 27º – A C.E.E. deverá enviar ao COREN, até o dia xx/mm de cada ano, sobre suas atividades dentro da instituição, correspondente ao ano anterior, incluindo aí o número de sindicâncias abertas e demais dadas considerados importantes, para análise do COREN.

Artigo 28º – O COREN, baseado nos resultados obtidos através dos relatórios anuais enviados pela C.E.E., promoverá Seminários com os componentes da C.E.E. para orientações e esclarecimentos.

Artigo 29º – As Comissões de Ética de Enfermagem eleitas anteriormente à promulgação desta Decisão, terão seus mandatos prorrogados até a posse da C.E.E. a ser eleita e empossada no ano de .....



## CRONOGRAMA DE ATIVIDADES ANUAL

Reuniões Mensais: Todas as terceiras quarta feira dos meses subsequente a partir do mês de julho;

Reuniões Semestrais: dezembro – primeira quarta-feira do mês análise anual com implementação de Metas para o 2º ano de ação.

- Controle pela Direção de Enfermagem - Supervisão e acompanhamento.
- As discussões e encaminhamentos deverão ser registrados em Ata.

## COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

### FINALIDADE

A Comissão de farmácia e terapêutica (CFT) assessora a diretoria clínica nos assuntos relacionados a medicamentos e terapêutica e serve como elo entre a farmácia e a equipe de saúde.

### PERFIL DOS MEMBROS COMPONENTES:

| FORMAÇÃO              | PERFIL DO COMPONENTE                                                                                           | QTD |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Médico                | Profissional com formação em medicina, escolhido pela Direção Geral                                            | 01  |
| Representante da CCIH | Profissional da área de saúde que atue na CCIH do hospital                                                     | 01  |
| Enfermeiro            | Profissional com formação em Enfermagem, que atue na assistência do hospital                                   | 01  |
| Farmacêutico          | Profissional com formação em Farmácia, com experiência em farmácia hospitalar                                  | 01  |
| Administrador         | Profissional com formação em Administração, com título de especialista e que represente a Direção do Hospital. | 01  |

## MANDATO

O mandato será de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Direção Administrativa em comum acordo com a Direção Técnica.

## FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

As reuniões acontecerão conforme a necessidade, sendo obrigatório uma reunião ordinária mensal.

A ausência de um membro em 3 reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Na ausência do presidente, o vice assume suas funções. Na ausência do vice cabe ao secretário presidir a reunião.

As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata e arquivada contendo: data e hora, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Além das reuniões ordinárias a cada dois meses poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes,



podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico, pelo Coordenador Clínico, pelo Presidente ou Vice-presidente.

## ATRIBUIÇÕES

São atribuições da Comissão de Farmácia e Terapêutica:

- Estabelecer normas e procedimentos relacionados à seleção, à distribuição, à produção, à utilização e à administração de fármacos e agentes diagnósticos;
- Padronizar, promover e avaliar o uso seguro e racional dos medicamentos prescritos;
- Redigir o guia farmacoterápico ou formulário farmacêutico;
- Avaliar periodicamente o arsenal terapêutico disponível, promovendo inclusões ou exclusões segundo critérios de eficácia, eficiência clínica e custo;
- Normatizar procedimentos farmacoclinicos que se relacionam com a terapêutica medicamentosa;
- Coordenar avaliações clínicas e estudos de consumo de medicamentos em pesquisa ou recém-lançados;
- Sugerir medidas que possibilitem a disponibilidade de recursos materiais e humanos, assegurando a viabilidade da política de medicamentos dentro da instituição;
- Disciplinar a ação dos representantes da indústria farmacêutica;
- Estudar medicamentos sob o ponto de vista clínico, biofarmacêutico e químico, emitindo parecer técnico sob sua eficácia terapêutica como critério fundamental de escolha;
- Divulgar informações relacionadas a estudos clínicos relativos aos medicamentos incluídos e excluídos do formulário farmacêutico;
- Fazer estudos e/ou revisões bibliográficas sobre medicamentos;



- Elaborar programas de notificação e acompanhamento de reações adversas.

#### METAS E OBJETIVOS PARA O 1º ANO

- Eleger os membros da comissão
- Estabelecer normas e procedimentos relacionados à seleção, distribuição/dispensação, utilização e administração de medicamentos;
- Propor ações educativas visando o uso racional de medicamentos;
- Elaborar o Manual Farmacoterapêutico e as normas para sua aplicação e materiais informativos sobre o uso racional de medicamentos.

#### DISPOSIÇÕES GERAIS

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRPM, em conjunto com o Diretor Técnico da instituição.

Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

O presente regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria Administrativa da instituição e passará a ser divulgado publicamente entre seus colaboradores.

#### PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

##### Da Natureza e Finalidade

Art. 1.º A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), estabelecida pela Organização Mundial de Saúde como uma das estratégias para monitorar e promover a qualidade no uso dos medicamentos, com segurança e efetividade, é instância de caráter consultivo e



de assessoria, vinculada à Assistência Farmacêutica, cuja ações devem estar voltadas à promoção do uso racional de medicamentos.

Art. 2.º A CFT tem por finalidade assessorar a Assistência Farmacêutica, em conjunto com a Comissão de Padronização de Materiais Médicos e Medicamentos, na consolidação das políticas e práticas de utilização de medicamentos:

- I - Na seleção de medicamentos nos diversos níveis de complexidade;
- II - no estabelecimento de critérios para o uso de medicamentos selecionados;
- III - na avaliação do uso dos medicamentos selecionados.

## Capítulo II

### Das Atribuições

Art. 3.º São atribuições da CFT:

- I - Desenvolver atividades de estudo sobre medicamentos padronizados para a implantação de rotinas que assegurem o uso racional de medicamentos;
- II - Avaliar e emitir parecer sobre as solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de itens da padronização de medicamentos;
- III - desenvolver, propor estratégias e supervisionar todas as políticas e práticas de utilização de medicamentos, com intuito de assegurar resultados clínicos ótimos e um risco potencial mínimo, participando da elaboração de diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos;
- IV - Estabelecer normas e procedimentos relacionados à seleção, distribuição / dispensação, utilização e administração de medicamentos;
- V - Propor ações educativas visando o uso racional de medicamentos;



VI - Elaborar e manter atualizado o Manual Farmacoterapêutico e as normas para sua aplicação;

VII - elaborar materiais informativos sobre o uso racional de medicamentos.

### Capítulo III

#### Da Composição

Art. 4.º A CFT será composta por representantes dos segmentos:

I - Assistência Farmacêutica – 2 membros;

II - Assistência de Enfermagem – 2 membros;

III – serviço de educação na Enfermagem – 1 membro;

IV - Assistência Médica – 1 membros.

§ 1.º A representação dos membros de cada segmento ocorrerá através de designação em Portaria pela Superintendência.

§ 2.º Todos os membros deverão assinar termo de isenção, onde afirmem ausência de conflitos de interesse, principalmente no que se refere a vínculos empregatícios ou contratuais, compromissos e obrigações com indústrias privadas, produtoras de medicamentos, que resultem em aferição de remunerações, benefícios ou vantagens pessoais (Anexo II do apêndice, critérios e fluxos de trabalho para inclusão e exclusão de medicamentos na padronização de medicamentos).

§ 3.º Enquanto pertencer à CFT, nenhum dos membros poderá ter vantagens pessoais, proporcionadas por indústrias, produtoras de medicamentos.

§ 4.º Será dispensado, automaticamente, o membro que deixar de comparecer a três reuniões consecutivas, ou cinco reuniões alternadas (num período de seis meses), sem justificativa relevante, devendo a chefia do segmento representado, nesta circunstância, indicar novo membro.

§ 5.º A justificativa relevante de que trata o parágrafo anterior deverá ser apresentada por escrito até quarenta e oito horas úteis após a reunião.

## Capítulo IV

### Do Funcionamento

Art. 5.º A CFT será coordenada por um membro da Assistência Farmacêutica.

Parágrafo único. Caberá ao Coordenador providenciar a organização da pauta das reuniões e preparação de cada tema nela incluído.

Art. 6.º A CFT reunir-se-á, uma vez ao mês e, extraordinariamente, por convocação do seu Coordenador ou por requerimento da maioria dos membros.

Art. 7.º As reuniões serão iniciadas com a presença mínima de 2 membros da Assistência Farmacêutica, 1 membro da Assistência de Enfermagem e 1 membro da Assistência médica.

Art. 8.º Cada membro titular terá direito a um voto.

Art. 9.º Na impossibilidade de consenso, depois de esgotada a argumentação técnica, consubstanciada em evidências científicas, as recomendações e pareceres da CFT serão definidas pela maioria simples do total dos seus membros presentes.

Art. 10. Nas situações em que os membros da CFT julgarem necessário, serão consultados especialistas, inclusive podendo ser de outras instituições, os quais poderão eventualmente participar das reuniões, com direito à voz.

Art. 11. As recomendações e pareceres da CFT a respeito das alterações na padronização de medicamentos serão submetidos à apreciação da Comissão de Padronização de Material Médicos e Medicamentos, para aprovação final.

§ 1.º Caso as recomendações e pareceres da CFT não sejam aceitas para aprovação final, a Comissão de Padronização de Material Médicos e Medicamentos deverá apresentar justificativa, por escrito, à CFT.





§ 2.º Para avaliação de alteração na padronização de medicamentos e emissão de pareceres, serão definidos grupos de estudos.

Art. 12. As reuniões da CFT serão registradas em atas, cuja elaboração ficará a cargo da Coordenação da CFT, onde constem os membros presentes, os assuntos debatidos e as recomendações e os pareceres emanados.

Art. 13 - Controle pela Direção Administrativa - Supervisão e acompanhamento.

Das Disposições FINAIS

Capítulo V

Art. 14. Os casos omissos serão resolvidos em reunião da CFT.

## Gestão de Riscos

Risco é o efeito da incerteza nos objetivos ou a possibilidade de que um evento 4 ocorra e afete, positivamente ou negativamente, os objetivos. Cabe destacar que problemas são diferentes de riscos. Quando identificados, os problemas devem ser considerados como riscos concretizados. Nossa análise considera o efeito da incerteza nos objetivos, ou seja, causas e consequências de eventos futuros e incertos. Assim, nosso foco não é tratar ou resolver problemas diretamente, mas, caso seja identificado que existe a possibilidade de um evento ocorrer novamente, o evento futuro poderá ser tratado como risco.



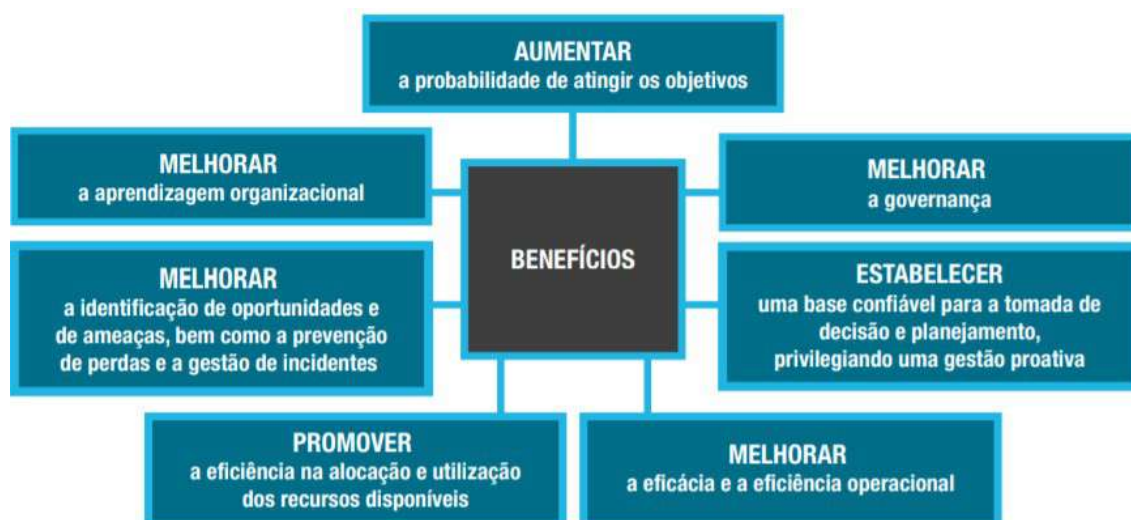
Efeito é um desvio em relação ao esperado - positivo e/ou negativo

Incerteza é o estado, mesmo que parcial, da deficiência das informações relacionadas a um evento, sua compreensão, seu conhecimento, sua consequência ou sua probabilidade.

Sem conhecer e tratar os riscos envolvidos, o trabalho pode não atingir os resultados esperados

Fonte: ANS, 2018

Segundo a norma ABNT ISO 31000, a gestão de riscos é definida como “atividades coordenadas para dirigir e controlar uma organização no que se refere a riscos”. Nossa Política de Gestão de Riscos traduziu esse conceito como “o conjunto de ações direcionadas ao desenvolvimento, disseminação e implantação de metodologias de gerenciamento de riscos institucionais, objetivando apoiar a melhoria contínua de processos de trabalho, projetos e a alocação e utilização eficaz dos recursos disponíveis, contribuindo para o cumprimento dos objetivos da ANS” (Resolução Administrativa nº 60, de 15/07/2014).



## PRINCÍPIOS DA GESTÃO DE RISCOS

A gestão de riscos está fundamentada nos seguintes princípios, conforme disposto na Política de Gestão de Riscos RA nº 60/2014/ANS:

- Agregar valor e proteger o ambiente institucional. Contribuindo para a realização demonstrável dos objetivos e para a melhoria do desempenho.
- Ser parte integrante dos processos organizacionais. Não sendo uma atividade autônoma, faz parte das responsabilidades da administração e é elemento integrante de todos os processos organizacionais, incluindo o planejamento estratégico e todos os processos de gestão de projetos e gestão de mudanças.
- Subsidiar a tomada de decisões. Auxiliando os tomadores de decisão a fazerem escolhas conscientes, priorizar ações e distinguir entre formas alternativas de ação.
- Abordar explicitamente a incerteza. Considerando a incerteza, a natureza dessa incerteza e como ela pode ser tratada.
- Ser sistemática, estruturada e oportuna. Contribuindo para a eficiência e para os resultados consistentes, comparáveis e confiáveis.

- Ser baseada nas melhores informações disponíveis. Baseando-se em diversas fontes de informação. Convém que os tomadores de decisão se informem e levem em consideração quaisquer limitações dos dados ou de escopo.
- Ser feita sob medida, alinhada com o contexto interno e externo da entidade e com o perfil do risco. Não sendo um processo “de prateleira”, deve ser adequada e compatível com a organização.
- Considerar fatores humanos e culturais. Reconhecendo as capacidades, percepções e intenções do pessoal interno e externo que podem facilitar ou dificultar a realização dos objetivos da organização.
- Ser transparente e inclusiva. Envolvendo, apropriada e oportunamente, as partes interessadas, em particular os tomadores de decisões em todos os níveis da organização.
- Ser dinâmica, interativa e capaz de reagir a mudanças. Percebendo e reagindo às mudanças, continuamente, sabendo que novos riscos surgem, alguns se modificam e outros desaparecem.
- Apoiar a melhoria contínua da entidade. Melhorando os processos da organização, inclusive a maturidade do próprio processo de gestão de riscos, justamente por ser ele parte integrante de sua cultura

### **Proposta de pesquisa de satisfação do usuário, Instrumento de pesquisa, frequência e sistemática das ações corretivas**

#### **Serviço de Apoio ao Usuário**

O SAU (Serviço de Apoio ao Usuário) tem como objetivo registrar queixas, sugestões ou elogios, orientar os pacientes e familiares em questão mais específicas, verificar o índice de satisfação dos usuários, atendendo as necessidades e expectativas dos clientes.

O trabalho desenvolvido no SAU envolve todos os setores das unidades de saúde no sentido de garantir um atendimento digno, com resolutividade e eficácia na assistência aos usuários.

Na estruturação do SAU dentro da concepção do projeto do IGPP, esse será desenvolvido sob a responsabilização de um profissional do Serviço Social, que estará vinculado ao núcleo coordenador da Unidade de Pronto Atendimento, a fim de fomentar as ações citadas em relação a mensuração da satisfação do usuário, deve contar com no mínimo 1 profissional qualificado para realizar tal função, esse profissional se responsabilizará por colher as informações, tabular os dados e participar dos processos de gestão e planejamento da oferta de serviços.

O objetivo é contribuir com o bom atendimento dos usuários, fomentar a humanização dos setores, prover a qualidade e, reforçar a acessibilidade nos serviços públicos. Melhorar o canal de comunicação entre o usuário e a unidade e ofertar um trabalho mais articulado visando o melhor atendimento.

O Serviço de Ouvidoria estará vinculado diretamente ao setor de Serviço Social tendo como principal atividade dar abertura para elogios, sugestões e reclamações dos usuários, além de esclarecer dúvidas e orientar de acordo com as necessidades. O foco principal deste serviço é a melhoria do atendimento, tornando-o mais ágil e acolhedor.

A percepção dos usuários sobre como é prestado os serviços é de extrema importância, visto que a população que utiliza estes serviços é a razão da existência da unidade, através de sua avaliação o sujeito é capaz de modificar o próprio sistema, o que fortalece a democracia em saúde, além de favorecer uma humanização do serviço, e constitui uma oportunidade de saber o que a comunidade pensa a respeito da oferta do serviço de saúde oferecido, como também permiti a adequação do mesmo em relação ao que a comunidade tem como expectativa (COTTA et al., 2005).

Segue abaixo os Instrumentos propostos para ampliar a percepção de satisfação do usuário:

## Pesquisa de Satisfação

### Objetivo Geral

Identificar a satisfação dos usuários, com os serviços prestados.



### Objetivos Específicos

- Levantar o conhecimento do usuário sobre o funcionamento da Unidade;
- Levantar quais são os pontos positivos apontados pelos usuários;
- Identificar meios de manter esses pontos positivos;
- Identificar os pontos negativos apontados pelos usuários;
- Sugerir melhorias nos pontos negativos apontados pelos usuários.

### Instrumentos

O SAU será o responsável pela aplicação da **Pesquisa de Opinião dos Usuários**, que tem por objetivo registrar a opinião do usuário ou familiar e pontuar as questões referentes a atuação dos diversos profissionais, com foco na qualidade da assistência prestada, tempo de espera, qualidade e higiene das instalações e equipamentos.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), satisfação do usuário é a “condição que se percebe nos pacientes, no âmbito da saúde, consubstanciada em um contentamento advindo da realização de suas expectativas em relação à atenção sanitária recebida.” De um modo geral, embora não haja um referencial teórico estável e consensual sobre esse conceito (ESPERIDIÃO & TRAD, 2006), a satisfação dos usuários é considerada um aspecto central para a avaliação de serviços e sistemas de saúde.

Hoje, em muitas unidades de saúde federais e estaduais, três requisitos sustentam a necessidade de realização desse tipo de pesquisa:

- ✓ No âmbito da administração pública federal, a aplicação desse instrumento está prevista no Decreto nº 6.932/2009, para assegurar a participação do cidadão na avaliação dos serviços prestados.
- ✓ De parte das recomendações dos órgãos de controle, dentre as medidas relacionadas ao processo de reestruturação dos Hospitais Universitários Federais no Acórdão nº 2.813/2009 do Tribunal de Contas da União, consta a previsão de mecanismos de avaliação periódica, inclusive pesquisas de satisfação, e de divulgação de resultados.



Sob o ponto de vista institucional, espera-se que a realização da pesquisa se constitua como referencial para a análise dessa categoria e para subsidiar a formulação e execução de ações nesse campo.

Esta pesquisa justifica-se por se propor a percepção dos usuários e a satisfação dos mesmos sobre a atuação da equipe de saúde da família e a partir dos dados encontrados proporcionar um feedback para a equipe, para assim manter os pontos positivos e solucionar os negativos.

### Estratégias de execução

Instrumento de pesquisa: questionário estruturado, a **Pesquisa de Satisfação do Usuário** é um sistema de pesquisa de satisfação de qualidade, que dispõe de recursos, para avaliar os serviços realizados.

O maior objetivo é oferecer aos clientes, métricas que possibilitem avaliar a qualidade dos serviços prestados, na área da saúde com base nas informações obtidas através de questionários realizados. Destinam-se essencialmente à gestão, que visa estabelecer um canal com os usuários nas unidades, onde estão sob algum tratamento, para a apresentação das seguintes características:

- ✓ Dados para uma avaliação da qualidade de todos os serviços prestados;
- ✓ Gerar relatórios gerenciais, que possibilitam uma análise comparativa entre os serviços de atendimento,
- ✓ Apresentar resultados sobre os serviços.
- ✓ A Pesquisa é realizada em cima de uma porcentagem estabelecida dos atendimentos gerados.

A opção por um questionário estruturado se deve às vantagens que apresenta tanto sob o ponto vista de aplicação, por sua simplicidade e baixo custo, quanto na análise, pela possibilidade de padronizar as informações, facilitando o processo.

Alguns critérios serão adotados na elaboração das questões e categorias de resposta:

- ✓ O questionário deve ser sintético. Estabeleceu-se que terá, no máximo, dez perguntas.





- ✓ As perguntas são claras para os entrevistados e relevantes para a gestão.
- ✓ Cada questão é aplicável a todos os grupos de usuários, de forma que todas as perguntas sejam respondidas por qualquer entrevistado.
- ✓ As perguntas têm conteúdo semânticos diferentes, de forma a evitar ambiguidades e duplicidades.

O formulário da pesquisa eletrônica de satisfação pós atendimento será previamente submetido ao Departamento Municipal de Saúde para aprovação. Ressaltamos que o relatório será enviado a gestão do contrato com periodicidade mensal.

O questionário avalia aspectos relacionados à estrutura, atendimento e avaliação geral, que apontam questões relacionadas a cinco dimensões da prestação de serviços passíveis de avaliação por parte dos públicos-alvo.

A confiabilidade refere-se à capacidade de a instituição executar seus serviços de forma confiável e precisa, de acordo com o que foi estabelecido ou prometido.

A receptividade corresponde ao interesse e vontade do atendente em auxiliar e atender os públicos-alvo. Este aspecto assegura o conhecimento e a cortesia dos funcionários da organização e sua capacidade de inspirar confiança nos públicos-alvo. Essa dimensão agregou quatro das características iniciais da prestação de serviços: competência, cortesia, credibilidade e segurança.

A empatia corresponde ao cuidado e atenção individualizados dados pelos funcionários aos públicos-alvo. A empatia inclui três das características iniciais da prestação de serviços: acesso, comunicação e entendimento.

Serão entrevistados usuários nas áreas de urgência e emergência, sendo definida a amostragem por proporções de números de atendimento e em relação à periodicidade, a pesquisa deverá ser aplicada de acordo com a colocação da Secretaria Municipal de Saúde de São João da Boa Vista, conforme cronograma estabelecido.

Nas questões sobre a abordagem dos usuários destacam-se alguns aspectos sobre a estratégia de comunicação com o usuário durante a coleta de dados, sendo uma etapa fundamental para a Pesquisa de Satisfação:

Na abordagem inicial dos usuários, é importante explicar o que se quer fazer com a pesquisa, o seu objetivo. Além disso, ressaltar a importância da participação de cada um e das informações prestadas para a melhoria do serviço.

- ✓ Garantir o caráter confidencial das informações prestadas. É necessário explicar que as informações não serão usadas individualmente, mas apenas em seu conjunto, para estabelecer padrões gerais.
- ✓ É importante informar o tempo de entrevista (no máximo 5 minutos), inclusive como elemento de convencimento dos usuários.
- ✓ Evitar a solicitude de ajudar os entrevistados a responderem o questionário. Esse tipo de comportamento pode induzir, mesmo que não intencionalmente, as respostas de seu entrevistado.
- ✓ O entrevistador não deve dar “dicas” para o entrevistado, opinar ou discutir as opiniões dos seus respondentes. Quando um entrevistado demonstra dúvida ou má compreensão, o entrevistador deve simplesmente repetir a pergunta integralmente.
- ✓ Na medida do possível, devem-se padronizar os procedimentos da entrevista, desde a seleção do entrevistado até a forma de abordar o usuário e a forma de fazer as perguntas.

A pesquisa ficará à disposição dos usuários e familiares em postos estratégicos da unidade, para que seja respondido de forma espontânea ou através de incentivo dos colaboradores. No entanto haverá uma pactuação de uma amostra representativa de atendimentos realizados durante o mês nas respectivas unidades de saúde, a fim de atender os requisitos mínimos contidos neste edital.

O formulário de pesquisa de satisfação a ser utilizado deve atender ao padrão estabelecido pelo IGPP, sendo que este deve conter no mínimo a unidade de atendimento, a identificação opcional do usuário, espaço para manifestar sugestões,

elogios e/ou críticas, dados para contato com o SAU e a avaliação do grau de satisfação do usuário dividido em grupos estabelecidos abaixo:

- Recepção
- Espera
- Atendimento Médico
- Enfermagem
- Limpeza
- Exames

#### **Rotina de aplicação das pesquisas de satisfação**

- Verificar diariamente a funcionalidade do equipamento (totem) instalado.
- Avaliar a limpeza e conservação do equipamento.
- Verificar diariamente as manifestações, por meio de software.
- Manter arquivo digital de todas as manifestações.

Cabe ressaltar que o IGPP informatizará a pesquisa de satisfação ao cliente, de forma a termos uma visibilidade melhor sobre a real situação do atendimento.

#### **PROJETO DE PERCEPÇÃO DO USUÁRIO AO ATENDIMENTO RECEBIDO EM SÃO JOÃO DA BOA VISTA**

##### **Linha de pesquisa:**

1. Processo de Assistência na Saúde: Compreende estudos de temáticas, que possibilitam o desenvolvimento de competências relacionadas aos cuidados individuais e coletivos, nas áreas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde;



2. Processo de Gestão na Saúde: Abrange estudos que envolvem a descrição, caracterização, utilização e avaliação de instrumentos, processos, práticas e tecnologias para o gerenciamento na Área de Saúde, com enfoque no desenvolvimento de resultados que priorizem a qualidade e a segurança do cuidado; Linha de pesquisa;

3. Em 2013 a Secretaria de Estado da Saúde (SES) de São Paulo instituiu a Pesquisa de Satisfação de usuários com a intenção de fortalecer e integrar mecanismos de utilização da voz do usuário, com valorização do canal de escuta permanente, contínuo e direto com o usuário e de fornecer dados atualizados e relevantes sobre as condições dos serviços de saúde ao próprio gestor da unidade para que possa ajudá-lo na tomada de decisão administrativa e funcional. Após sua implantação surgiu à necessidade de verificar a percepção dos usuários e/ou acompanhantes frente aos serviços prestados nos ambulatorios, upas e hospitais para listar os problemas apontados que podem servir para mudanças institucionais e/ou profissionais. O referido estudo é do tipo descritivo, exploratório e retrospectivo a ser realizado utilizando a **Base de Dados do Programa PRODESP – Pesquisa de Satisfação do Usuário (PSAT)** instituída e acompanhada pelo Núcleo de Humanização (NTH) da unidade. Aqui, implantamos um sistema de entrevista, **realizado com um tablet**, de forma simples e curta e assim, que encerrado a entrevista, ela é encaminhada para a **Base de Dados do Programa PRODESP – Pesquisa de Satisfação do Usuário (PSAT)**, que tabula os resultados e disponibiliza os dados na web, para o usuário.

**Palavras-chave:**

**Satisfação do usuário;**

**Qualidade da assistência à saúde;**

**Humanização.**

4. Dentro do SAU de todas as unidades de saúde (UPA; Serviços de Saúde Mental - CAPS-II Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas, CAPS-AD Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas; CAPS-i - Centro de Atenção Psicossocial Infantil e Ambulatório de Saúde Mental; Unidades e Serviços de Atenção Primária sendo eles: Estratégias de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e SAD - Serviço de



Atendimento Domiciliar; Serviços de Especialidades, sendo o CEM - Centro de Especialidades Médicas, CEO - Centro de Especialidades Odontológicas e SAE - Serviço de Atendimento Especializado) no Município de SÃO JOÃO DA BOA VISTA existem diversas ferramentas que possibilitam captar e conhecer a avaliação dos usuários, sendo elas:

- ✓ **Pesquisa de Satisfação com o Usuário (PSAT)** – pesquisa realizada mensalmente com os usuários no interior da Unidade;
- ✓ **Sistema Ouvidor do SUS** – responsável por registrar as manifestações espontâneas, sejam elas por e-mail, cartas, telefone ou pessoalmente;
- ✓ **Caixa de Dúvidas, Sugestões e Reclamações** – disponibilização e urnas para captação de manifestações sem que o usuário tenha que se reportar a algum colaborador;
- ✓ **Ouvidoria Virtual** – sistema online de captação de manifestações e solicitações de informações, onde o usuário pode se expressar mesmo estando distante por meio do link, que será devidamente disponibilizado.

As manifestações recebidas são registradas no sistema, encaminhadas ao setor responsável, e após serem analisadas pelos gestores uma resposta é emitida ao usuário informando as medidas tomadas diante de sua manifestação e os esclarecimentos necessários.

De acordo com os termos do Decreto nº 60.399 de 29 de abril de 2014, Cap. IV Seção III Artigo nº 20, o prazo de resposta ao usuário é de 20 (vinte) dias corridos.

Esta pesquisa é feita com os usuários de forma online. Em tempo real, o núcleo, acompanha cada cadastro, que é feito diariamente e após lança o resultado da pesquisa na web.

As perguntas ao usuário devem ser realizadas de forma objetiva, clara, humana, simples e de forma humanizada, para que ele entenda a importância destas respostas para a melhoria do serviço e do atendimento dele e de sua família.



### Implantação de Conselho Gestor

A pesquisa sobre a satisfação dos usuários aproxima os serviços de saúde da comunidade, pois possibilita um maior conhecimento das necessidades desses usuários. Assim, os serviços de saúde podem ser estruturados para atender de forma mais eficaz a demanda, o que, consequentemente eleva o nível de satisfação dos usuários e aperfeiçoa os serviços.

Apesar da ênfase dada pelas novas políticas de saúde ao controle social, no Brasil, dar voz ao usuário não tem sido uma prática comum na área da saúde. A fim de que este princípio do SUS, juntamente com a universalidade, a integralidade e a equidade, seja implementado no cotidiano dos serviços de saúde, torna-se importante o desenvolvimento de pesquisas que analisem, avalie e intérprete as demandas e necessidades dos usuários que frequentam tais serviços. Ouvir e acolher o usuário também são formas de garantir o direito à saúde e à cidadania (PEREIRA, 2008). Nas práticas de trabalho do IGPP, a voz do usuário de saúde repercute nos modos *operandi* da gestão em saúde da instituição.

Portanto pautamos de imediato a ***instauração dos conselhos locais de saúde***, que medirão através da participação popular os níveis de satisfação dos usuários frente aos resultados de saúde produzidos.

Para concretização da proposta fomentaremos junto a gestão da Secretaria Municipal de Saúde, as discussões no Conselho Municipal para que esses fortalecem e incentivem as iniciativas locais, no entanto ações objetivas são necessárias: Análises da legislação municipal; construção das diretrizes em Plano Municipal de Saúde, Capacitação de gestores, trabalhadores e usuários inseridos no COMUS, a fim de multiplicar e fortalecer os processos de participação popular. **Prazo: 6 meses.**

### Controle de Qualidade Externa

Considerando que a equipe do IGPP, tem o entendimento de que o nosso usuário é o cliente externo (paciente) e o usuário interno (trabalhadores e gestores), fortalecer o uso dos instrumentos diagnósticos de qualidade externa promovem a interlocução da



Gestão IGPP e SMS, de modo que podemos concretizar os princípios da eficiência, pois no contraponto à avaliação pessoalíssima que os usuários possam tomar dos processos de satisfação, a aferição dos indicadores de Monitoramento da Qualidade se mostram eficazes para a reflexão da própria equipe em relação aos resultados esperados.

## Comunicação e Informação aos Usuários

### - Política De Comunicação Em Saúde

A comunicação em saúde é uma das estratégias mais utilizada para orientar, divulgar e, sobretudo contribuir para que pessoas, comunidades possam reconhecer efetivamente a necessidade da promoção e educação em saúde e da participação coletiva nas decisões de matérias relacionadas à saúde.

A comunicação em saúde deve ser entendida de forma integralizada, considerando o sujeito na sua totalidade, suas dificuldades, seus anseios, e não meramente como o repasse de informações rebuscadas com o uso de termos técnico. Os sujeitos precisam ser os protagonistas, capazes de compreender a dinâmica do sistema de saúde, e que ele possa usufruir destas informações de forma a viabilizar o acesso e a efetivação dos seus direitos.

O IGPP entendendo esse processo de dificuldade de interlocução entre emissor e receptor de informações referentes aos serviços de saúde, é realizado em nossa entidade o projeto “Comunicação, educação, e mobilização social na área de saúde”, que tem dentre as suas estratégias identificar e descrever programas, projetos, recursos e serviços de saúde disponíveis aos cidadãos; desvelar os critérios para acessibilidade aos serviços de saúde e para a efetivação da política de saúde enquanto direito do cidadão e dever do Estado; analisar as perspectivas de comunicação, educação popular e mobilização social junto à sociedade com ênfase na participação social e autonomia dos sujeitos.

O projeto apresenta também com estratégia a elaboração de programas de rádio e elaboração de vídeos enfocando os direitos dos cidadãos, os recursos existentes na comunidade, dentre outros, com vista a disseminar a população, informações que





sejam significativas ao usuário. O rádio é um instrumento de comunicação do povo, sendo assim este é mais acessível e tem a possibilidade de alcançar um número mais expressivo de pessoas.

No contexto da saúde, a comunicação eficiente depende de sua qualidade, e pode interferir na busca de uma vida saudável. (PEREIRA & AZEVEDO, 2005 apud MÜLLER, 2013, online).

Quando há uma comunicação de qualidade entre profissional de saúde e usuário de um serviço, este se sente mais motivado e encorajado a questionar, esclarecer dúvidas, reduzindo seu sofrimento e ansiedade gerados pelo mesmo, além de se sentir mais satisfeito (SAVARD, et. al 2004 MÜLLER, 2013, online)

Também trabalhamos com a política de acolhimento institucional e ouvidoria, sendo que encaminhamos todas as situações problemas para a resolutividade possível.

#### - Informação Ao Usuário:

### Normas e Rotinas para Visitantes e Acompanhantes

#### Prezado Usuário

Nossa instituição tem a missão de promover assistência integral à saúde. Nosso atendimento é realizado por uma equipe multidisciplinar composta por profissionais das áreas médica, enfermagem, serviço social, psicologia, farmácia e outros.

#### Medidas de Controle de Infecção

- Evitar sentar-se na maca do paciente;
- Lavar as mãos ao chegar e ao sair da unidade;
- Evitar o uso de joias e adornos enquanto permanecer na unidade;
- Evitar acompanhar o paciente, caso você esteja resfriado ou com outras doenças;
- Manter sempre limpos e presos cabelos longos de paciente e/ou acompanhante;
- Trazer o mínimo necessário de roupas e objetos pessoais do paciente.

### **Orientações Gerais**

- Manter silêncio;
- Evitar circulação nos corredores, clínicas e postos de enfermagem;
- Não manipular equipamentos ambulatoriais reservados para o uso do paciente, sem autorização da enfermagem;
- Os visitantes e os acompanhantes devem manter bolsas, carteiras e valores sob sua guarda;
- Não é permitida a entrada de cadeiras, colchonetes, televisores e outros aparelhos para as enfermarias;
- Caso o paciente trabalhe de carteira assinada, procurar o Serviço Social para orientações sobre licença e benefício.

### **Dirigido aos profissionais:**

#### **Normas para visitante e acompanhante (no aspecto do controle de infecção)**

As visitas de familiares e amigos representam um momento muito importante para a recuperação do paciente e para a troca de informações entre a família e a equipe de saúde.

Para a visita ocorrer sem transtorno e não comprometer as medidas de controle de infecção, além das normas específicas da UPA, observar adicionalmente:

- ° A entrada de visitantes e de acompanhantes com quadro infeccioso deve ser evitada.
- ° A visita de crianças deve ser restrita, conforme a conveniência e a necessidade de cada caso, e quando autorizada por escrito, deve ser acompanhada de responsável legal ou pessoa indicada por ele.

A equipe de saúde da Unidade deve:

- a. Orientar e supervisionar os visitantes quanto à higienização das mãos na chegada à unidade, antes e após contato com o paciente, superfícies e objetos da área do paciente, e imediatamente antes de deixarem a UPA;
- b. Orientar e supervisionar os visitantes a ficarem sempre junto ao paciente que está acompanhando;



c. Esclarecer as dúvidas.

O acompanhante deve:

- a. Contribuir para manter a higiene e a ordem do local;
- b. Contribuir para manter a harmonia e silêncio;
- c. Evitar tocar ou manipular equipamentos, sondas, soros, drenos, que são atividades exclusivas da equipe de saúde;
- d. Evitar sentar-se ou apoiar-se no leito do paciente, tampouco nos leitos desocupados;
- e. Evitar usar os sanitários, até os banheiros reservados aos pacientes;
- f. Obedecer ao tempo estipulado para visita.

O planejamento e a implantação de um serviço sistematizado de orientação aos pacientes, visitantes e acompanhantes com a disponibilidade de folhetos e cartazes informativos e ilustrados facilita o dia a dia das equipes de saúde e a comunicação com os usuários.

### **Informação aos Familiares**

A família costuma ser a principal origem do cuidador. O adoecimento gera crises e momentos de desestruturação para o paciente e seus familiares. Muitas mudanças ocorrem na vida do doente, levando-o a se deparar com limitações, frustrações e perdas. Essas mudanças serão definidas pelo tipo de doença, maneira que a doença se manifesta e como segue o seu curso, além do significado que o paciente e a família atribuem ao evento. A família necessita se reorganizar e se adaptar, pois o paciente pode precisar de cuidados. Os papéis e as funções devem ser repensados e distribuídos de forma que auxilie o paciente na elaboração de sentimentos confusos e dolorosos ocasionados pelo processo de adoecer.

O bem-estar e o preparo do cuidador tornam-se essenciais para a recuperação desejável do doente. Assim, o acolhimento dos cuidadores pode desempenhar um papel fundamental para:

- Aproximar os familiares da equipe de saúde da instituição;



- Reaproximação dos cuidadores com o paciente;
- Prevenir o burnout em cuidadores (o burnout pode levar a práticas paternalistas e abusos e agressões ao paciente);
- Amenizar as angústias dos familiares diante o adoecimento;
- Facilitar a aceitação do estado mórbido do seu ente querido, assim como das possíveis sequelas.

Sob estes pontos de vista, a implantação de grupos de suporte aos cuidadores informais dos pacientes possibilita a Humanização do atendimento e impacto positivo na gestão.

Uma equipe multidisciplinar pode realizar um encontro semanal com os familiares com o objetivo de:

- Acolher os familiares e cuidadores dos pacientes acamados, com a incapacidade funcional significativa (ou com risco de desenvolver incapacidade funcional).
- Oferecer orientação técnica dos cuidadores quanto aos cuidados básicos do paciente no ambiente domiciliar, em paralelo às orientações individuais no leito se necessário;
- Esclarecer e discutir com os familiares sobre o conceito de cuidador e discutir sobre o sentido de cuidar;
- Promover a melhor aceitação de alta ambulatorial pelos familiares, diminuindo suas angústias de receber o paciente no seu domicílio;
- Diminuir a possibilidade de reinternações por intercorrências clínicas geradas pela conduta inadequada no domicílio;
- Favorecer o processo de reabilitação após a alta ambulatorial.

Entendemos que essa abordagem do cuidador/familiar gera um excelente canal de comunicação que liga os usuários à instituição, possibilitando melhor acolhimento dos familiares e consequente melhoria do relacionamento e do vínculo destes com a instituição.

Essa proposta também atingir algumas diretrizes da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2009), tais como:

- Ampliar o diálogo entre os profissionais, entre profissionais e população, entre profissionais e administração, promovendo a gestão participativa;

- Implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido;
- Criar mecanismos de escuta para a população e trabalhadores;
- Implantar a equipe multiprofissional de atenção à saúde para seguimento dos pacientes internados e com horário pactuado para atendimento à família e/ou sua rede social.

### Instrução De Formas De Acomodação E Conduta

**Para Os Acompanhantes De Crianças, Adolescentes, Idosos E Portadores De Necessidades Especiais Conforme Previsão Da Legislação Vigente.**

O IGPP tem por meta humanizar o atendimento dos seus pacientes durante a sua permanência na Unidade de Pronto Socorro. Nosso principal objetivo é fazê-los sentir-se bem e seguro.

De acordo com a definição do Ministério da Saúde, acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

Pensando nisso, o IGPP estabelece que os usuários que procurarão os serviços do Unidade de Pronto Socorro, serão acolhidos conforme estabelecido no nosso Programa de Acolhimento e Classificação de Risco, respeitando seus direitos e deveres, conforme definidos abaixo:

#### DIREITOS:

01.) Obter um atendimento digno, atencioso e respeitoso por parte de todos os profissionais de saúde, sem discriminação de qualquer natureza.



- 02.) Ser identificado e tratado pelo seu nome e sobrenome, e não por códigos, números, nome de sua doença ou de forma genérica, desrespeitosa ou preconceituosa.
- 03.) Identificar o profissional por crachá, que deverá conter a fotografia do profissional, seu nome e setor legíveis, assim como ser mantido em local visível.
- 04.) Obter informações claras, objetivas, respeitosas e compreensíveis sobre hipótese diagnóstica e ações terapêuticas, o que pode ocorrer delas, duração prevista dos tratamentos propostos, bem como os riscos de não os realizar, se existe a necessidade ou não de utilização de anestesia, o tipo a ser aplicada e o instrumental a ser utilizado, as partes do corpo afetadas, os riscos e consequências indesejáveis e duração esperada do procedimento.
- 05.) Ser prévia e expressamente informado, bem como consentir ou recusar de forma livre, voluntária e esclarecida, quando o tratamento proposto for, total ou parcialmente, experimental, ou fizer parte de protocolos de pesquisa.
- 06.) Receber do profissional adequado, presente no local, auxílio para melhoria do seu conforto e bem-estar.
- 07.) Exigir que a Unidade de Saúde cumpra todas as normas de prevenção e controle de infecção— conforme o regulamentado pelos órgãos competentes.
- 08.) Ter seu prontuário elaborado de forma legível e de acesso ao conteúdo de acordo com a legislação vigente e as normas estabelecidas. O prontuário deverá conter sua identificação pessoal, anamnese, exame físico, exames complementares com os respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo, procedimentos ou tratamentos realizados, evolução e prescrição médica diária, bem como identificação clara de cada profissional prestador do cuidado, de acordo com os documentos padronizados.
- 09.) Ter sua privacidade, individualidade e integridade física, asseguradas em qualquer momento do atendimento, e na satisfação de suas necessidades fisiológicas, respeitando os seus valores éticos e culturais e a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal e segurança do procedimento;
- 10.) Ter a gestante a presença do marido, companheiro ou outro acompanhante, por ela escolhido nos exames pré-natais e no parto;

- 11.) Receber informações sobre medicamentos que lhe serão administrados.
- 12.) Receber informação, quando solicitar, sobre a procedência do sangue e hemoderivados e poder verificar, antes de recebê-los, os carimbos que atestam sua origem, sorologias efetuadas e prazo de validade. Todas essas informações deverão constar no prontuário do paciente.
- 13.) Ser devidamente orientado e treinado, se necessário, sobre como conduzir seu tratamento após a alta, recebendo instruções e esclarecimentos médicos claros, escritos de forma legível, visando buscar sua cura, reabilitação além da prevenção de complicações.
- 14.) Revogar a qualquer tempo, ou recusar livremente, uma vez devidamente esclarecido os riscos inerentes, os procedimentos médicos sejam eles diagnósticos, terapêuticos ou mesmo avaliações clínicas, desde que não haja risco de morte.
- 15.) Gestantes, idosos, crianças e adolescentes tem legalmente garantida prioridade de atendimento nos serviços de saúde, respeitadas as situações de urgência e emergência;
- 16.) Em caso de menor, incapacidade ou impossibilidade de manifestação de consentimento, o mesmo poderá ser realizado por representante legalmente autorizado.
- 17.) Ter livre acesso a qualquer procedimento diagnóstico e terapêutico disponível na Instituição, desde que indicado por médicos responsáveis.
- 18.) Poder indicar familiar ou responsável para tomar decisões a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, inclusive no que se refere a tratamentos, cuidados e procedimentos extraordinários para prolongamento da vida.
- 19.) Ser o adolescente atendido, se desejar, sem acompanhante em consultas e outros atendimentos, com garantia de sua individualidade e confidencialidade e quanto ao acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente. No entanto, frente a situações consideradas de risco e quando indicado qualquer procedimento de alguma complexidade, será necessária a participação e o consentimento dos pais ou responsáveis.
- 20.) Ser informado sobre todos os direitos acima, sobre as normas e regulamentos da Unidade de Saúde e sobre os canais de comunicação institucionais para obtenção de



informações, esclarecimento de dúvidas, podendo expressar suas preocupações e queixas para a direção da Instituição através do Serviço de Atendimento ao Cliente.

DEVERES:

- 01) O paciente e/ou seu representante legal tem o dever de dar informações precisas e completas nas consultas e internações sobre o seu histórico de saúde, doença prévias, queixas, enfermidades anteriores, história de uso de medicamentos, drogas, reações alérgicas e demais informações relacionadas à sua saúde.
- 02) Durante a internação deve utilizar somente as medicações prescritas, salvo as autorizadas pelo médico responsável pelo seu atendimento e acompanhamento.
- 03) Expressar se compreendeu as informações e orientações recebidas, visando a cura dos agravos à sua saúde, a prevenção das complicações ou sequelas, sua reabilitação e a promoção de sua saúde, fazendo perguntas sempre que tiver dúvidas.
- 04) Informar ao profissional de saúde ou à equipe responsável sobre qualquer fato que ocorra em relação a sua condição de saúde.
- 05.) Assumir a responsabilidade pela recusa a procedimentos, exames ou tratamentos recomendados e pelo descumprimento das orientações do profissional ou da equipe de saúde.
- 06.) Indicar um familiar ou responsável para decidir em seu nome acerca de tratamento, caso esteja impossibilitado de fazê-lo.
- 07.) Ter em mãos seus documentos e, quando solicitados, os resultados de exames que estejam em seu poder;
- 08.) Zelar e solicitar que os seus visitantes, acompanhante e amigos contribuam para o bem-estar de todos, atendendo e respeitando a proibição de uso de fumo e derivados do tabaco, bebidas alcoólicas e ruídos, colaborando com a segurança e limpeza do ambiente.
- 09.) Agir com urbanidade, cortesia e discrição nas dependências, respeitando e fazendo ser respeitado por seu acompanhante e visitantes os direitos dos demais pacientes, empregados e prestadores de serviços, bem como as Normas e Regimento Interno da Unidade.



**- Instrução Com Definição De Horários, Critérios E Medidas De Controle De Risco Para As Visitas Aos Pacientes.**

Excepcionalmente das 11h às 21h - permitido 1 (um) acompanhante (masculino ou feminino, de acordo com o sexo do paciente), exceto menores de 17 anos, 11 meses e 29 dias (conforme Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA) ou pacientes com idade igual ou superior a 60 anos.

Terão direito a um (01) acompanhante, pacientes com mais de 60 anos, menores de 18 anos, pessoas com deficiência ou que tenham dificuldade de locomoção

**Observação**

Os acompanhantes deverão ser maiores de 18 anos, ter condições físicas e emocionais equilibradas, não ser gestante. Nos casos de crianças de até 12 anos incompletos ou adolescentes entre 12 e 18 anos, será permitida a permanência em tempo integral de um acompanhante desde que seja um dos pais e/ou responsável (em conformidade aos Arts. 2 e 12 do ECA).

**Orientações para Visitas e Visitantes**

O fluxo de visitas e de visitantes será constituído por todas as pessoas externas à instituição que não necessitam de cuidados de saúde.

As visitas serão familiares ou amigos que visitam os pacientes internados e/ou em observação nas Unidades de Emergência.

Como as Unidades de Internação e/ou Observação são zonas restritas e de acesso condicionado, as visitas só serão acedentes a esta área em horários específicos pré-determinados e limitados ao quarto do paciente e às zonas de estar públicas.

Os visitantes externos são considerados as pessoas que vão a trabalho para reuniões administrativas, representantes de material ou outros assuntos.

Estes fluxos serão delimitados às áreas de interesse e confinados a determinados horários pré-estabelecidos, e será importante a existência de uma restrição no tempo e no espaço a ser controlado por profissionais de fluxo interno.

### **Visita para Pacientes Internados:**

#### **Observação/Emergência do Pronto Socorro**

O recepcionista da recepção do Pronto Socorro, antes do início da visita dirigir-se até o setor de Emergência para a elaboração do censo, entregando-o para a Recepção. A visita será controlada pelo censo e os visitantes serão liberados através de sistema informatizado de gestão o qual emite uma etiqueta ao visitante. O segurança da Recepção no horário da visita orienta os visitantes a aguardarem na fila ao lado da entrada da Recepção.

#### **Unidades de internação**

O recepcionista identifica o visitante/acompanhante no sistema informatizado de gestão, o qual emite uma etiqueta personalizada constando o quarto/leito do paciente a ser visitado entregando ao visitante.

OBS: a etiqueta deverá ser entregue aos visitantes/acompanhantes descolada para evitar que elas sejam perdidas ou não utilizadas.

#### **Visita de médicos externos para pacientes internados**

O visitante que identificar-se como médico, solicitando visita à paciente que esteja internado e ou em observação, a recepção deverá entrar em contato com o responsável médico se o paciente estiver no Pronto Socorro, solicitando autorização de entrada dele, o qual deverá atendê-lo.

Se o paciente estiver internado nas outras unidades deverá ser solicitado à autorização de entrada com o médico responsável da unidade encaminhando o visitante para que ele o atenda.

#### **Visitas extras autorizadas**



As visitas extras que são autorizadas pelos enfermeiros das unidades deverão ser por escrito em memorando da Instituição contendo números de pessoas autorizadas para a visita e encaminhado para a Recepção.

As exceções deverão ser realizadas somente até as 21h00 onde a recepção poderá fazer contato com o enfermeiro da unidade de internação que irá ou não autorizar a entrada do visitante.

### Visitas Religiosas

As visitas religiosas deverão ocorrer nos horários de visita já estabelecidos e deverão se limitar ao paciente solicitante.

### Pronto-Socorro

- Usar o álcool gel ou lave as mãos com água e sabão sempre que chegar na Unidade de Saúde e antes de ir embora;
- Evitar tocar os olhos, nariz ou boca após contato com superfícies;
- Proteger com lenços a boca e o nariz ao tossir ou espirrar;
- Certificar-se de que o profissional também higienizou previamente as mãos. Nossos cuidadores sabem da importância dessa ação e têm o compromisso de prestar um cuidado seguro.

### Na Internação

- Se estiver doente, evite fazer visitas. Mesmo infecções comuns, como resfriados, podem evoluir com complicações nos pacientes que estão internados;
- Não sentar nem colocar seus pertences, como bolsas e sacolas, sobre a cama do paciente;
- Não visitar pacientes em outros quartos, principalmente se estiverem em isolamento ou precaução;



- Não levar flores ou plantas para os pacientes. Elas podem ser fonte de insetos e bactérias;
- Evitar trazer alimentos. Se houver alguma necessidade especial, discuta com a equipe médica e a Nutrição.

### **Orientações Gerais**

É obrigatório o uso de crachá de identificação em local visível. Ele será entregue pelo colaborador da recepção durante o cadastro para a visita;

Após a visita, devolva o crachá na recepção. A não devolução bloqueará a entrada do próximo visitante;

É permitida a entrada de 2 pessoas por vez: 1 (um) acompanhante e 1 (um) visitante ou 2 (dois) visitantes (se não houver acompanhante);

Os visitantes e acompanhantes devem se vestir adequadamente ao ambiente (bermuda ou calça, blusa com manga e não exibir a barriga).

### **Medicamentos**

Durante a internação, o paciente recebe a medicação necessária para seu tratamento, de acordo com a prescrição médica.

IMPORTANTE: Nunca dê medicamentos ao paciente sem consentimento do médico responsável.

### **O que é proibido**

O paciente não deve trazer para a internação:

Alimentos, objetos de valor (joias, relógio, cheque, dinheiro etc.), travesseiro, edredom, cobertor, pijama, camisola, roupa de cama, toalha de banho, fralda e cigarro. Também não deve utilizar esmalte e base nas unhas das mãos ou dos pés.

Não é permitido tirar fotografias e fazer filmagens.



- Como irá pesquisar a opinião ou nível de satisfação do usuário

A percepção dos usuários sobre como é prestado os serviços é de extrema importância, visto que a população que utiliza estes serviços é a razão da existência da unidade, através de sua avaliação o sujeito é capaz de modificar o próprio sistema, o que fortalece a democracia em saúde, além de favorecer uma humanização do serviço, e constitui uma oportunidade de saber o que a comunidade pensa a respeito da oferta do serviço de saúde oferecido, como também permiti a adequação do mesmo em relação ao que a comunidade tem como expectativa (COTTA et al., 2005).

Esta pesquisa justifica-se por se propor a percepção dos usuários e a satisfação dos mesmos sobre a atuação da equipe de saúde da família e a partir dos dados encontrados proporcionar um feedback para a equipe, para assim manter os pontos positivos e solucionar os negativos.

#### Objetivo Geral

Identificar a satisfação dos usuários, com os serviços prestados.

#### Objetivos Específicos

Levantar o conhecimento do usuário sobre o funcionamento da Unidade de Pronto Atendimento (UPA);

Levantar quais são os pontos positivos apontados pelos usuários;

Identificar meios de manter esses pontos positivos;

Identificar os pontos negativos apontados pelos usuários;

Sugerir melhorias nos pontos negativos apontados pelos usuários.

#### Instrumentos



+55 11 3034-0511



faleconosco@igpp.org.br



www.igpp.org.br



@igpp.instituto



Esta pesquisa será feita por intermédio de um questionário, que abordará dados socioeconômicos dos usuários, satisfação quanto aos serviços prestados, atendimento da equipe de saúde, bem como os vínculos estabelecidos entre eles, duração das consultas, acessibilidade à unidade, estrutura física e insumos.

O questionário será aplicado aos usuários que procurarem atendimento na UPA durante os sete dias da semana, nos períodos diurno e noturno (dependendo da amostra obtida), sendo que ele será aplicado pelos próprios funcionários da unidade. O grupo será previamente treinado pelo profissional do SAU, quanto a aplicação do questionário a fim de saber previamente o tempo a ser gasto e possíveis problemas que poderão ocorrer no decorrer da aplicação do questionário.

A aplicação do questionário será feita após a consulta com a enfermeira ou médico. Aqueles que não quiserem responder ou não saberem, também serão contabilizados ao fim da coleta de dados.

Diariamente as pesquisas e os questionários respondidos serão recolhidos e tabulados pelo profissional do SAU, ao final do mês será apresentado um relatório geral do resultado das pesquisas e discussão e apresentação dos dados nas reuniões de Coordenação e equipes da SMS de SÃO JOÃO DA BOA VISTA.

Como proposta dividimos em quatro grupos a elaboração de questões, classificadas em:

Acesso;

Consulta;

Atendimento de Urgência;

Realização de Exames;

Outros atendimentos;

acesso – facilidade de acesso, sinalização, informações sobre a Unidade, número de tentativas para abrir prontuário e para obter consulta, facilidade de circulação e orientação dentro da unidade de saúde, acomodações e infraestrutura, consulta com hora marcada, horário de funcionamento, tempo de espera, conforto de instalações;





consulta – satisfação com o profissional, compreensão sobre a doença, compreensão sobre a indicação de exames, compreensão sobre significação dos resultados de exames, informação sobre a realização dos exames, compreensão sobre o tratamento dietético e efeitos colaterais, compreensão sobre tratamento medicamentoso, informação sobre efeitos colaterais dos medicamentos, compreensão sobre cuidados gerais e expectativa de melhora com a dieta, com a consulta e com a medicação;

atendimento de urgência – tempo para atendimento de acordo com a classificação de risco.

Realização de exames – orientação, transporte interno, transporte externo, tempo de realização do exame.

outros – atendimentos da assistente social, psicóloga, fisioterapia, nutrição etc.

Rotina de aplicação das pesquisas de satisfação

Deixar os equipamentos das pesquisas nos locais estabelecidos.

Verificar diariamente se o equipamento de pesquisas de satisfação está operante.

Verificar diariamente as manifestações.

Manter as pesquisas em mídia digital, arquivada e catalogada..

Rotina de aplicação do questionário para avaliação do usuário

Entrevistar os pacientes ou acompanhantes que passaram em consultas ou realizaram procedimentos na unidade.

Encaminhar aos responsáveis as reclamações, elogios e sugestões que possa haver no momento da aplicação do questionário.

Rotina de tabulação do questionário para avaliação do usuário



Tabular os questionários respondidos conforme os itens avaliados, gerando um relatório constando o total de pesquisas respondidas e os resultados obtidos para cada item.

Enviar o relatório mensalmente até o dia 10 do mês subsequente para a Coordenação de Qualidade, SAU, SMS e pautar em reunião de coordenação.

## METODOLOGIA DE DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

A quantidade de pesquisa será definida em contrato de gestão ou na ausência desta cláusula contratual o tamanho amostral deve ser definido conforme segue:

“A amostragem pode ser adequada quando o tamanho da população for muito grande e o custo e o tempo apropriados na obtenção de informações de toda a população forem muito expressivos. (...) adicionalmente, é fácil aplicar enquetes a amostras menores e ainda exercer o controle de qualidade do processo de entrevistas.” AAKER, pág. 378, 2004.”

Para cálculo da amostra, será utilizada a fórmula abaixo:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Onde:

| N |                                                             |                                              | Amostra a ser calculada |
|---|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------|
| N | População                                                   | Total de saída do mês anterior               |                         |
| Z | Variável normal padronizada associada ao nível de confiança | Nível de confiança = 95% Variável = 1,96     |                         |
| P | Verdadeira probabilidade do evento                          | Como esta é desconhecida, utilizar 50% (0,5) |                         |
| E | Erro amostra                                                | Erro máximo esperado de 5% (0,05)            |                         |

## VISITA DE ACOLHIMENTO

Cabe à Ouvidoria realizar visitas periódicas nas dependências da UPA com o intuito de divulgar o serviço e avaliar a efetividade da satisfação no atendimento.

## OCORRÊNCIAS

As ocorrências registradas pela Ouvidoria devem ser analisadas e enviadas para respostas (análise crítica) e elaboração de planos de ação junto à liderança responsável pelo setor envolvido e quando cabível retornar ao usuário para finalização do processo (telefone).

No caso de paciente ainda internado o retorno deve ser dado no leito.

As manifestações ou não conformidades decorrentes da pesquisa audível no pós-alta devem ser tratadas da mesma forma.

As manifestações anônimas devem ser registradas seguindo o critério de clareza das informações e se a letra estiver legível.

Nota: as manifestações anônimas deveram ser finalizadas no momento da abertura uma vez que não haverá possibilidade de serem tratadas por não possuir dados pessoais do usuário como nome e forma de contato.

As manifestações deverão ser tratadas conforme criticidade sendo prazo de devolutiva deve ser o que segue:

- Manifestações Prioritárias – 24 horas para resposta (01 dia)

Manifestação originada de mídia, pacientes que permaneceram muito tempo na UPA, pessoalmente é diagnóstico que envolva risco direto ao paciente. Devem ser tratadas em 24 (vinte e quatro) horas.



- Manifestações Críticas – 48 horas para resposta (02 dias)

Reclamações gerais como alimentação e limpeza, que não envolva risco direto ao paciente. Devem ser tratadas em 2 (dois) dias.

- Manifestações não Críticas – 120 horas para resposta (05 dias)

Reclamações gerais, recebidas por meio de formulário de opinião e que não envolva risco direto ao paciente. Devem ser tratadas em 5 (cinco) dias.

#### OBSERVAÇÕES:

Deverá ser aplicada aos pacientes internados ou acompanhantes, tendo como meta atingir 80% de satisfação através de totem instalado com acesso à internet e envio de relatório a S/SMS (mensal).

A satisfação dos usuários é um dos indicadores que compõem a variável 03.

- Para o registro da satisfação, deve-se utilizar questionário padrão definido pela SMS. Ele pode ser em totem a fim de facilitar a visualização e a coleta das informações;

- Os usuários poderão registrar satisfação apenas uma vez para cada motivo de procura a unidade de saúde e apenas no mesmo dia do atendimento e com identificação de CPF;

#### TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A tabulação das pesquisas é a padronização e codificação das respostas de maneira ordenada de dispor os resultados numéricos para que a leitura e a análise sejam facilitadas.



A análise de dados é a descrição do quadro de tabulação referente aos valores relevantes onde, por meio da representação gráfica dos resultados obtidos, lembrando que o gráfico não deve desfigurar a realidade nem tornar complexa a visão e a análise geral, deve partir de um texto com base nas respostas obtidas no projeto e voltado aos objetivos da pesquisa.

O relatório final deve servir como base na coleta de dados e fatores estratégicos para planejar e distribuir ações nos diferentes planos mercadológicos e comunicacionais, com base nele será possível descobrir problemas que vão direcionar as estratégias futuras da unidade bem como acompanhar a satisfação global dos usuários em relação aos serviços de saúde prestados pelo IGPP.

O nível de satisfação dos usuários será apurado mensalmente, tendo como competência o período do mês (de 01 a 31).

O resultado da pesquisa realizada em formulário será tabulado pelos Coordenadores dos Serviços e revisadas pelo Gerente Geral e deve conter as perguntas e respostas obtidas nos formulários de pesquisa de opinião classificadas nos critérios definidos, representadas graficamente.

A análise crítica, embasada no resultado da pesquisa deve partir do responsável pelo SAU em concordância com a Diretoria Administrativas. Os registros desta análise serão mantidos, assim como ações registradas para as melhorias no atendimento.

Após a implantação da Pesquisa de Satisfação informatizada, o resultado da pesquisa será tabulado pelo sistema.

## DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados referentes à satisfação do usuário deverão ser remetidos via e-mail da Diretoria Municipal de Saúde e Google Drive até o dia 10 (dez) de cada mês, conforme planilha abaixo:

|               |                |                 |                |                |
|---------------|----------------|-----------------|----------------|----------------|
| Tabulação das | Elaboração dos | Análise Crítica | Divulgação dos | Divulgação dos |
|---------------|----------------|-----------------|----------------|----------------|



| Pesquisas                           | resultados       | SAU e Diretoria | Resultados na Unidade | Resultados para a SMS |
|-------------------------------------|------------------|-----------------|-----------------------|-----------------------|
| 1° e 2° dia útil do mês subsequente | 3° e 4° dia útil | 5° dia útil     | 6° dia útil           | 7° dia útil           |

### Incrementos de Ações e Atividades

Visando a melhoria na prestação dos serviços oferecidos à população, o IGPP sugere como incrementos no rol de serviços ofertados no município de São João da Boa Vista:

#### Incremento em Acupuntura

A Acupuntura é um método terapêutico originado na Medicina Tradicional Chinesa que consiste na estimulação de pontos cutâneos específicos através de agulhas. A estimulação destes pontos tem a propriedade de regular o fluxo energético que é responsável pela fisiologia do corpo humano. Desde que os pontos de acupuntura, os trajetos dos canais que compõem a rede energética, os tipos de agulhas e as regras de punção foram estabelecidos, o conhecimento da acupuntura difundiu-se e a especialidade passou a ser praticada em todo mundo, onde também tem sido analisada e assimilada à visão científica. Na atualidade, a prática da acupuntura não está mais condicionada à utilização de agulhas, já que é possível estimular o ponto através de corrente elétrica, laser, vibração sonora, cor, esparadrapo e magneto.

O objetivo do tratamento com acupuntura é restabelecer o equilíbrio do corpo, facilitando a circulação de energia, desencadeando efeitos analgésicos e anti-inflamatórios. Ela utiliza várias técnicas que podem ser usadas para reforçar o sistema imunológico e para o tratamento de problemas e doenças como:

- **Problemas bucais:** dor após extração de dente, gengivite ou faringite;



- **Doenças respiratórias:** sinusite, rinite, resfriado comum, asma ou bronquite;
- **Doenças oftalmológicas:** conjuntivite e catarata;
- **Problemas neurológicos:** dor de cabeça ou enxaqueca;
- **Problemas gastrointestinais:** excesso de acidez no estômago, úlcera duodenal e prisão de ventre;
- **Problemas ortopédicos:** dor ciática, lombalgia ou artrite reumatoide;
- **Distúrbios de sono:** insônia e agitação.

Além destes problemas, a acupuntura pode também ser utilizada como tratamento complementar de alergias, como rinite e asma, náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia e distúrbios emocionais como ansiedade, estresse e depressão, por exemplo.

### **Incremento em Serviços de Práticas Integrativas e Complementares**

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) contribuem para a ampliação das ofertas de cuidados em saúde, para a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades; motiva as ações referentes à participação social, incentivando o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde, além de proporcionar maior resolutividade dos serviços de saúde (BRASIL, 2015).

As PICS foram institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por intermédio da PNPIC, aprovada por meio de Portaria GM/ MS no 971, de 3 de maio de 2006.

A PNPIC contempla diretrizes e responsabilidades institucionais para oferta de serviços e produtos de homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, além de constituir observatórios de medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia.

Essas práticas ampliam as abordagens de cuidado e as possibilidades terapêuticas para os usuários, garantindo maiores integralidade e resolutividade da atenção à saúde.





Dessa forma, objetiva-se, por meio da PNPIC, ampliar a oferta desses recursos terapêuticos no SUS, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase no cuidado continuado, humanizado e integral em saúde.

A oferta de PICS é transversal a toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo ofertada em serviços nos diversos pontos da rede, conforme organização e demanda local. As equipes de Atenção Básica, entre elas a Estratégia de Saúde da Família (ESF), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), as Equipes de Consultório na Rua, de Saúde Prisional, as Equipes de Saúde Ribeirinhas e Fluviais, podem realizar ações em PICS na perspectiva do cuidado integral à população de seu território.

Essas equipes possuem, em sua essência, o compartilhamento de saberes multidisciplinares, cuja transversalidade e longitudinalidade do cuidado estão pautadas na oferta do cuidado próximo da vida das pessoas, em seu contexto familiar e social. Nesse sentido, apresentam-se como locus privilegiado para a oferta das PICS, as quais contribuem para o aumento da resolubilidade do sistema, garantindo um cuidado continuado, humanizado e integral (SANTOS, 2012).

Algumas Práticas Propostas para a implantação:

- Arteterapia – Prática expressiva artística, visual, que atua como elemento terapêutico na análise do consciente e do inconsciente, favorecendo a saúde física e mental do indivíduo. Utiliza a arte e o processo criativo como base do processo terapêutico. Faz uso de diversas técnicas expressivas, como pintura, desenho, sons, música, modelagem, colagem, mímica, tecelagem, expressão corporal, escultura, entre outras. Pode ser realizada de forma individual ou em grupo.
- Ayurveda – Abordagem terapêutica de origem indiana, segundo a qual o corpo humano é composto por cinco elementos – éter, ar, fogo, água e terra –, os quais compõem o organismo, os estados energéticos e emocionais e, em desequilíbrio, podem induzir o surgimento de doenças. Agrega princípios relativos à saúde do corpo físico, de forma a não os desvincular e considerando os campos energético, mental e espiritual. A abordagem terapêutica básica é aquela que pode ser realizada pelo próprio indivíduo

em seu autocuidado. Nela, o profissional/terapeuta observa de forma cuidadosa as características fisiológicas internas e a disposição mental da pessoa. Além disso, estuda outros fatores, como os tecidos corporais afetados, humores, o local em que a doença está localizada, resistência e vitalidade, rotina diária, hábitos alimentares, a gravidade das condições clínicas, a condição de digestão, e detalhes pessoais, sociais, a situação econômica e ambiental da pessoa.

- Biodança – Prática expressiva corporal que promove vivências integradoras por meio da música, do canto, da dança e de atividades em grupo, visando restabelecer o equilíbrio afetivo e a renovação orgânica, necessários ao desenvolvimento humano. Busca restabelecer as conexões do ser humano consigo, com o outro e com o meio ambiente, a partir do núcleo afetivo e da prática coletiva. Sua metodologia consiste em induzir vivências coletivas integradoras, num ambiente enriquecido com estímulos cuidadosamente selecionados, como músicas, cantos, exercícios e dinâmicas.
- Dança Circular – Prática expressiva corporal que utiliza a dança de roda, o canto e o ritmo para promover a integração humana, o auxílio mútuo e a igualdade visando ao bem-estar físico, mental, emocional e social. Originária de diferentes culturas que favorece a aprendizagem e a interconexão harmoniosa entre os participantes. As pessoas dançam juntas, em círculos, e aos poucos começam a internalizar os movimentos, “liberar a mente, o coração, o corpo e o espírito”. Por meio do ritmo, da melodia e dos movimentos delicados e profundos, os integrantes da roda são estimulados a respeitar, aceitar e honrar as diversidades.
- Homeopatia – Abordagem terapêutica de caráter holístico e vitalista que vê a pessoa como um todo, não em partes, e cujo método terapêutico envolve três princípios fundamentais: a Lei dos Semelhantes; a experimentação no homem sadio; e o uso da ultra diluição de medicamentos. Segundo a abordagem, as substâncias disponíveis na natureza têm potencial de curar os mesmos sintomas que produz. Tem três princípios fundamentais: a Lei dos Semelhantes; a experimentação no homem sadio e o uso da ultra diluição de medicamentos, mais conhecida como “doses infinitesimais”. Também utiliza, como recursos, a escuta do relato preciso do paciente, chamado de “anamnese

homeopática”; o estudo da matéria médica relacionado aos medicamentos homeopáticos; e o manejo do repertório de sistemas homeopáticos, fundamentais na escolha das prováveis hipóteses medicamentosas.

- Medicina Tradicional Chinesa (MTC) – Abordagem terapêutica milenar, de origem chinesa, que tem a teoria do yin-yang e a teoria dos cinco elementos como bases fundamentais para avaliar o estado energético e orgânico do indivíduo, na inter-relação harmônica entre as partes, visando tratar quaisquer desequilíbrios em sua integralidade. A MTC utiliza como procedimentos diagnósticos, na anamnese integrativa, palpação do pulso, inspeção da língua e da face, entre outros; e como procedimentos terapêuticos acupuntura, ventosa terapia, moxabustão, plantas medicinais (Fitoterapia Tradicional Chinesa), práticas corporais (lian gong, chi gong, tui na tai-chichuan) e mentais (meditação), dietoterapia chinesa, relacionadas à prevenção, aos agravos de doenças, à promoção e à recuperação da saúde.
- Meditação – Prática mental que consiste em treinar a focalização da atenção de modo não analítico ou discriminativo, a diminuição do pensamento repetitivo e a reorientação cognitiva, promovendo alterações favoráveis no humor e melhora no desempenho cognitivo, além de proporcionar maior integração entre mente, corpo e mundo exterior. A meditação desenvolve habilidades para lidar com os pensamentos e observar os conteúdos que emergem à consciência, ensinando a não se deixar influenciar por eles e compreendê-los como fluxos mentais. Coloca o indivíduo num local de equilíbrio e leveza, no centro de si mesmo. Suas técnicas envolvem a concentração, para focar ou “esvaziar” a atenção, produzindo efeitos no campo mental e físico de harmonização dos estados mentais e da consciência para a promoção do bem-estar, presente em inúmeras culturas e tradições. Há duas grandes formas de definição da meditação: a ativa, quando se executa uma tarefa, concentrando-se apenas e exclusivamente nela (ex.: pintura de mandala, labirinto, origami etc.); e a passiva, na qual o corpo permanece imóvel e a atenção é dirigida para a redução do fluxo dos pensamentos.
- Musicoterapia – Prática expressiva que utiliza basicamente como elemento a música e/ou seus elementos no seu mais amplo sentido – som, ritmo, melodia e harmonia –,

em grupo ou de forma individualizada. Facilita e promove, ao indivíduo, a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, e outros objetivos terapêuticos relevantes, com intuito de alcançar suas necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. Desenvolvem potenciais, restabelecem funções para que o indivíduo possa alcançar uma melhor integração inter ou intrapessoal, melhorando a qualidade de vida.

- Naturopatia – Prática terapêutica que adota visão ampliada e multidimensional do processo vida-saúde-doença e utiliza um conjunto de práticas integrativas e complementares no cuidado e atenção em saúde. Apoia e estimula a capacidade intrínseca do corpo para curar-se, que se propõe a restaurar o bem-estar e a qualidade de vida por meio da educação em saúde, adequações do estilo de vida e por meio de terapias naturais, reintegrando aspectos do corpo, da mente e da emoção com a natureza e a sociedade. Os recursos terapêuticos utilizados provêm de terapias naturais (plantas medicinais, produtos naturais, óleos essenciais, terapia floral, argilas e lamas, águas minerais e termais; alimentação saudável); terapias físicas (massagens, reflexologia podal e manual, terapia fotônica de baixa intensidade); recursos expressivos (arte, música, sons e corpo, dança) e terapias corpo-mente (contemplação, meditação). Utiliza-se também de recursos avaliativos (observação da face, língua, pulso, íris, entre outros), além da palpação e da análise dos sinais e sintomas na avaliação do paciente ou interagente.
- Osteopatia – Prática terapêutica que adota uma abordagem integral no cuidado em saúde e utiliza várias técnicas manuais – entre elas a da manipulação do sistema musculoesquelético (ossos, músculos e articulações) – para auxiliar no tratamento de doenças. Atua no indivíduo de forma integral, a partir da manipulação das articulações e dos tecidos. Esta prática parte do princípio de que as disfunções de mobilidade articular e teciduais, em geral, contribuem no aparecimento das enfermidades. Diz respeito à relação de corpo, mente e espírito na saúde e na doença, enfatizando a integridade estrutural e funcional do corpo e a tendência intrínseca do corpo, direcionada ao próprio reestabelecimento do equilíbrio.

- Plantas Medicinais e Fitoterapia – Terapêutica caracterizada pelo uso das plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal. As formas farmacêuticas de plantas medicinais disponibilizadas no SUS são: planta fresca (in natura), planta seca (droga vegetal), fitoterápico manipulado e fitoterápico industrializado. A prática da fitoterapia, por exemplo, no caso do programa Farmácias Vivas, incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social.
- Quiropraxia – Prática terapêutica que atua no diagnóstico, no tratamento e na prevenção das disfunções mecânicas do sistema neuro musculoesquelético e seus efeitos na função normal do sistema nervoso e na saúde geral. A quiropraxia enfatiza o tratamento manual, como a manipulação articular ou “ajustamento”, e a terapia de tecidos moles. As manipulações conduzem ajustes na coluna vertebral e outras partes do corpo, visando à correção de problemas posturais, o alívio da dor e favorecendo a capacidade natural do organismo de autocura.
- Reflexo terapia – Prática terapêutica que utiliza os microssistemas e pontos reflexos do corpo, existentes nos pés, nas mãos e nas orelhas para auxiliar na eliminação de toxinas, na sedação da dor e no relaxamento. Utiliza estímulos nessas áreas reflexas com finalidade terapêutica. Parte do princípio de que o corpo se encontra atravessado por meridianos que o dividem em diferentes regiões. Cada uma destas regiões tem o seu reflexo, principalmente nos pés ou nas mãos. A partir do massageamento de pontos-chave, busca-se a reativação da homeostase e o equilíbrio das regiões do corpo nas quais há algum tipo de bloqueio ou inconveniente.
- Reiki – Prática terapêutica que utiliza a imposição das mãos para canalização da energia vital visando promover o equilíbrio energético, necessário ao bem-estar físico e mental com a finalidade de estimular os mecanismos naturais de recuperação da saúde. Baseado na concepção vitalista de saúde e doença, considera-se a existência de uma energia universal canalizada que atua sobre o equilíbrio da energia vital com o propósito de harmonizar as condições gerais do corpo e da mente de forma integral. Estimula a energização dos órgãos e centros energéticos.

- Shantala – Prática terapêutica que consiste na manipulação (massagem) do corpo do bebê pelos pais, favorecendo o vínculo entre estes e proporcionando uma série de benefícios em virtude do alongamento dos membros e da ativação da circulação. Além disso, promove a saúde integral, reforçando vínculos afetivos, a cooperação, a confiança, a criatividade, a segurança, o equilíbrio físico e emocional. Exemplos de benefícios proporcionados pela shantala: alívio de cólicas, melhoria no sono, fortalecimento do sistema imunológico, entre outros.

Yoga – Prática corporal e mental de origem oriental utilizada como técnica para controlar corpo e mente, associada à meditação. Combina posturas físicas, técnicas de respiração, meditação e relaxamento. Atua como uma prática física, respiratória e mental. Fortalece o sistema musculoesquelético, estimula o sistema endócrino, expande a capacidade respiratória e exercita o sistema cognitivo.

### **Incremento na implantação do Serviço de psicologia na Urgência/Emergência**

A implementação e a padronização dos atendimentos psicológicos, mais do que favorecer a integração multidisciplinar e prover dados pertinentes que auxiliem a equipe no trato com o paciente, leva a uma melhoria contínua no atendimento prestado a este, sendo também relevante e profícuo à instituição na elaboração das estatísticas atinentes a procedimentos e demandas. É sob este argumento que a presente proposta é apresentada. Tal projeto se subdivide em duas principais linhas de atuação: o desenvolvimento de procedimentos e o desenvolvimento de instrumentos.

#### **Desenvolvimento de Procedimentos**

Sob este tópico, pode-se empreender três distintas etapas:

1) – Etapa 1 - Triagem Psicológica: Caracteriza-se pela visita a todos os leitos. Nesta primeira etapa, realiza-se uma breve avaliação e a triagem de pacientes com eventuais transtornos mentais, de comportamento ou ajustamento. As autoras sugerem, nesta primeira etapa do procedimento, uma avaliação objetiva e exploratória, porém não exaustiva. Para tanto, apresentam como modelo o 'Protocolo 1 – Triagem Psicológica, o qual será abordado subsequentemente e pode ser consultado anexo a este artigo.

2) - Etapa 2 - Avaliação Psicológica: caracteriza-se por uma ampliação e maior especificação da etapa de triagem, apresentada anteriormente. Nesta segunda etapa do procedimento serão avaliados mais pormenorizadamente os pacientes que apresentaram tal necessidade na etapa de triagem. Para tal avaliação, estas autoras sugerem o uso de um novo protocolo ou roteiro de exame psicológico ('Protocolo 2 – Avaliação Psicológica'), o qual é também abordado subsequentemente e pode ser consultado ao final deste artigo. Cabe relevar que o uso do protocolo aqui sugerido não dispensa o uso de instrumentos validados e padronizados de avaliação psicológica.

3) - Etapa 3 - Acompanhamento Psicológico: Após avaliação e sendo identificada a necessidade de acompanhamento/atendimento, o paciente recebe atenção sistemática e focal, caracterizado por visitas regulares da equipe de psicologia. É importante considerar que os dados levantados nas etapas anteriores (etapas 1 e 2) são de substancial importância ao delineamento de intervenções focais e objetivas nesta terceira etapa do procedimento proposto. Visando a padronização dos registros de atendimento/acompanhamento psicológico, as autoras sugerem um terceiro protocolo de atendimento (Protocolo 3 – Acompanhamento Psicológico), também apresentando a seguir e anexo ao término deste artigo.

#### Desenvolvimento de Instrumentos

Sob a designação 'desenvolvimento de instrumentos' refere-se ao desenvolvimento e constante aperfeiçoamento de protocolos de avaliação e atendimento. Tais protocolos, aqui sugeridos em conformidade com os procedimentos propostos anteriormente, são de preenchimento objetivo, e podem, à característica de cada instituição, ser anexados ao próprio prontuário do paciente ou em arquivos do 'Serviço de Psicologia', relevando que, neste segundo caso, a equipe de saúde pode ter total acesso a ele. De modo geral, os instrumentos, caracterizam-se por um roteiro de exame psicológico, abordando funções psicológicas básicas, tais como cognição (atenção, percepção, memória, consciência, pensamento), emoção (estados afetivos) e relacionamentos interpessoais



(rede de reforço psicossocial, relacionamento familiar e com a equipe de saúde), contemplando também dados pertinentes ao quadro clínico. Informações sigilosas, que eventualmente os pacientes possam vir a relatar, não são registradas nos protocolos sugeridos, de modo a respeitar o sigilo e manter uma postura ética frente às demandas do paciente, pretendendo apenas servir como instrumento orientador à padronização dos registros de atendimento.

Cabe relevar que não se pretende com tal proposta a sistematização dos atendimentos efetuados. Mas sim, orientar a atuação de estagiários e profissionais a partir de procedimentos padronizados, cujos resultados poderão subsidiar uma proposta de intervenção. A implantação dos instrumentos sugeridos permitiria, ainda:

- 1) - a identificação da demanda atendida pelo serviço de psicologia, bem como dos procedimentos adotados pelos profissionais frente a estas;
- 2) – a avaliação dos atendimentos prestados, sua pertinência e eficácia, possibilitando uma autoavaliação do serviço de psicologia e uma devolutiva à instituição, acerca dos atendimentos oferecidos;
- 3) – gerenciamento de dados e elaboração de estatísticas quanto aos procedimentos e demandas do ‘Serviço de Psicologia’.

O primeiro protocolo (Protocolo 1 – Triagem Psicológica) caracteriza um instrumento de triagem, mais sucinto e objetivo (a ser utilizado na Etapa 1, anteriormente proposta). O segundo instrumento (Protocolo 2 – Avaliação Psicológica) refere-se a um protocolo de avaliação psicológica (a ser utilizado na Etapa 2) e, em síntese, amplia e possibilita dados mais pormenorizados em relação ao primeiro instrumento. O terceiro protocolo (Protocolo 3 – Acompanhamento Psicológico) intenta somente contribuir na padronização dos registros de atendimento/acompanhamento (a ser utilizado na Etapa 3). Cabe ressaltar, no entanto, que tais instrumentos podem (de fato, devem) ser constantemente aperfeiçoados sendo, inclusive, consideradas para sua implementação as especificidades de cada localidade e instituição.

## **Proposta de Incremento Científico**

### **Convênio de Cooperação Técnica com Entidades de Ensino**



## **Apresentação**

No Brasil, nas décadas de 80 e 90, o sistema de saúde passava por transformações que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Lei nº 8080 de setembro de 1990. O SUS foi instituído pelo governo federal com o objetivo de garantir a universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis. Esse sistema avançou em vários aspectos até o momento principalmente na descentralização de resolubilidade através da distribuição de atribuições e recursos para as esferas estaduais e municipais.

Atualmente, cerca de 90% da população de algum modo é usuária do SUS. O Sistema é atualmente o maior empregador de profissionais da área de saúde do Brasil, logo é imprescindível que as escolas médicas atuem de forma intensa nos diversos níveis de atenção e cenários do SUS. O conhecimento e vivência de toda rede é importante para que o aluno adquira uma visão global do paciente, e não fique apenas restrito ao aprendizado especializado de forma fragmentada em centros de alta complexidade.

A formação de uma parceria institucional destinada a conferir apoio a projetos de pesquisa, ensino, extensão e de desenvolvimento institucional, científico e tecnológico, com o escopo de estabelecer condições para a realização de ações integradas e interinstitucionais definidas, em conjunto, pelo IGPP e Entidades de Ensino, visam o desenvolvimento da inovação e da pesquisa científica e tecnológica.

A parceria técnica entre o IGPP com uma Instituição de Ensino na área de Saúde traz imensos benefícios bilateralmente, pois oferece por meio da prática assistencial a transmissão de conhecimentos específicos, possibilitando assim, a melhoria da atuação de ambas as áreas, refletindo diretamente na assistência aos beneficiários e estudantes. Além de, apresenta a possibilidade para docência por meio de um vasto campo de estágio para prática do ensino e da pesquisa permeado pela assistência.

O IGPP no âmbito da celebração de contratos de “Cooperação Técnica” se compromete:

- Garantir a qualidade da formação de novos profissionais de saúde e da educação permanente em saúde para os profissionais já atuantes, priorizando as áreas estratégicas do SUS.



- Estimular a inserção da instituição na pesquisa, no desenvolvimento e na gestão de tecnologias em saúde, de acordo com as necessidades do SUS.
- Garantir a inserção das Instituições de Ensino com a na Rede de Atenção à Saúde (RAS), com participação efetiva nas políticas prioritárias do SUS.
- Estimular a participação das Instituições de Ensino aos programas e projetos que visam à ampliação da oferta de profissionais médicos no SUS.
- Integrar as Instituições de Ensino nos programas e projetos que visam à ampliação da oferta de profissionais médicos no SUS.
- Deliberar normas de procedimento didático-pedagógico, relativas ao cumprimento do intercâmbio e a análise e discussão do plano de trabalho pelo estudante, no local de estágio, visando à relação teoria/prática;
- Deliberar sobre as instruções, orientações e as formalidades exigidas para a realização do intercâmbio, segundo as normas previstas na legislação pertinente;
- Proporcionar ao estudante condições adequadas à execução do intercâmbio no que se refere às obrigações didático-pedagógicas;

## PLANO PEDAGÓGICO

Ao se considerar que um projeto pedagógico é o documento que explicita a concepção de ensino e aprendizagem de um curso e proporciona diretrizes de orientação e ação aos docentes os quais são diretamente responsáveis por sua execução, busca-se um processo de construção coletiva utilizando abordagens participativas na definição de conteúdo e enfoques metodológicos, indicando caminhos para o ensino de qualidade.

O acordo de cooperação técnica, firmado teve por objetivo a integração pedagógica, técnica, científica e assistencial entre o IGPP e Instituições de Ensino, estabelecendo intercâmbio técnico para os acadêmicos dos cursos da área da saúde. Também teve como meta promover a melhoria da prestação de serviços de assistência à saúde da comunidade, com racionalidade de uso, aprimoramento e expansão da capacidade operacional das Unidades Assistenciais à Saúde em seus diversos níveis hierárquicos.

As estratégias pedagógicas e recursos de ensino favorecem a autoaprendizagem e têm sido utilizados, seguidos de discussões, reflexão e propostas de intervenção, motivando os alunos na busca ativa de informações e contribuindo para formação do médico com o perfil profissional preconizado pelas Diretrizes Curriculares

Por fim, cada disciplina ou estágio é coordenado por um docente, que possui a responsabilidade de elaborar o Plano de Ensino e o Conteúdo Programático da disciplina, dentro dos parâmetros e prazos estabelecidos anualmente, de responder à Instituição de Ensino pelas obrigações pertinentes à disciplina, de coordenar a elaboração das provas, bem como sua execução, correção, finalização das notas, vistas ao aluno e entrega na Secretaria da Instituição dentro do prazo estabelecido.

#### INTEGRAÇÃO ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO

A indissolubilidade dos pilares ensino, pesquisa e extensão garante a formação de profissionais preocupados em adquirir, manter e expandir conhecimentos e habilidades que lhes favoreçam plena realização pessoal e efetiva inserção de seu trabalho na promoção do bem-estar social. Assim, com o intuito de promover a articulação entre esses três pilares, se propõem algumas linhas de atuação, as quais poderão serem estabelecidas nos contratos de cooperação técnica.

- Grupos de Pesquisas
- Trabalhos de Graduação (TG)
- Programas/Projetos de Extensão
- Atendimento à Vítima de Violência Sexual (Grupo de Atendimento à Vítima de Violência Sexual)
- Humanização - Atendimento Humanizado
- Outras ações: Companhia da Alegria; Eventos Programados; Programa de Enriquecimento Curricular em Centros de Controle de Intoxicações; Programa Ciência sem Fronteiras; Intercâmbio cultural; Projeto Rondon; Atividades Esportivas, entre outras.

#### Cronograma de Implantação e Execução

**Período de vigência do projeto:** 12 meses

**Início:** a partir da data da assinatura do Contrato de Gestão.

| Atividade                                                                                   | Pré Início | mês 01 | mês 02 | mês 03 | mês 04 | mês 05 | mês 06 | mês 07 | mês 08 | mês 09 | mês 10 | mês 11 | mês 12 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Acompanhamento de todas as Rotinas e Processos Atualmente Realizados                        |            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| Aferição dos Indicadores Qualitativos para Aprimoramentos                                   |            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| Apresentação de Relatório para o Contratante com todas as Rotinas a Serem Realizadas        |            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| Atividades, Reuniões e Atas das Comissões de Atividades Médicas                             |            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| Atividades, Reuniões e Atas das Demais Comissões Multidisciplinares                         |            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| Complementação de Implantação do Hardware e Rede                                            |            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| Contratação de Prestadores de Serviços                                                      |            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| Contratação Imediata dos Colaboradores Não Médicos                                          |            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| Criação e Implantação das Comissões de Atividades Médicas                                   |            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| Criação e Implantação das Demais Comissões Multidisciplinares                               |            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| Dedetização, Desratização, Eliminação de Pragas Urbanas e Limpeza de Caixas d'Água e Esgoto |            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| Emissão de Ordem de Serviços de Prestadores de Serviços                                     |            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| Execução da Política de Recursos Humanos                                                    |            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| Implantação da Digitalização dos Exames de Radiologia                                       |            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| Implantação da Gestão Logística dos Estoques da Farmácia e Suprimentos                      |            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| Implantação das Ações da CIPA e SESMT                                                       |            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| Implantação de Ferramentas e Instrumentos de Modernização Gerencial                         |            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| Implantação de Fluxos de Organização das Atividades                                         |            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco                                       |            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| Implantação do Manual de Rotinas Administrativas e Financeiras                              |            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| Implantação do Manual de Rotinas para Gerência de Almoxarifado e Patrimônio                 |            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| Implantação do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente                                  |            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| Implantação do PPRA e PPR                                                                   |            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| Implantação do Regimento Interno                                                            |            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| Implantação do Regimento Interno de                                                         |            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |

|                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Enfermagem                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Implantação do Regimento Interno do Corpo Clínico                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Implantação do Regimento Interno do Serviço Social                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Implantação do Serviço de Assistência Social                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Implantação do Serviço de Atenção ao Usuário                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Implantação dos Programas de Qualidade com Acompanhamento                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Implantação dos Protocolos Assistenciais Médicos e de Enfermagem                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Implantação dos Serviços de Jardinagem                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Implantação dos Totens para Pesquisa de Satisfação                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Implantação e Execução do Serviço Humanizado                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Implantação e Realização de Manutenção Preditiva, Preventiva e Corretiva de Mobiliário                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Implantação e Realização de Manutenção Preditiva, Preventiva e Corretiva Predial                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Implantação e Realização do PGRSS                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Implantação e Realização dos Serviços de Limpeza e Higienização                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Implantação e Treinamento Contínuo do Fluxo de Atendimento                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Implantação e Treinamento dos Agentes de Fluxo                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Implantação, Treinamento e Instalação da Brigada de Incêndio                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Instalação da Equipe Gestora Conforme Adequação do Núcleo Executivo                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Instalação da Estrutura Diretiva Administrativa e Financeira                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Instalação de Estrutura Diretiva Médica                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Instrumentos de Comunicação e Informação                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Levantamento e Análise dos Aspectos Administrativos, Contábeis, Financeiros, Assistenciais e Clínicos |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Manutenção e Atualização dos Protocolos Existentes nas Unidades                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Manutenção, Atualização e Realização dos Protocolos Assistenciais Médicos e de Enfermagem             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Monitoramento dos Instrumentos de Controle de Risco para Visitação                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Obediência aos Regimentos Internos                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Organização dos Recursos Humanos (Demais Colaboradores)                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Organização dos Serviços Administrativos, Financeiros e Gerais                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

[illegible]



|                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Treinamento do Acolhimento e Classificação de Risco |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Treinamento do Sistema de Informações Gerenciais    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Treinamento Inicial do Fluxo de Atendimento         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Utilização do Sistema de Informações Gerenciais     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## Implantação de Protocolos Clínicos

Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são o consenso sobre a condução da terapêutica para determinada patologia.

Estabelecem os critérios de diagnóstico, o tratamento preconizado com os medicamentos disponíveis nas respectivas doses corretas, os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação de resultados, a racionalização da prescrição e do fornecimento dos medicamentos.

Se destinam a orientar o tratamento de determinada patologia e criar mecanismos para garantia da prescrição segura e eficaz.

São instrumentos desenvolvidos para auxiliar os profissionais da área de saúde na tomada de decisões — sejam elas simples ou complexas — que exijam paradigmas clínicos e subsídios teóricos realmente confiáveis para que possam ser aplicados pelos médicos na assistência de seus pacientes. Estes protocolos resultam, entre outras coisas, na redução da necessidade de realizar exames desnecessários, que incorram em riscos de complicação para o paciente e custos para o sistema de saúde.

## Humanização e Acolhimento aos Usuários

### *O conceito de Acolhimento*

O acolhimento é uma ação técnico-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo

no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolução e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

### ***O Acolhimento como estratégia de interferência nos processos de trabalho***

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética que se constrói em meio a imperativos de necessidade, de direito e da solidariedade humana. Desse modo ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos da Unidade. Colocar em ação o acolhimento como diretriz operacional requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde e implica:

Uma reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe, multiprofissional, encarregada da escuta e resolução do problema do usuário.

Mudanças estruturais na forma de gestão da unidade ampliando os espaços democráticos de discussão/ decisão, os espaços de escuta, trocas e decisões coletivas. Postura de escuta e compromisso de dar respostas as necessidades de saúde trazidas pelo usuário.

Acolher com resolutividade as pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica. O profissional deve escutar a queixa, identificar riscos e vulnerabilidade (escuta qualificada) e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema.

### ***Acolhimento humanizado***

Um ambiente de trabalho humanizado permite ao profissional entender a sua importância no processo de produção de saúde e ser reconhecido e considerado como sujeito. Já para o usuário, um espaço humanizado proporciona o diálogo e a

expressão dos seus sentimentos. Isso caracteriza a humanização das relações interpessoais, pois envolve profissionais, usuários, família e instituição.

Humanizar significa reconhecer o usuário como sujeito de direito, ofertando um atendimento de qualidade articulando avanços tecnológicos com acolhimento e melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. Sendo assim, a humanização não é um ato isolado, mas uma construção coletiva caracterizada por princípios e diretrizes que se transformam em ações de saúde nas mais variadas esferas deste sistema, constituindo a humanização como uma vertente orgânica do SUS.

### ***Proposta de Instrução de Acolhimento Determinada aos Colaboradores***

Acolher com resolutividade as pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica.

É relevante estabelecer vínculo de confiança entre a equipe de saúde com paciente/família para oferecer um atendimento de qualidade ao paciente buscando assim uma melhor qualidade de vida ao mesmo.

No acolhimento, existem algumas etapas, conforme postula Schneider et al (2008) apud Vieira (2010, p. 517) que são importantes: acesso; escuta; diálogo; apoio que estão direcionados a equipe de saúde e quanto ao vínculo envolvendo enfermeiro da unidade junto da equipe de saúde. O profissional deve escutar a queixa, identificar riscos e vulnerabilidade (escuta qualificada) e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema.

#### **Profissionais da Recepção/Portaria/Segurança:**

- Acolher na porta a todas as usuárias que procuram a recepção, orientando-as e direcionando-as para o seu atendimento;
- Preencher corretamente e completamente a ficha de atendimento<sup>1</sup> com agilidade e clareza nos dados;
- Registrar os atendimentos, altas e encaminhamentos realizados na unidade.
- Organizar e arquivar, conforme rotina do serviço, a ficha de atendimento;

- Zelar pela reposição de impressos nos diversos setores do acolhimento;
- Realizar passagem de plantão regularmente; não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional da unidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas do usuário.

#### **Técnico de Enfermagem do A&CR**

- Acolher o paciente e acompanhante de forma cordial e responsável;
- Acomodar e/ou posicionar o usuário adequadamente para que possa ser chamado;
- Aferir sinais vitais do paciente;
- Encaminhar a usuária para atendimento;
- Encaminhar/orientar usuária quanto ao local de realização de exames;
- Estar alerta se houver algum imprevisto
- Encaminhar usuário para Serviço Social e Psicologia quando for o caso;
- Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.

#### **Enfermeiro do A&CR:**

- Receber as fichas de atendimento, avaliando de forma ágil e responsável;
- Chamar o paciente pelo nome;
- Acolher o paciente e acompanhante de forma cordial e responsável;
- Registrar dados da classificação na ficha de atendimento;
- Registrar classificação no mapa do A&CR;
- Orientar o paciente de forma clara quanto à sua situação e quanto ao tempo de espera do atendimento;
- Entregar a ficha de atendimento ao técnico para que seja colocada nos consultórios;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas do usuário;
- Supervisionar o trabalho do técnico de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário;
- Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma;



- Registrar em livro próprio as ocorrências do setor.

**Serviço Social:**

- Prestará apoio matricial a todos os casos solicitados pela equipe multiprofissional;
- Atualizar informação sobre a rede SUS loco regional, bem como a rede de proteção social existente para efetivação de encaminhamentos necessários.

**Apoio Psicossocial:**

- A atuação dos profissionais será desde o atendimento aos usuários bem como aos familiares e ou acompanhantes. A proposta de serviço é que o acolhimento na urgência e emergência seja integralizado a equipe o profissional Psicólogo, cabendo a este profissional a inserção rápida e adequada de intervenções psicológicas emergenciais neste cenário reconhecendo o impacto psíquico na tríade paciente, equipe e familiar na Urgência e Emergência.
- No ambiente da urgência e emergência, a relação do psicólogo com os demais profissionais da equipe de saúde deve abranger a totalidade das possibilidades dessa interação, e sempre atento para as outras intervenções que possam ocorrer durante o desenvolvimento de suas atividades, sem esquecer que é um catalisador dos processos emocionais surgidos dentro da realidade institucional.
- O psicólogo colabora com a equipe trabalhando na preparação do paciente ajudando-o a controlar a sua ansiedade, fornecendo informação adequada e suficiente; auxiliando na criação de um clima de confiança entre médico e paciente; permitindo ao paciente a verbalização dos medos suscitados pelas perspectivas de tratamento; pode-se falar sobre dores, incômodos, reabilitação e reestruturação de vida.
- Além do psicólogo a equipe será composta pelo profissional Assistente Social, que atuará junto ao setor de urgência e emergência, promovendo orientações e contato direto para acionamento e ou intervenção de outros serviços de saúde do município, sendo, como também encaminhamento para a continuidade dos tramites ao profissional do horário diurno, além do envolvimento e vínculo familiar/acompanhante seguido de orientações e encaminhamentos direcionados.

**Serviço de Vigilância:**

- Zelar pela segurança dos profissionais que trabalham no acolhimento;



- Zelar pela segurança do patrimônio;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional da unidade.

**Coordenação Médica e de Enfermagem:**

- Organizar os processos de trabalho de sua unidade, objetivando a integração da equipe, a atuação multiprofissional e a gestão centrada nas necessidades da paciente e família;
- Apoiar a equipe sempre que necessário e quando for solicitado por ela;
- Administrar problemas e conflitos inerentes ao cotidiano do trabalho em equipe;
- Responsabilizar-se pelas ações de educação permanente e educação em serviço.

**Para toda a equipe:**

- Ter representantes nos colegiados das unidades de saúde, para as discussões dos processos de trabalho.

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

## **SALA DE ACOLHIMENTO / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

### **Acolhimento**

As unidades devem receber e ouvir todas as pessoas que a procuram, de modo universal e sem exclusões. Deve organizar-se para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta adequada, sendo capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, minorar danos e sofrimentos e responsabilizar-se pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. Portanto, o acolhimento não deve ser apenas um lugar de escuta, triagem de risco e encaminhamento, mas um espaço onde usuário e trabalhador estabelecem vínculos de seguimento e referência

Condições importantes para um bom acolhimento:

- Adequada estrutura física para o atendimento;
- Equipamentos;



- Equipe de profissionais capacitada e que compreenda a necessidade de reestruturar o processo de trabalho no serviço;
- Sistematização das ações, de modo a reduzir ao mínimo as etapas burocráticas e necessidades de deslocamentos para o consumo de serviços;
- Redução das dificuldades e obstáculos para o atendimento do cidadão no próprio serviço;
- Presença de elementos necessários ao diagnóstico e tratamento no local.

O acolhimento demanda uma mudança do modo de realizar o atendimento individual para além da inclusão do “atendimento de casos agudos do dia”. Nesse sentido, a agenda dos profissionais se torna um recurso-chave tanto para garantir a retaguarda para o acolhimento, quanto para a continuidade do cuidado (programático ou não). Por isso, é fundamental uma metodologia consistente de planejamento e gestão das agendas que contemple essas diferentes situações. Apresentamos, abaixo, algumas possibilidades:

Agenda programada para grupos específicos: abrange o atendimento de pessoas previsto nas ações programáticas, cuja periodicidade de acompanhamento também deve se pautar pela avaliação de risco e vulnerabilidade. Essas pessoas não devem “disputar” as vagas de seu acompanhamento no acolhimento, sendo necessário que já saiam de uma consulta com a marcação de seu retorno, com hora e data definidas, inclusive intercalando, por exemplo, as consultas médicas com as de enfermagem (sai do consultório do médico já com a marcação do retorno para a enfermeira garantido, e vice-versa);

Agenda de atendimentos agudos: identificados a partir do acolhimento da demanda espontânea, estejam ou não já inseridos em acompanhamento programado, os usuários deveriam ser atendidos, de preferência, de acordo com a estratificação de risco;

Agenda de retorno/reavaliação e de usuários que não fazem parte de ações programáticas: reserva de consultas para pessoas identificadas a partir do acolhimento



e que não se incluem nas categorias anteriores, mas que demandam atenção, como o adulto que utiliza benzodiazepínico sem avaliação médica há sete meses. Reserva de parte dos atendimentos de cada profissional para ele marcar os retornos de pessoas que precisam vir, por exemplo, para avaliar a eficácia de um tratamento prescrito e reavaliar quanto à evolução do quadro clínico, como no caso de uma criança em tratamento ambulatorial de pneumonia, que é preciso reavaliar em até 48 horas.

Mais uma vez, trata-se de uma oferta, e não de um formato de agenda que certamente dá certo em qualquer contexto. Além disso, é importante que esse tipo de agenda seja construído com base em critérios (por exemplo, é possível estimar o número de consultas programadas para gestantes por semana, na agenda do médico e do enfermeiro). Da mesma forma, é possível, com o tempo, ir ajustando o número de consultas médicas que devem ser reservadas para a retaguarda do acolhimento. Não é aconselhável manter uma programação estanque de consultas segundo categorias ou grupos, pois estas podem variar a depender das outras ofertas de cuidado e de mudanças na situação epidemiológica. Reservar consultas para gestantes não necessariamente significa que, em determinado dia ou turno, apenas elas serão atendidas, independentemente da possibilidade de ida das gestantes no horário e da existência de vagas não preenchidas (isso pode burocratizar o serviço, além de diminuir o acesso).

O planejamento e organização da agenda são importantes, assim como também é necessário o esforço para diminuir o tempo de espera para atendimento individual, sendo necessário, para isso, avaliar constantemente a agenda. Quanto maior o tempo de espera, maior a chance de os usuários buscarem outros meios de resolver os seus problemas, e maiores costumam ser as taxas de absenteísmo dos pacientes agendados (agravando o acesso).

Sempre que possível, realizar o agendamento por hora marcada, nos diferentes formatos possíveis, é uma estratégia que possibilita, por um lado, a atenção em tempo oportuno à maior parte dos “casos agudos” que apresentam maior risco ou sofrimento

e, por outro lado, auxilia na melhor distribuição do número de usuários na unidade ao longo do dia, evitando superlotação, desconforto e tensões.

Por fim, é importante considerar a necessidade de as equipes definirem indicadores que serão utilizados nos processos de autoavaliação e de educação permanente, a fim de redefinir o modo como as agendas estão organizadas. Outras questões serão encontradas para ajudar a realizar esses momentos. Mais diretamente relacionadas à gestão das agendas das equipes, seguem algumas sugestões de indicadores:

Tempo médio de espera para agendamento/realização de consulta;

Proporção entre as diferentes ofertas da agenda (% de pessoas de ações programáticas ou de agudos atendidos);

Proporção de dias/turnos em que a quantidade de vagas para agudos é insuficiente e em que “estoura” a agenda da equipe;

Proporção de faltosos às consultas agendadas não programáticas;

Proporção de faltosos às consultas programáticas;

Proporção de usuários que chegam atrasados às consultas com hora marcada.

Além dos indicadores, é também importante estar atento ao que chamamos de “analisadores”, definidos como situações ou acontecimentos que revelam coisas, e que podem aparecer espontaneamente ou ser produzidos ativamente. Seja como for, o que importa é que os analisadores indicam tensões e possibilidades de análise e intervenção, altamente necessárias a quem coloca para si o desafio da mudança do que está instituído.

O acolhimento em diferentes realidades e modalidades de atenção básica

É importante reforçar que a maneira como se organizará a agenda e a modalidade adequada para se desenvolver o acolhimento em uma unidade precisa variar, de acordo com determinadas características locais, e sim como ofertas para reflexão e experimentação.

Entre os aspectos mais fortemente relacionados com a capacidade de uma equipe decidir sobre o modo de estruturar o acolhimento, encontra-se a quantidade de pessoas e a situação social da população subordinada à sua equipe. Isso se dá porque áreas que têm uma população que vive em situações de piores condições econômicas, com pouca oferta de serviços públicos e de restritas áreas sociais de convivência, tendem a apresentar maior quantidade de doentes. Soma-se a isso os efeitos da intensa medicalização que tem levado a perdas de capacidade de autocuidado que as pessoas foram, durante gerações, desenvolvendo. Essas características levam a que a demanda espontânea nessas áreas seja, proporcionalmente, muito maior do que naquelas de melhores condições sociais e econômicas, onde, mesmo submetidas aos mesmos processos de medicalização da vida, as pessoas têm menos exposição a fatores agressores (alimentação inadequada, falta de saneamento básico, excesso de umidade nas residências etc.) e parte delas recorre a serviços e planos privados de saúde.

Sendo assim, boa alternativa é que os municípios desenvolvam estudos sobre o perfil de sua população, considerando dados de mortalidade, morbidade, condições sociais, violência, saneamento, redes de serviços públicos e privados, entre outros, para determinar estratificações entre as diferentes regiões. Esse estudo orientaria processos de cadastramento de população ou de remapeamento das unidades, a fim de que as equipes que estão acompanhando populações mais vulneráveis fiquem responsáveis por uma quantidade menor de pessoas do que equipes que atuam em situações mais bem avaliadas. Também, como a fixação de profissionais em áreas de maior risco tende a ser mais difícil, uma estratégia que pode ter bons resultados é ofertar benefícios para os profissionais que atuem nessas áreas, tais como gratificação financeira diferenciada, entre outros.

Além da quantidade e perfil da população, um elemento fundamental para se definir o modo como deve funcionar o acolhimento é a quantidade de equipes que atuam numa mesma unidade.

Entre as modelagens propostas para reflexão em seção anterior, há algumas delas que somente são possíveis em unidades em que há mais de uma equipe atuando, de

preferência número entre três e quatro. Já outras modalidades são possíveis e permitem maior qualificação quando utilizadas em unidades de apenas uma equipe.

Além desses aspectos, devemos considerar, entretanto, que o debate sobre o acolhimento deve abranger todo o universo de serviços que constituem a atenção básica, e não apenas os que se estruturaram de acordo com a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Há anos, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo a ESF como modalidade prioritária para a reorganização dos serviços de atenção básica em todo o Brasil. Entretanto, não obstante a necessidade de continuarmos a investir nessa proposta organizacional, não podemos desconsiderar que ainda há um grande contingente de serviços, distribuídos diferentemente em todo o território nacional, que não aderiu, ou que o fez parcialmente, ao desenho de equipe e de modo de funcionamento proposto pela Estratégia Saúde da Família.

Essas unidades, muitas vezes, permaneceram como unidades tradicionais, por já apresentarem profissionais concursados para atuar em jornadas de trabalho incompatíveis com o mínimo exigido nas equipes de Saúde da Família (eSF). Ou, mesmo, porque o município e sua população avaliaram que a maneira como os serviços tradicionalmente se organizou é adequada para a sua realidade local. Em certas ocasiões, mesmo o município querendo implementar uma ESF, não foi possível em determinadas localidades por problemas relacionados à falta de recursos ou de trabalhadores interessados.

O fato é que, mesmo nessas unidades que não integram as milhares de equipes de Saúde da Família existentes, é fundamental que se reflita sobre a maneira como se dá o acolhimento e como se organiza a atenção à demanda espontânea.

Mesmo antes do desenvolvimento da ESF, há registros de que já existiam unidades básicas tradicionais que trabalhavam na lógica do vínculo, da adscrição de clientela, da responsabilização e, também, do acolhimento. Sendo assim, não ter se tornado unidade de Saúde da Família não implica, necessariamente, que a unidade deve realizar

atendimento de menor qualidade ou ser mero serviço com precárias condições de infraestrutura que opera na lógica de queixa-conduta.

Por exemplo, o registro dos atendimentos realizados em prontuário individual/familiar para permitir o melhor acompanhamento e a longitudinalidade do cuidado é não apenas factível, mas necessário, em qualquer Unidade Básica de Saúde, independentemente da modalidade de equipe que nela esteja implantada.

É preciso que os profissionais que atuam nesses serviços e seus gestores destinem a estes a mesma energia que direcionam para as unidades de Saúde da Família, no que se refere à promoção da reflexão sobre o seu processo de trabalho e à construção de estratégias coletivas de desenvolvimento da gestão do cuidado.

#### Ofertas de cuidado e desmedicalização

Com alguma frequência, vê-se o acolhimento da demanda espontânea na atenção básica se reduzir a uma triagem para o atendimento médico. E, quando a consulta médica é a principal (ou única) oferta de cuidado de uma unidade, esse risco transforma-se praticamente numa certeza. Sendo assim, se um dos efeitos e condições do acolhimento da demanda espontânea é a ampliação da capacidade clínica e de cuidado da equipe, isso tem que ser objeto de traduções concretas no cotidiano da unidade de saúde. A ampliação da capacidade clínica da equipe deve ser perseguida não apenas para estratificar os riscos (o que é fundamental) ou para realizar intervenções imediatas, ou seja, não deve se limitar ao momento do acolhimento inicial nem a respostas do tipo queixa-conduta. É crucial passar da lógica procedimento-centrada à lógica usuário-centrada.

Por quê? Todos sabemos que, nos dias de hoje, o fenômeno da medicalização da vida aumenta.

Medicalização que se caracteriza pela transformação reducionista e interessada de problemas da vida social em problemas tipicamente médicos, muitas vezes com intervenções que se antecipam aos problemas – intervenções que inventam problemas para si (CAMARGO JR., 2005). Uso exagerado de medicamentos, hiper diagnósticos,

utilização maciça de exames e procedimentos, cirurgias de efetividade duvidosa, obsessão pelo controle de riscos e pela definição de estilos de vida saudáveis.

A medicalização é fortemente influenciada por interesses da indústria de medicamentos, de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, de alimentos, pelas instituições formadoras e pelas corporações profissionais. E, embora o médico possa ser um importante agente de medicalização, os outros profissionais de saúde também podem atuar, em algum grau, nesse processo, ampliando o exercício profissional para dimensões da vida até então relativamente livres desse tipo de intervenção. Como imaginar um grupo de caminhada depender da presença incondicional de um educador físico para acontecer, por exemplo?

E o que tem a ver acolhimento com medicalização? Ele pode ser uma forma de ampliação da medicalização via ampliação do acesso (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

Mas esse risco pode ser diminuído se o conjunto das práticas da unidade (mesmo as tipicamente curativas) estiver articulado e comprometido com a construção de maiores graus de autonomia dos usuários. Por isso é importante que a unidade tenha um “cardápio” diversificado de ofertas de cuidado, e que seja capaz de apoiar e acionar redes sociais significativas e redes de cuidado comunitárias.

Grupos variados, oficinas, práticas corporais e de autocuidado, atividades lúdicas e laborais etc. Não para ignorar a necessidade de conhecimentos científicos, medicações, exames, dieta, atividade física (isso seria ingênuo e até irresponsável). Esses recursos são fundamentais, porém insuficientes. Em suma, é preciso aumentar a resolutividade clínica e a capacidade de cuidado da atenção básica, tendo como norte a diminuição do sofrimento e da dependência dos usuários, a (re) construção de graus progressivos de autonomia, a capacidade dos usuários de gerir a própria vida (com apoio e suporte dos profissionais de saúde e das redes sociais). Não de forma abrupta e indiscriminada, mas considerando as singularidades dos sujeitos e coletivos. As ofertas de cuidado de uma unidade influenciam a demanda (FRANCO; BUENO; MERHY, 2004), “para o bem e para o mal”.

E o perfil da demanda também pode indicar, com o tempo e até certo ponto, as limitações e potencialidades dos modos por meio dos quais as equipes produzem cuidado.

Conforme vimos no capítulo anterior, para se realizar o acolhimento, é fundamental que as equipes de saúde reflitam sobre um conjunto de elementos que vão desde os saberes que subsidiam o atendimento individual em saúde até a maneira como interagem na organização do processo de trabalho em equipe.

Entretanto, o desafio de organizar adequadamente o acolhimento em uma unidade de saúde exige a agregação de novos sujeitos capazes de se envolver com a gestão do cuidado. No trabalho em saúde, a produção e o desenvolvimento da gestão do cuidado são aspectos indissociáveis e que demandam a integração de mais atores do que apenas os membros das equipes mínimas da Estratégia Saúde da Família.

Por exemplo, é dado que os profissionais de saúde bucal deverão ser envolvidos no acolhimento à demanda espontânea e às urgências odontológicas. Entretanto, para que o acolhimento às situações de saúde bucal possa ocorrer adequadamente, é fundamental que atuem, em conjunto, todos os profissionais da unidade, bem como os apoiadores e gestores, os trabalhadores que atuam na regulação e em outros serviços de saúde. Isso fica evidente quando, por exemplo, as necessidades que se apresentam na unidade de Saúde da Família demandam o encaminhamento a um serviço de referência odontológica (como Centros de Especialidades Odontológicas – CEO etc.).

Em outra perspectiva, não apenas trabalhadores de saúde, mas os próprios usuários precisam compreender o que significa o acolhimento e se envolver com ele, seja para promover sua qualificação, ou mesmo para que se evitem eventuais desentendimentos no cotidiano do serviço.

Acolhimento:

Ao chegar à unidade, após a elaboração de Ficha de Atendimento Ambulatorial – FAA, o paciente é encaminhado ao acolhimento, onde um enfermeiro ou técnico de enfermagem após questionar a queixa do paciente classifica se tem risco e se tem



prioridade. Pacientes classificados como risco no acolhimento, trazidos por unidades móveis de remoção, vão imediatamente para o atendimento prioritário da sala vermelha, ficando um acompanhante responsável pelo cadastro na recepção.

#### Classificação de risco:

Na classificação de risco, o enfermeiro encarregado do plantão chama pela ordem o próximo paciente indicando para qual sala da classificação de risco ele deve seguir.

Proporcionar agilidade no atendimento e maior qualidade nos serviços prestados pela unidade é a finalidade classificação de risco. O objetivo desse procedimento é realizar uma anamnese, verificar os sinais vitais do paciente, medicamentos que estão sendo usados, seus sintomas atuais, suas alergias, bem como o histórico de sua saúde.

A pré-consulta de enfermagem prioriza o atendimento médico, respeitando-se a condição clínica do paciente embasada nas informações obtidas na história clínica e nos exames preliminares. A equipe de enfermagem, priorizando os casos mais graves, direciona o paciente para o atendimento pelo médico.

A Classificação de Risco se dará nos seguintes níveis:

**VERMELHO**: prioridade 0 – emergência. Necessitam de atendimento imediato. Não serão submetidos à Classificação de Risco. Deverão ser encaminhados diretamente para Sala Vermelha;

**AMARELO**: prioridade I – urgência. Sem risco imediato de morte, porém apresentam risco potencial de agravamento ou morte. Necessitam de atendimento médico prioritário. Deverão ser encaminhados diretamente a sala de consulta de enfermagem para Classificação de Risco e posteriormente aguardar atendimento médico em cadeira, em local pré-determinado. Devem ser reavaliados há cada 15 minutos.

**VERDE**: prioridade II – menor urgência. Não apresenta risco iminente ou risco potencial de morte. Também aguardarão atendimento em cadeira, mas serão informados que o tempo de espera será maior, e que pacientes mais graves serão atendidos antes.

Incluem-se aqui situações especiais (Idade superior a 60 anos, gestantes, pacientes escoltados, deficientes físicos e impossibilitados de andar, retorno com tempo inferior a 24 horas, paciente psiquiátricos). Devem ser reavaliados a cada 1 hora.

**AZUL:** prioridade III – Não urgente. Não apresentam agudização que justifique atendimento na unidade de urgência e emergência. Necessitam de redirecionamento para o atendimento ambulatorial, conforme pactuação prévia. São orientados que o tempo de espera pode exceder os 90 (noventa) minutos.

Vale esclarecer que as emergências são prioritárias devido ao risco eminente de vida, podendo ocasionar certo atraso nos demais atendimentos, devido à necessidade do empenho de todas as equipes do pronto atendimento.

Os pacientes classificados como VERDE e AZUL, voltam para a recepção e aguardam até serem chamados pelo sistema, que indicam para qual consultório devem seguir.

Após a dispensa, alta ou óbito do paciente, encaminhar o prontuário para a recepção para que sejam tomadas as devidas providências para arquivamento dele.

- É obrigatório fazer todos os registros solicitados no sistema.

#### FLUXOGRAMA DO ACOLHIMENTO



#### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



## COMPOSIÇÃO DA EQUIPE E HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

A equipe de acolhimento é formada por enfermeiro e técnico de enfermagem que realizam o acolhimento, bem como a classificação de risco, baseada em crivos técnicos capazes de mensurar a real necessidade, bem como o tempo de espera apropriado para cada cliente, porém seu maior benefício se encontra na escuta qualificada.

Funcionamento: funcionará durante 24 horas, todos os dias da semana.

### Justificativa:

Com a crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência observou-se um enorme fluxo de “circulação desordenada” dos usuários nas portas do Pronto Socorro tornando-se necessário a reorganização do processo de trabalho desta unidade de forma a atender os diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência

realizada aos agravos agudos de forma que, a assistência prestada fosse de acordo com diferentes graus de necessidades ou sofrimento e não mais impessoal e por ordem de chegada.

#### **Objetivos da Classificação de Risco:**

- Avaliar o paciente logo na sua chegada ao Pronto Socorro humanizando o atendimento
- Descongestionar o Pronto Socorro
- Reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade.
- Determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo. Ex Ortopedia, ambulatórios etc.
- Informar os tempos de espera
- Retornar informações a familiares

Pré-requisitos necessários à implantação da Central de Acolhimento e Classificação de Risco:

- Estabelecimento de fluxos, protocolos de atendimento, triagem administrativa e classificação de risco.
- Qualificação das Equipes de Acolhimento e Classificação de Risco (recepção, enfermagem, orientadores de fluxo, segurança).
- Sistema de informações para o agendamento de consultas ambulatoriais e encaminhamentos específicos
- Quantificação dos atendimentos diários e perfil da clientela e horários de pico

#### **SALA DE MEDICAÇÃO / INALAÇÃO**

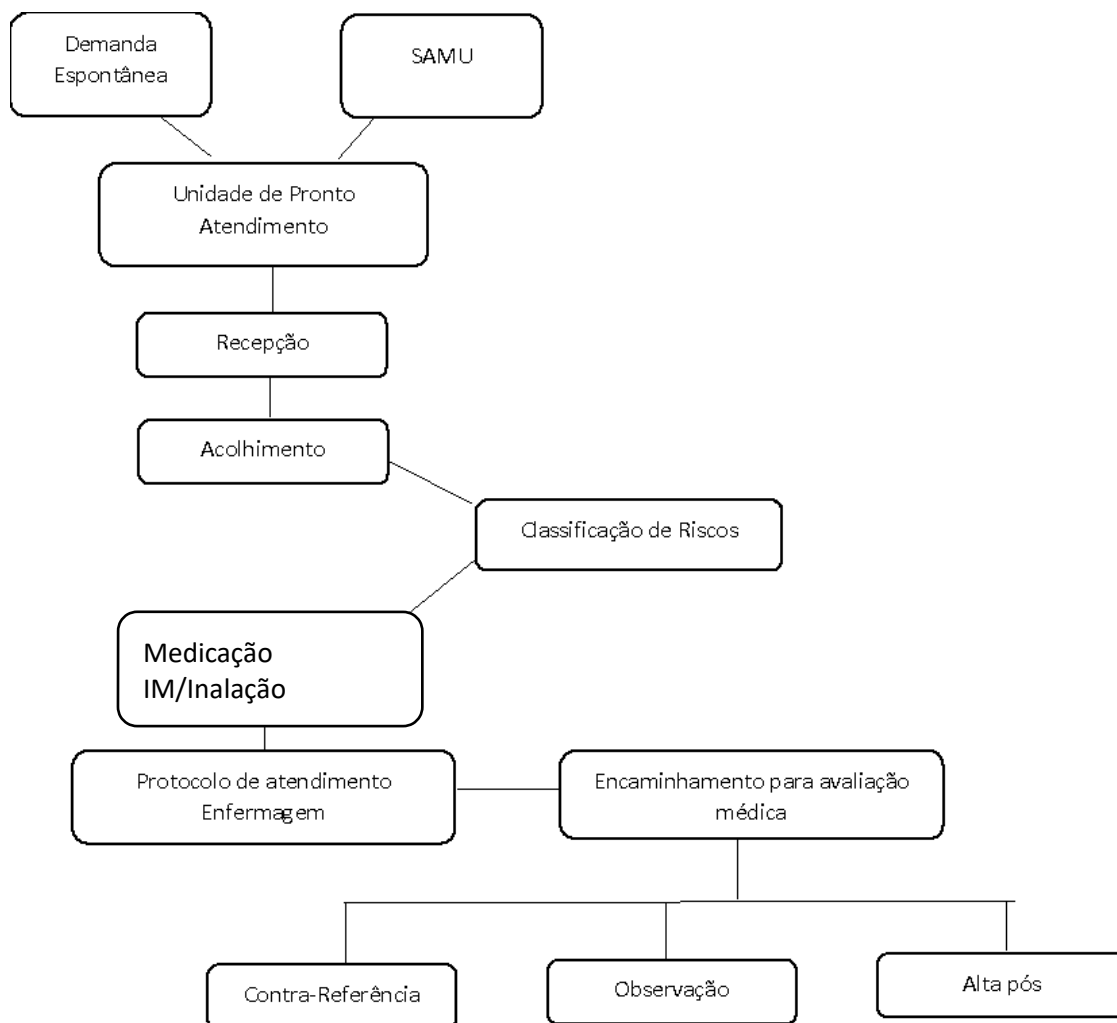
Descrição do Processo: É de responsabilidade do profissional da sala de inalação:

1. Organizar a sala;



2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início de cada plantão;
3. Solicitar ao zelador que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal;
4. Checar o funcionamento do compressor, chamando a manutenção se necessário e comunicando o enfermeiro; proceder a sangria do sistema ao final de cada dia;
5. Preparar material necessário para o plantão, trocar o soro fisiológico utilizado no procedimento a cada 24 horas;
6. Executar os procedimentos conforme prescrição médica e/ ou do enfermeiro, anotando no verso na própria receita com letra legível a data, horário, nome e COREN, preenchendo boletim de produção;
7. Lavar criteriosamente os inaladores logo após o uso com água e sabão os materiais, retirando os resíduos, em seguida enxaguá-los em água corrente e colocá-los sobre um campo limpo;
8. Secar o material com pano limpo;
9. Observar durante a lavagem e secagem as condições de uso dos materiais e comunicar ao enfermeiro necessidade de reposição;
10. Colocar o material seco em imersão no hipoclorito à 1% - em caixa fechada - por 30 minutos, registrando em formulário o horário de início do processo;
11. Enxaguar o material em água corrente, secar e armazenar em local fechado e limpo;
12. Manter a sala limpa, organizada e abastecida, verificando diariamente a validade dos medicamentos;
13. Ao final do expediente retirar os extensores e proceder a limpeza e desinfecção conforme rotina das máscaras de inalação, desprezar o hipoclorito de sódio e lavar a caixa;

14. Anotar a validade do hipoclorito.



## SALA DE CURATIVO

Descrição do Processo: É de responsabilidade do profissional de enfermagem:

1. Organizar a sala;
2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início de cada plantão;
3. Solicitar ao zelador que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal;

4. Trocar as almotolias semanalmente colocando novas soluções, previamente limpos identificados e datados. As almotolias devem ser preenchidas 50% do volume;
5. Verificar a data de validade de materiais esterilizados;
6. Repor materiais necessários, conforme a rotina da unidade;
7. Realizar os curativos conforme prescrição médica e/ ou do enfermeiro;
8. Executar rotina de troca de curativo (conforme orientação do manual de normas técnicas);
9. Colocar o material utilizado em solução com água e sabão, encaminhando-o ao expurgo ao término do plantão;
10. Após a realização de curativos contaminados solicitar ao zelador limpeza concorrente e descontaminação se necessário;
11. Desprezar o resíduo em recipiente adequado.

## ORGANIZAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pela Unidade De Pronto Atendimento, a pessoas que procurem tal atendimento, seja de forma espontânea ou através do SAU.

A unidade de Urgência / Emergência estará apta a prestar o serviço de atendimento resolutivo aos pacientes que buscarem a unidade apresentando quadros agudos ou crônicos quando de sua agudização, e ainda, pacientes encaminhados pela rede básica municipal de maneira referenciada e ou trazido por serviço de remoção e atendimento pré-hospitalar, de acordo com a capacidade das referidas unidades;

O atendimento ao paciente deve ser realizado com rapidez e qualidade. A agilidade e a qualidade dos procedimentos realizados pela equipe multiprofissional podem significar



a vida do paciente. Por isso é importante que a equipe de trabalho envolvida tenha boa sincronia no atendimento ao paciente.

Como cada um dos profissionais vai identificar a necessidade de atendimento rápido devido às condições físicas do paciente, informará o colega que fará o próximo atendimento e dará a continuidade necessária.

O ambiente da unidade será planejado de modo a atender as demandas de segurança, bem-estar e qualidade do ser viço prestado, proporcionando instalações físicas adequadas à divisão técnica do trabalho e aos trabalhadores que atuarão naquele espaço.

Outros elementos essenciais para o bom funcionamento das unidades são o fluxo do atendimento, os equipamentos, a comunicação, o abastecimento de medicamentos e materiais, e o treinamento do pessoal.

Portanto a área física será organizada de tal forma que propicie o fluxo contínuo do paciente através das unidades e facilite a comunicação visual e sonora entre os setores permitindo o rápido atendimento ao paciente.

Equipamentos, como desfibrilador, respirador artificial, carrinho de emergência entre outros, são fundamentais para o atendimento de urgência e emergência ao paciente nas unidades e devem estar disponibilizados para uso em perfeitas condições de manutenção.

Entre os itens que podem ser citados para a correta operacionalização das unidades está o abastecimento de materiais e medicamentos. Este deve ser contínuo, ou seja, não podem faltar de forma alguma os medicamentos e materiais anteriormente padronizados para uso no local e não deve sobrar para evitar o desperdício dos itens. A reposição deve ser feita em tempo hábil e horário previamente definido para que não falte no atendimento.

O ambiente da unidade será planejado de modo a atender as demandas de segurança, bem-estar e qualidade do serviço prestado, proporcionando instalações físicas

adequadas à divisão técnica do trabalho e aos trabalhadores que atuarão naquele espaço.

A comunicação visual e sonora entre os setores estará em perfeito entrosamento. Portanto a área física será organizada de tal forma que propicie o fluxo contínuo do paciente através do Pronto Socorro e facilite a comunicação visual e sonora entre os setores permitindo o rápido atendimento ao paciente.

Equipamentos, como desfibrilador, respirador artificial, entre outros, são fundamentais para o atendimento de urgência e emergência ao paciente e deverão estar disponibilizados para uso em perfeitas condições de manutenção.

Entre os itens que podem ser citados para a correta operacionalização da unidade está o abastecimento de materiais e medicamentos. Este será contínuo, ou seja, não poderão faltar de forma alguma, serão padronizados para uso no local visando evitar o desperdício dos itens.

- Sala de Emergência e Estabilização;

Locais apropriados para o atendimento de pacientes com afecções agudas específicas onde existe um trabalho de equipe especializado. Os casos de urgência se caracterizam pela necessidade de tratamento específico, o paciente será encaminhado para a especialidade necessária, ortopedia, cirurgia geral, neurologia e clínica médica. Os casos de emergência se caracterizam pela avaliação de todas as especialidades, pois o risco de vida é eminente e o início do tratamento terá que ser imediato.

Rotina da sala de emergência (vermelha)

- Organizar a sala e repor os materiais diariamente;
- Verificar lote e prazo de validade dos materiais e dos medicamentos;
- Solicitar a troca e reposição dos medicamentos, se necessário;



- Limpar com pano umedecido e detergente ou com álcool 70%, mesa, armário, balcão da pia;
- Checar diariamente o funcionamento da rede elétrica (tomadas 110v e 220v, devidamente identificadas, lâmpadas, focos etc.).
- Conferir material da sala diariamente ou conforme a rotina da unidade e após o atendimento de urgência;
- Diariamente testar o funcionamento do aspirador de parede e manual, do laringoscópio, checar as pilhas, verificar a luminosidade das lâmpadas das lâminas;
- Manter os frascos coletores do aspirador limpos e secos;
- Trocar as extensões de borracha e encaminhar para lavagem
- Deixar a ponta da extensão do aspirador protegido com saquinho de plástico;
- Deixar o frasco umidificador de oxigênio seco, colocar água somente no momento do uso, após o uso proceder com a lavagem.
- Anotar todos os procedimentos realizados em impresso apropriado, preenchendo todos os dados, com letra legível e a assinatura e número do corem.

#### Atendimento da sala de emergência

- Afastar outros pacientes curiosos e deixar acesso livre para passagem de maca e ambulância.
- A sala vermelha é o local destinado ao atendimento a pacientes com agravos à saúde, independente da sua etiologia, portanto, com agravos clínicos, traumáticos e psiquiátricos, sejam eles adulto, criança, gestante ou idoso. Desta forma o atendimento ao paciente grave, na sala de urgência, exige requisitos, que estão diretamente relacionados ao sucesso da assistência, cabendo à equipe atitudes decisivas, rápidas e com grande capacidade de julgamento.

- Para o desenvolvimento das atividades, caberá ao enfermeiro a responsabilidade no planejamento, organização e manutenção da sala de emergência, coordenando a equipe de enfermagem, e zelando pelo bom atendimento juntamente com os demais profissionais. Para tanto alguns pontos básicos e essenciais, deverão ser cumpridos conforme rotina previamente estabelecida, que envolvem requisitos específicos e os referentes à equipe de enfermagem.

Requisitos específicos:

- A disposição dos materiais e equipamentos, na sala vermelha, deverá obedecer a critérios estabelecidos pela equipe (ordem alfabética, ordem numérica, padronização de cores por sistemas, sistematização dos a-b-cs etc.), disposto de forma organizada, devidamente identificado, com fácil acesso, que permita um atendimento adequado, sem atropelos de pessoal circulante, sem o armazenamento de materiais semelhantes em vários pontos, e não muito distante do paciente;
- A quantidade de materiais e medicamentos, a ser estipulada, deverá obedecer a casuística do serviço, obedecendo as peculiaridades de cada local, de forma a permitir um atendimento rápido e seguro, sem que a falta deles venha prejudicar o atendimento;
- Todo material e medicamento de consumo deverão ser discriminados e quantificados em uma relação (checklist), facilitando a conferência, que deverá ser realizada diariamente, a reposição deverá ser realizada após cada atendimento, ou no máximo, no final de cada plantão;
- Checar no início de cada plantão ou, se possível, após cada atendimento, o funcionamento da rede de gases, o aspirador com as extensões de borracha, o monitor/desfibrilador, eletrocardiograma, ressuscitador manual, laringoscópio, dentre outros equipamentos.

- Após o uso do aspirador, encaminhar ao expurgo para lavagem com água e sabão, mantendo-o sempre limpo e seco, protegendo a ponta da extensão do aspirador com um saquinho plástico, ou ainda, conectada a uma sonda própria para aspiração;
- Deixar o frasco do umidificador de oxigênio seco, colocando água somente no momento do uso, e após encaminhá-lo para lavagem e desinfecção;
- SALA DE OBSERVAÇÃO ADULTO E PEDIÁTRICO;
- Critérios de Admissão de pacientes na Observação.

O tempo máximo esperado para cada paciente ficar em observação é de 24 horas, não caracterizando internação.

Serão encaminhados à Observação do Pronto Atendimento todos os pacientes:

- Que apresentem instabilidade de sinais vitais: fora dos padrões de normalidade para a idade do paciente, sem antecedentes clínicos que justifiquem.
- Que necessitem de monitoração cardíaca: presença ou risco de apresentar arritmias cardíacas (devido a condições clínicas, tratamentos ou procedimentos), risco de PCR.
- Que necessitem de instalação de via endovenosa para hidratação e/ou medicação.
- Que necessitem de monitorização constante de glicemia.
- Que necessitem de observação do nível de consciência.
- Que necessitem de observação para monitorização dos níveis de oxigenação, bem como da utilização de equipamentos para suporte à ventilação.
- Que necessitem de observação para investigação diagnóstica.
- Que necessitem de observação pós-sedação.



- Que necessitem de observação para acompanhamento da dor.
- Que necessitem de observação por apresentarem agitação psicomotora.
- Que necessitem de observação devido à intoxicação exógena.
- Que necessitem de observação para monitorização de reações adversas.
- Que necessitem de observação para monitorização e acompanhamento da pressão arterial.
- Que apresentem impossibilidade de locomoção e necessitem aguardar a evolução do quadro, bem como resultado de exames.
- Que necessitem aguardar vaga para transferência.
- Que necessitem aguardar exames quando são originários de outra Unidade assistencial.

Atendimento nas Clínicas Médica e Pediátrica

Política da Clínica Médica e Pediátrica

Prestar assistência de excelência para os pacientes internados na Clínica Médica e Clínica Pediátrica, garantindo cuidados sistematizados e individualizados, em ambiente saudável, com programa de prevenção de Infecção, Acompanhamento de enfermeiros e médicos nas 24 horas.

Descrição do Fluxo

Após realização ficha de atendimento pela recepção da unidade, paciente passa pela classificação realizada pelo profissional enfermeiro, após esta classificação o paciente aguarda seu atendimento de acordo com sua classificação.

O médico realiza consulta, procedendo assim a prescrição e evolução médica e determina a internação do paciente, para clínica específica.



Enfermagem executa a prescrição médica, realiza exames laboratoriais e de imagem e solicita leito na clínica de destino.

Enfermagem encaminha paciente com documentação para unidade de destino.

O Setor de Enfermagem de destino disponibiliza o leito conforme a especialidade acomoda o paciente, lhe repassa as informações necessárias.

Enfermagem realiza protocolos assistenciais e registra no sistema e no prontuário.

Os critérios de Classificação de Pacientes para Enfermarias Clínicas

Alta Dependência

Leitos destinados a pacientes crônicos que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, que estejam estáveis sob ponto de vista clínico, porém com total dependência das ações de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas (FUGULIN entre 44 e 60 pontos).

Pacientes hipertensos; diabéticos em compensação

Confusos ou agitados com restrição

Renal fazendo uso de qualquer método dialítico interna ou externa

Pacientes com controle de diurese com ou sem uso de cateter

Pacientes em isolamento respiratório

Pacientes em uso de oxigenioterapia

Pacientes com medicação IV intermitente < ou = 12 vezes/dia

Pacientes com prognóstico reservado

Pacientes sequelados



### Cuidados Intermediários

Leitos destinados a pacientes estáveis do ponto de vista clínico e de enfermagem, com parcial dependência de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas (FUGULIN 26 a 43 pontos). Por exemplo:

Pacientes em antibioticoterapia

Pós-operatório tardio de cirurgia ou tratamento de IAM

Pacientes hipertensos, diabéticos compensados

### Cuidados Mínimos

Pacientes aguardando alta

Pacientes aguardando exames externos

### Rotinas e Regras - Atendimento na Clínica Médica e Pediátrica

- Assinatura e/ou confecção da prescrição médica no máximo até as 15h (prazo de validade de uma prescrição) porém preferencialmente no período da manhã.
- Fornece informações ao enfermeiro e demais componentes da equipe multiprofissional do andar sobre a situação clínica dos pacientes, programando em conjunto o plano terapêutico e os cuidados a serem seguidos.
- Assinatura e/ou confecção da prescrição médica no máximo até as 15h (prazo de validade de uma prescrição) porém preferencialmente no período da manhã.
- Fornece informações ao enfermeiro e demais componentes da equipe multiprofissional do andar sobre a situação clínica dos pacientes, programando em conjunto o plano terapêutico e os cuidados a serem seguidos.
- Para melhor adequação da relação interprofissional e por conseguinte mais eficiência do plano assistencial, portar-se de maneira respeitosa com todos os componentes da



equipe multiprofissional do andar, evitando atitudes que configurem autoritarismo e desrespeito pessoal.

- Obedecer à política que define os critérios de internação e transferência de pacientes da CM.
- Obedecer rigorosamente ao fluxo institucional de internação e alocação de pacientes em leitos, evitando reservar leitos diretamente no andar.
- Obedecer às normas de preenchimento de prontuários, com todas as anotações de internação, alta, prescrição, autenticação de ordens verbais, evolução médica com letra legível e com identificação adequada.
- Disponibilizar BIP ou telefones para contato, respondendo prontamente, quando acionados pela equipe multiprofissional, e atualizando regularmente seu cadastro junto à diretoria clínica.
- Atuar de acordo com normas Institucionais com relação à política antitabagismo, evitando autorizar o tabagismo nas dependências, em particular nos quartos.
- Atuar de acordo com normas Institucionais com relação à política para pacientes psiquiátricos, obedecendo aos critérios estritos para internação desses pacientes e colaborando com a adesão às recomendações de restrição de saídas do leito e obrigatoriedade de permanência de acompanhantes.
- Atuar de acordo com normas Institucionais com relação à entrada de profissionais externos à Instituição, no cuidado ao paciente (enfermeiros, cuidadores etc.).
- Adesão a protocolos institucionais para atendimento de urgência/emergência.
- Atuar de acordo com normas Institucionais com relação à política para prevenção de infecções, incluindo uso racional de antibioticoterapia profilática em procedimentos cirúrgicos.
- Adesão a protocolos médicos institucionais, respeitando sua avaliação clínica do caso (analgesia, Heparinização).



- Atuar de acordo com normas institucionais relacionadas à alta do paciente, assinando a alta em horário que viabilize a não-ocorrência de nova diária, preferencialmente até 8 horas da manhã.
- Atuar de acordo com normas Institucionais relacionadas à alta do paciente evitando dar licenças aos pacientes. Na eventual necessidade desta prática, seguir a norma de dar alta e reinternação posterior.
- No atendimento ao paciente não fazer distinção de origem, raça, sexo, religião, cor idade, diagnóstico ou qualquer forma de preconceito.
- Portar sempre crachá de identificação ao se deslocar dentro das instalações.
- Participar ativamente de fóruns de especialidades da Instituição.

#### Serviços de Raio X

##### - Raios-X Convencional

É normalmente utilizado para identificar patologias de partes moles e sólidas do corpo e deverá ser operado por um técnico em Radiologia com todo o conceito das aplicações técnicas radiológicas. As imagens geradas são impressas em filmes de diferentes tamanhos dependendo da área de interesse, o equipamento em questão tem como fonte de aquisição de imagem a radiação ionizante e permite ao Técnico de Radiologia produzir imagens compatíveis com a necessidade do médico Radiologista.

##### - Procedimentos Técnicos

Os procedimentos na área de Diagnóstico por Imagem na radiologia ficam também definidos por radiodiagnóstico.

Compete ao técnico e ao tecnólogo realizar procedimento para a realização de imagens, através da operação de equipamentos específicos nas subáreas definidas.

Todo exame que incluir procedimento médico, administração de contraste iodado ou produto farmacológico para sua realização, deverão ser executados em conjunto com o médico, observadas as atribuições profissionais de cada um.



Devem o Técnico e Tecnólogo em Radiologia pautar suas atividades profissionais observando rigorosa e permanentemente as normas legais de proteção radiológicas, bem como o Código de Ética Profissional.

- Rotina do Setor de Radiologia

Realizar o atendimento do paciente de acordo com o exame a ser realizado

Realizar a recepção do paciente, verificar e/ou atualizar o cadastro do paciente, os dados do exame, o médico. Em seguida solicita os exames anteriores para fins de comparação se possuir;

Garantir que a sala para realização do exame esteja preparada para atender o paciente. Certificar-se da limpeza e do funcionamento dos equipamentos.

Chamar o paciente pelo nome completo.

Fazer a análise crítica do pedido:

Confirmar a identificação do paciente (nome completo, data de nascimento, registro no sistema) através da dupla checagem, e se a unidade tem condições de realizar o exame solicitado.

Pacientes com divergências na identificação, dados incompletos ou sem carimbo do médico são encaminhados à Recepção para resolução do problema e em seguida retornam para a unidade para a realização do exame solicitado.

Pacientes com solicitação de exames que não são realizados na unidade são encaminhados para a Central de Regulação para dar continuidade ao atendimento através das unidades de referência.

Orientar o paciente sobre o procedimento a ser realizado, e no caso de necessidade de preparo anterior confirmar a realização dele.

Solicitar que retire todas as joias, bijuterias, relógio, cinto e outros materiais de metal, que possam interferir no resultado do exame.

Realizar o exame de forma eficaz e garantindo a qualidade dele.



Orientar o paciente, após realização do exame, a aguardar a confirmação do exame e preencher a Pesquisa de Satisfação.

Liberar o resultado para o paciente imediatamente após a realização do exame, quando sem necessidade de laudo, se com necessidade de laudo entregar protocolo para retirada de exames.

Orientar o paciente a se dirigir a recepção para esclarecimentos quanto ao retorno médico.

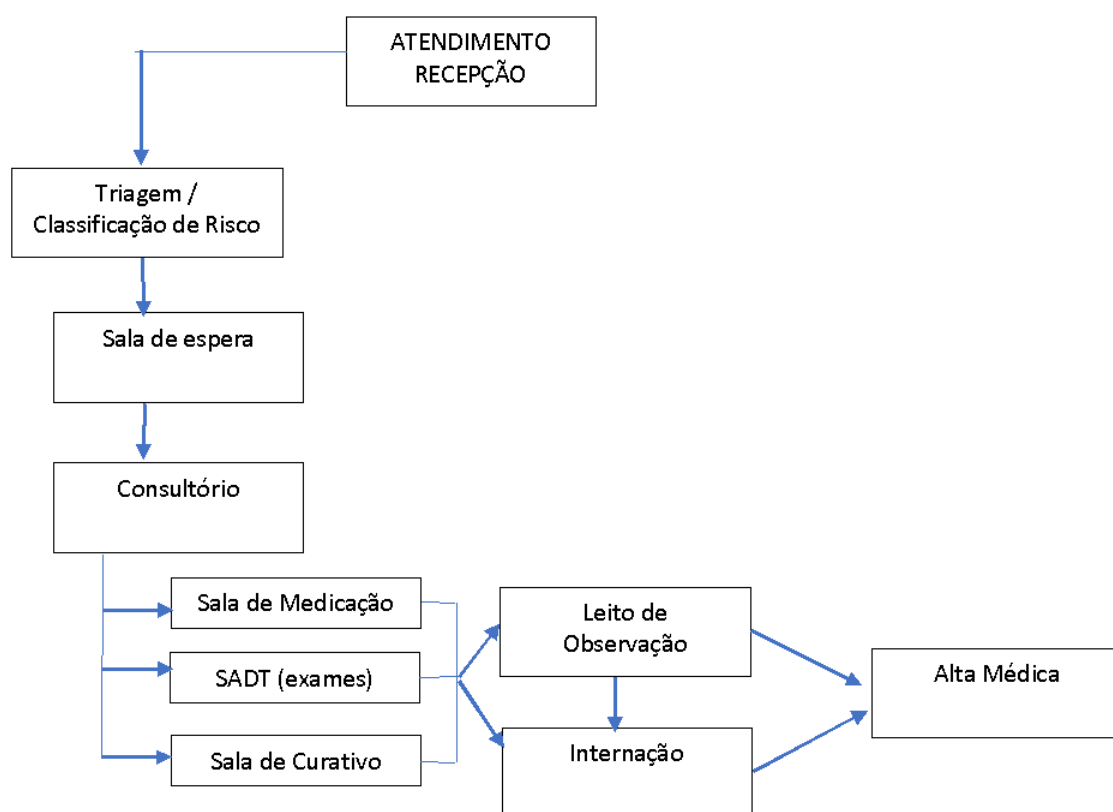
Exames com laudos são separados por especialidades para confecção do laudo.

Digitação dos laudos.

Laudar e assinar os exames.

Realizar a entrega do resultado, através da apresentação do protocolo de retirada do exame.

CONSULTÓRIO MÉDICO E MULTIPROFISSIONAL



O fluxo do atendimento será contínuo para facilitar e propiciar a rapidez no atendimento. Quando o paciente chega à unidade deverá passar pela portaria, ir para a recepção, em seguida para triagem / classificação de riscos, consulta médica, realiza exames, recebe medicação da enfermagem, retorna para reavaliação médica e recebe uma finalização, retorna para casa, ou fica em observação na unidade, caso haja a necessidade segue para internação ou é encaminhado para internação. Esse processo deve ocorrer o mais rápido possível.

#### Política da Clínica Médica e Pediátrica

Prestar assistência de excelência para os pacientes internados na Clínica Médica e Clínica Pediátrica, garantindo cuidados sistematizados e individualizados, em ambiente

saudável, com programa de prevenção de Infecção, acompanhamento de enfermeiros e médicos nas 24 horas.

#### Descrição do Fluxo

Após o atendimento pelo médico do Pronto Atendimento, caso necessário, o paciente é encaminhado para a observação, se no prazo de 24 horas o paciente ainda não estiver estabilizado, o médico realiza consulta, procedendo assim a prescrição e evolução médica e determina a internação do paciente, para clínica específica.

Enfermagem executa a prescrição médica, realiza exames laboratoriais e de imagem e solicita leito na clínica de destino.

Enfermagem encaminha paciente com documentação para unidade de destino.

O Setor de Enfermagem de destino disponibiliza o leito conforme a especialidade, acomoda o paciente, repassa as informações necessárias.

Enfermagem realiza protocolos assistenciais e registra no sistema e no prontuário.

#### Rotinas e Regras - Atendimento na Clínica Médica e Pediátrica

- Assinatura e/ou confecção da prescrição médica no máximo até as 15h (prazo de validade de uma prescrição) porém preferencialmente no período da manhã.
- Fornece informações ao enfermeiro e demais componentes da equipe multiprofissional do andar sobre a situação clínica dos pacientes, programando em conjunto o plano terapêutico e os cuidados a serem seguidos.
- Assinatura e/ou confecção da prescrição médica no máximo até as 15h (prazo de validade de uma prescrição) porém preferencialmente no período da manhã.
- Fornece informações ao enfermeiro e demais componentes da equipe multiprofissional do andar sobre a situação clínica dos pacientes, programando em conjunto o plano terapêutico e os cuidados a serem seguidos.





- Para melhor adequação da relação interprofissional e por conseguinte mais eficiência do plano assistencial, portar-se de maneira respeitosa com todos os componentes da equipe multiprofissional do andar, evitando atitudes que configurem autoritarismo e desrespeito pessoal.
- Obedecer à política que define os critérios de internação e transferência de pacientes da CM.
- Obedecer rigorosamente ao fluxo institucional de internação e alocação de pacientes em leitos, evitando reservar leitos diretamente no andar.
- Obedecer às normas de preenchimento de prontuários, com todas as anotações de internação, alta, prescrição, autenticação de ordens verbais, evolução médica com letra legível e com identificação adequada.
- Disponibilizar BIP ou telefones para contato, respondendo prontamente, quando acionados pela equipe multiprofissional, e atualizando regularmente seu cadastro junto à diretoria clínica.
- Atuar de acordo com normas Institucionais com relação à política antitabagismo, evitando autorizar o tabagismo nas dependências, em particular nos quartos.
- Atuar de acordo com normas Institucionais com relação à política para pacientes psiquiátricos, obedecendo aos critérios estritos para internação desses pacientes e colaborando com a adesão às recomendações de restrição de saídas do leito e obrigatoriedade de permanência de acompanhantes.
- Atuar de acordo com normas Institucionais com relação à entrada de profissionais externos à Instituição, no cuidado ao paciente (enfermeiros, cuidadores etc.).
- Adesão a protocolos institucionais para atendimento de urgência/emergência.
- Atuar de acordo com normas Institucionais com relação à política para prevenção de infecções, incluindo uso racional de antibioticoterapia profilática em procedimentos cirúrgicos.

- Adesão a protocolos médicos institucionais, respeitando sua avaliação clínica do caso (analgesia, Heparinização).
- Atuar de acordo com normas institucionais relacionadas à alta do paciente, assinando a alta em horário que viabilize a não-ocorrência de nova diária, preferencialmente até 8 horas da manhã.
- Atuar de acordo com normas Institucionais relacionadas à alta do paciente evitando dar licenças aos pacientes. Na eventual necessidade desta prática, seguir a norma de dar alta e reinternação posterior.
- No atendimento ao paciente não fazer distinção de origem, raça, sexo, religião, cor idade, diagnóstico ou qualquer forma de preconceito.
- Portar sempre crachá de identificação ao se deslocar dentro das instalações da unidade.
- Participar ativamente de fóruns de especialidades da Instituição.
- Referir-se à Enfermeira Coordenadora de cada andar para auxílio na resolução de problemas administrativos e assistenciais.

### Plano de Contingência para Ações Prospectivas

A Pandemia da COVID19 trouxe a necessidade da elaboração de Plano de contingência a partir das necessidades epidemiológicas e sanitárias de cada região. Assim, o IGPP como descrito no item C2 traz a proposta da implantação de ações de combate ao Coronavírus.

É fundamental a identificação precoce de morbidade e mortalidade no município de SÃO JOÃO DA BOA VISTA, a fim de resolução imediata e assertiva.

Monitoramento da implantação de diretrizes e protocolos clínicos;



Um dos desafios dos Sistemas de Saúde universais é qualificar a conduta dos profissionais a partir de evidências científicas que contribuam para melhorar a assistência ao paciente

O IGPP concorda com o Ministério da Saúde (2014) que a elaboração e divulgação dos Protocolos Clínicos e das Diretrizes Terapêuticas (PCDT) cumpre importante papel no apoio às equipes que atuam nos diferentes pontos das Redes de Atenção à Saúde.

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas são documentos que têm como objetivo garantir o melhor cuidado de saúde no Sistema único de Saúde (SUS), incluindo recomendações de condutas, medicamentos ou produtos para as diferentes fases evolutivas de um agravo à saúde ou de uma determinada condição. Segundo a Portaria SCTIE/MS nº 27, de 12 de junho de 2015 foi reforçado a utilização da análise baseada em evidências científicas para a elaboração dos documentos, explicitando os critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para a formulação das recomendações sobre intervenções em saúde (BRASIL, 2015).

Um dos desafios dos serviços de saúde, está na elaboração a partir de um processo dinâmico de complementação e atualização contínua e posteriormente a utilização pelos colaboradores.

Os objetivos dos PCDT são:

- Estabelecer critérios de diagnóstico das doenças;
- Definir o algoritmo de tratamento com os medicamentos e suas respectivas doses adequadas;
- Indicar mecanismos para o monitoramento clínico em relação à efetividade do tratamento e possíveis eventos adversos, bem como criar mecanismos para uma prescrição segura e eficaz, em conformidade com os aspectos éticos e o uso racional de medicamentos.

Estratégias de implementação

Sabemos que é complexo o processo de incorporação na prática das recomendações de uma diretriz clínica ou protocolo, pois envolve a compreensão das diferentes



necessidades dos envolvidos (profissionais de saúde, pacientes, serviços de saúde etc.), recursos disponíveis, implicações em mudanças pessoais, organizacionais ou culturais. Habitualmente, quando se define o plano de implementação ou estratégias de implementação, estamos nos referindo a uma combinação de distintas estratégias de difusão, disseminação e implementação. Desta forma, o IGPP desenvolverá estratégias para que os profissionais de saúde e pacientes possam acessar facilmente o texto das diretrizes, compreendendo o que está dito e adotar suas recomendações.

#### Material educacional impresso

Refere-se a recomendações publicadas e impressas para auxiliar o atendimento clínico, como por exemplo, as próprias diretrizes clínicas, além de material audiovisual e publicação eletrônica. Esse instrumento também pode ser utilizado para motivação de uma prática preventiva. Os materiais educacionais impressos são muito usados, e são, geralmente, factíveis na maioria das circunstâncias (Farmer et al., 2011).

#### Encontros educacionais

A participação de um dos profissionais da UPA em conferências, aulas, oficinas ou sessões de treinamento. Essa proposta objetiva em introduzir conhecimentos específicos, enquanto, nas oficinas interativas ou sessões de treinamento a proposta é, também, abordar aspectos relacionados a atitudes e habilidades dos profissionais de saúde.

#### Consultor acadêmico

É definido como uma pessoa com treinamento que vai ao encontro do profissional de saúde, no seu local de atendimento, para fornecer informação com a intenção de modificar o comportamento desse profissional. A informação fornecida pode incluir um “feedback” sobre o desempenho do profissional de saúde, caso esse tenha sido monitorado de alguma forma. Essa estratégia caracteriza-se como “marketing” social, cujo foco é tanto o estímulo de um conhecimento baseado na melhor evidência, assim como na atitude.

#### Líder de opiniões local



O líder de opinião é definido como o profissional identificado pelos seus colegas como tendo um papel de “influência educacional”. A liderança de opinião é o nível de capacidade de um indivíduo em influenciar a atitude de outros profissionais.

#### Auditoria e feedback

A auditoria e feedback é a síntese do desempenho clínico da UPA, num período de 6 meses por exemplo, com a proposta de mudar o comportamento dos profissionais de saúde. Esses comportamentos devem ser mensurados, objetivamente, durante o atendimento e, também, identificados os desfechos do serviço de saúde. Essa síntese também deve incluir recomendações para ações clínicas. As informações são apresentadas a partir dos registros médicos, incluindo dados digitais e observações dos pacientes.

#### Alertas (Reminders)

É uma informação específica delineada para estimular um profissional de saúde a lembrar da informação, especialmente das orientações que visam o benefício do paciente, ou evitar a intervenção que possa causar dano. O sistema de apoio por meio da tecnologia de informação possibilita o auxílio na prescrição de medicamentos. O sistema de alerta estimula que os profissionais de saúde valorizem os itens importantes durante a interação com o paciente.

#### Intervenções customizadas (Tailored interventions)

Pode-se definir como estratégias para melhorar a prática profissional, planejadas para identificar as barreiras e implementar mudanças. As barreiras para as mudanças referem-se a fatores que têm o potencial de impedir a efetividade das intervenções delineadas para melhorar o comportamento e a prática profissional. Dentre as barreiras para modificações podem ser citadas: expectativa dos pacientes, desincentivos financeiros, incerteza clínica, entre outros.

Após a publicação e a utilização de estratégias de implementação para uma diretriz clínica, o IGPP irá monitorar a adesão às novas recomendações introduzidas na diretriz e avaliar os desfechos e resultados das mudanças na prática.

Este monitoramento permitirá possíveis adequações da diretriz e/ou protocolo, quando da sua atualização, caso algum de seus pontos sejam um entrave a sua efetiva implementação ou que seus resultados não tenham sido o esperado.

O monitoramento das mudanças de práticas após a implementação de uma diretriz irá ser realizado através de alguns instrumentos como questionários de conhecimento antes e depois de treinamentos sobre a diretriz, auditorias, questionários de avaliação para o paciente e levantamento de dados em prontuários ou sistemas eletrônicos.

#### Proposta para o Controle de Infecção

As infecções Relacionadas à assistência à saúde sempre existiram no setor de saúde e na prestação dos serviços em unidades de assistência à saúde e no final do século XIX e início do século XX começaram a ser estudadas com maiores detalhes, principalmente diante da constatação do aumento do número de pacientes que eram internados para tratar de doenças variadas e tinham uma piora no seu estado de saúde devido a presença de infecções (SILVA e LACERDA, 2011).

Diante dessa relevância a organização de saúde deve estabelecer uma política com diretrizes claras, para que, ações de controle dessas infecções sejam realizadas de forma padronizada.

Existe uma crescente demanda pela utilização de sistemas de avaliação da qualidade de serviços e práticas assistenciais na área de controle de infecção (SILVA e LACERDA, 2011)

Essa avaliação pode ser feita por meio de indicadores, definidos como medidas quantitativas de variáveis, características ou atributos de um dado processo ou sistema, que permitam reconhecer seus resultados, desejáveis ou indesejáveis (SÃO JOÃO DA BOA VISTA, ARAUJO e OLIVEIRA, 2009). Tais indicadores são razões/quocientes cujo numerador corresponde ao evento medido ou reconhecido, que deve apresentar

definição objetiva e clara, ser prontamente aplicável e rapidamente identificado. O denominador é a população sob risco para o evento definido no numerador.

Esses indicadores contemplam avaliações de estrutura, resultados e processo. Avaliação de estrutura reflete a capacidade do serviço de efetuar assistência de qualidade, pela existência de recursos humanos, sistemas de assistência, suporte financeiro, área física, equipamentos, acessibilidade, protocolos, planta física, equipamentos, entre outros. A segunda avaliação mede quão freqüentemente um evento acontece, permitindo estimar fatores de risco ao identificar efeitos do tratamento, relevância de sintomas e outros, além de estabelecer limites máximos e mínimos aceitáveis de tais eventos. A terceira avalia como são realizadas as atividades de um serviço ou uma dada assistência, permitindo analisar sua qualidade conforme padrões previamente definidos (Donaldson, 2009). Assim, a avaliação de uma dada prática requer um conjunto de indicadores.

Assim, o IGPP irá acompanhar o panorama das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) na Unidade de Pronto Atendimento de SÃO JOÃO DA BOA VISTA:

- Taxa de IRAS mensal e anual;
- Prevalência e a incidência de casos de IRAS;
- Classificação da IRAS segundo topografia, especialidade, local, gravidade e taxa de mortalidade atribuível;
- Estabelecer fatores de risco para os casos de IH.
- Identificação de procedimentos e exposições de alto risco;
- Existência de infraestrutura para higienização de mãos e para gestão dos resíduos do serviço de saúde;
- Detecção precoce de clusters (agrupamento de casos) e surtos;
- Avaliação do impacto das intervenções.

Os relatórios dessa vigilância devem ser divulgados oportunamente para aqueles que ocupam cargos gerenciais ou administrativos e para os profissionais da assistência à saúde da UPA, ressaltando-se que é de extrema importância ter um sistema de avaliação da qualidade dos dados de vigilância



Política de Sustentabilidade ambiental quanto ao descarte de resíduos;

De acordo com Portaria nº 1020/2009, que estabelece diretrizes para implantar o componente pré-hospitalar fixo da atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, é necessário que a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e as Sala de estabilização (SE) atendam a orientações gerais, diretrizes e parâmetros que são exigidos com o objetivo de dar funcionalidade à estrutura física. No anexo 1 desta portaria na área física da UPA é exigido que haja entre outros sala de armazenamento temporário de resíduos e abrigo externo de resíduos que dependerá do PGRSS (Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde) da própria unidade e das normas de coleta e transporte dos serviços locais de limpeza urbana (BRASIL, 2009).

A Portaria nº 2048/2002, estabelece que o serviço de Urgência e Emergência constitui um importante componente da assistência à saúde. Especifica-se que no Anexo, capítulo III a área física da Urgência e Emergência deve ser estruturada de acordo com o tamanho e complexidade da unidade sendo obrigatório um local específico de acondicionamento de lixo (BRASIL, 2002).

Os serviços de saúde necessitam de iniciativas que contribuam para uma nova realidade onde a preocupação com o meio ambiente seja um dos caminhos para manutenção e melhoria da qualidade de vida das pessoas. Para isso torna-se necessário a implantação de um adequado gerenciamento de Resíduos sólidos dos serviços de saúde, atendendo a legislação específica e satisfazendo as necessidades da organização (NAIME; RAMALHO; NAIME, 2006).

Segundo Gonçalves e outros (2011), Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) são produtos residuais, não utilizáveis, resultantes de atividades humanas exercidas por estabelecimento prestador de serviço de saúde.

O Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde (PGRSS) apresentado possui as diretrizes visando à gestão ambiental correta dos resíduos gerados nas referidas unidades.



O documento apresentado descreve o gerenciamento adequado dos resíduos sólidos, observadas suas características e riscos, no âmbito do serviço de saúde, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final, bem como as ações de proteção à saúde pública e ao meio ambiente.

A elaboração do presente PGRSS segue as disposições da RDC nº306/2004 e RDC 222/2018 da ANVISA, da Resolução CONAMA nº 358/2005, assim como está em conformidade com a Lei Estadual nº 13.103, de 24 de janeiro de 2000, com o Decreto nº 26.604, de 16 de maio de 2002 e com a Portaria Estadual nº 395/1994 – Norma Técnica que se refere aos estabelecimentos geradores de resíduos de serviços de saúde

#### Objetivos do Gerenciamento de resíduos

##### Objetivo Geral

O gerenciamento de resíduos de serviços de saúde tem o objetivo de definir medidas de segurança e saúde para o trabalhador; garantir a integridade física do pessoal direta e indiretamente envolvido e a preservação do meio ambiente.

##### Objetivos Específicos

- Minimizar os riscos qualitativa e quantitativamente, reduzindo os resíduos perigosos e cumprindo a legislação referente à saúde e ao meio ambiente;
- Despertar o interesse da comunidade em relação aos resíduos de serviço de saúde;
- Direcionar a coleta seletiva na fonte geradora e sua destinação final, permitindo a reutilização e/ou reciclagem;
- Reduzir os riscos ocupacionais.

#### CARACTERÍSTICAS DO PGRSS

As unidades de pronto atendimento, objetivando atender à Resolução RDC 306 de 07/12/04, à Resolução CONAMA nº 283 de 12 de julho de 2001 e à Resolução CONAMA



Nº 358, de 29/04/2005, constituem a Comissão de Gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde (CGRSS), com as atribuições de diagnosticar, propor medidas corretivas, orientar, supervisionar e controlar todas as ações relativas, direta ou indiretamente, ao processo de coleta, acondicionamento, transporte e destino final dos resíduos gerados pelas unidades assistenciais e de apoio, através da implementação do Projeto de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS).

De acordo com a legislação vigente, os resíduos de serviços de saúde (RSS) classificam-se em cinco grupos e seus respectivos subgrupos, a saber:

- A – POTENCIALMENTE INFECTANTES (A1 ATÉ A5);
- B – QUÍMICOS;
- C – REJEITOS RADIOATIVOS;
- D – RESÍDUOS COMUNS (RECICLÁVEIS E NÃO RECICLÁVEIS);
- E – PERFUROCORTANTES OU ESCARIFICANTES.

De acordo com a literatura, cada uma das categorias acima exige uma atenção específica, porém, apenas uma parcela desses resíduos exige cuidados especiais, sendo que uma adequada segregação diminui significativamente a quantidade de RSS contaminados, minimizando a contaminação do total dos resíduos gerados.

De acordo com a RDC 222/2018 da ANVISA, O gerenciamento deve abranger todas as etapas de planejamento dos recursos físicos, dos recursos materiais e da capacitação dos recursos humanos envolvidos no manejo dos RSS (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2018). As etapas são:

SEPARAÇÃO NA FONTE – Os RSS devem ser segregados no momento de sua geração, conforme classificação por Grupos, em função do risco presente conforme RDC nº 222 (Mar/18), CONAMA nº 358 (29/04/05) e Decreto Municipal 12.165 (15/09/05).

SEGREGAÇÃO- Consiste na separação do resíduo no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, a sua espécie, estado físico e classificação.

**ACONDICIONAMENTO** - Consiste no ato de embalar corretamente os resíduos segregados, de acordo com as suas características, em sacos e/ou recipientes impermeáveis, resistentes à punctura, ruptura e vazamentos.

**IDENTIFICAÇÃO** – conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS. A identificação deve estar aposta nos sacos de acondicionamento, nos recipientes de coleta interna e externa, nos recipientes de transporte interno e externo, e nos locais de armazenamento, em local de fácil visualização, de forma indelével, utilizando-se símbolos baseados na norma da ABNT, NBR 7.500 – Símbolos de Risco e Manuseio para o Transporte e Armazenamento de Materiais, além de outras exigências relacionadas à classificação e ao risco específico de cada grupo de resíduos.

**TRANSPORTE INTERNO**- consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até o local destinado ao armazenamento temporário ou à apresentação para a coleta externa. O transporte interno dos RSS deve ser realizado atendendo a rota e a horários previamente definidos, em coletor identificado, o coletor utilizado deve ser constituído de material liso, rígido, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, cantos e bordas arredondados.

**ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO**- consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento, e otimizar o traslado entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa. Não poderá ser feito armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso.

**TRATAMENTO**- consiste na aplicação de método, técnica ou processo que modifique as características biológicas ou a composição dos RSS, que leve à redução ou eliminação do risco de causar doença. O tratamento pode ser aplicado no próprio estabelecimento gerador ou em outro estabelecimento, observadas nestes casos, as condições de segurança para o transporte entre o estabelecimento gerador e o local do tratamento. Os sistemas para tratamento de resíduos de serviços de saúde devem ser objeto de

licenciamento ambiental, por órgão do meio ambiente e são passíveis de fiscalização e de controle pelos órgãos de vigilância sanitária e de meio ambiente.

ARMAZENAMENTO EXTERNO - consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores.

COLETA E TRANSPORTE EXTERNOS - a coleta e transporte externos consistem na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou destinação final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação da integridade física do pessoal, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.

DESTINAÇÃO FINAL- consiste na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para recebê-los, obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, e licenciamento em órgão ambiental competente (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2018).

As unidades das UPAs geram os resíduos abaixo descritos por classificação:

GRUPO A – POTENCIALMENTE INFECTANTES A1 – descarte de vacinas de micro-organismos vivos ou atenuados ou mistura de culturas; bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas ou vencidas; sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos; recipientes e materiais provenientes do processo de assistência à saúde que contenham sangue ou líquidos corpóreos na forma livre. A4 – kit de linhas arteriais endovenosas e dialisadores; sobras de amostras de laboratório contendo fezes, urinas e secreções; recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde que não contenham sangue ou líquidos corpóreos de forma livre, bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão.

GRUPO B – QUÍMICOS Resíduos dos medicamentos e dos insumos vencidos, contaminados, apreendidos para descarte, parcialmente utilizados, impróprios para consumo que oferecem risco (produtos hormonais de uso sistêmico); antibacterianos de uso tópico descartados por serviços de saúde, farmácias, drogarias e distribuidores de

medicamentos; medicamentos citostáticos, antineoplásicos, digitálicos, imunossuppressores, imunomoduladores, antirretrovirais; Resíduos dos medicamentos e dos insumos farmacêuticos vencidos, contaminados, apreendidos para descarte, parcialmente utilizados e demais medicamentos impróprios para consumo que, em função de seu princípio ativo e forma farmacêutica, não oferecem risco (medicamentos não incluídos no grupo B1, antibacterianos e hormônios para uso tópico, quando utilizados individualmente pelo usuário domiciliar). Saneantes e desinfetantes; Substâncias para revelação de filmes usados em Raios-X; resíduos contendo metais pesados; reagentes para laboratórios, isolados ou em conjunto.

**GRUPO D – RESÍDUOS COMUNS (REICLÁVEIS E NÃO REICLÁVEIS)** Resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares, devendo ser considerados Resíduos Sólidos Urbanos – RSU: Papel de uso sanitário e fralda; absorventes higiênicos; peças descartáveis de vestuário; restos alimentares de pacientes; material utilizado em antissepsia ou hemostasia de venóclises; equipo de soro e outros similares não classificados como A1; Sobras de alimentos e do preparo de alimentos; restos alimentares do refeitório; Resíduos provenientes das áreas administrativas; Resíduos de varrições, flores, podas e jardins; Resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde; Materiais passíveis de reciclagem.

**GRUPO E – PERFUROCORANTES** Objetos e instrumentos contendo cantos, bordas, pontas, protuberâncias rígidas e agudas capazes de cortar ou perfurar, tais como: lâminas de barbear, bisturis, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, lâminas e lamínulas, espátulas e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório e equipos de soro sem a ampola, outros similares

#### IDENTIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS UPA

A identificação dos resíduos visa a fornecer informações para o correto manejo dos RSS e deve estar aposta nos recipientes de acondicionamento; nos recipientes de coleta e transporte; e nos locais de armazenamento externo, de modo a permitir fácil visualização. A identificação dos grupos de resíduos por ambiente de geração é de fundamental importância para a alocação de lixeiras nas cores, tipos e capacidade

volumétrica apropriada. Os símbolos a serem utilizados neste processo de identificação estão definidos na NBR-7500 da ABNT e seguem os padrões a seguir apresentados:

Grupo A (potencialmente infectantes): O símbolo que representa este grupo é o de substância infectante, constante na NBR-7500 da ABNT de março de 2000, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos.



Grupo B (Químicos): Conforme NBR 7500, os ambientes ou recipientes onde contenham resíduos ou produtos com essa característica devem estar identificados com o símbolo de Risco Químico ou “Resíduo Químico”



Grupo D (comum): Estes resíduos são aqueles que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico e incluem os Não Recicláveis e Recicláveis. Não há simbologia específica para os resíduos do GRUPO D. Entretanto, a Resolução CONAMA nº 275/01, no seu Art.1º, estabelece código de cores para identificação de coletores e transportadores de resíduos e para campanhas de coleta seletiva. Para os resíduos do Grupo D as cores indicadas são as seguintes:





Grupo E (perfurocortantes): Materiais perfurantes ou escarificantes. O símbolo utilizado é o idêntico ao de substância infectante constante na NBR-7500 da ABNT de março de 2000, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos preto, acrescido da inscrição RESÍDUO PERFUROCORTANTE, indicando o risco que apresenta aquele resíduo



Proposta para o monitoramento do tempo de espera de atendimento;

A procura e superlotação em Unidades de pronto socorro são consideradas um problema de saúde pública. No entanto, é fundamental a identificação dos motivos da problemática, uma vez que podem interferir nas estratégias a serem implantadas, bem como, muitas vezes necessitar de soluções intersetoriais.

Consequentemente, quando para gerenciar o fluxo de pacientes e prevenir a superlotação, faz-se necessário olhar além da unidade, considerando toda a organização da assistência à saúde no município e região.

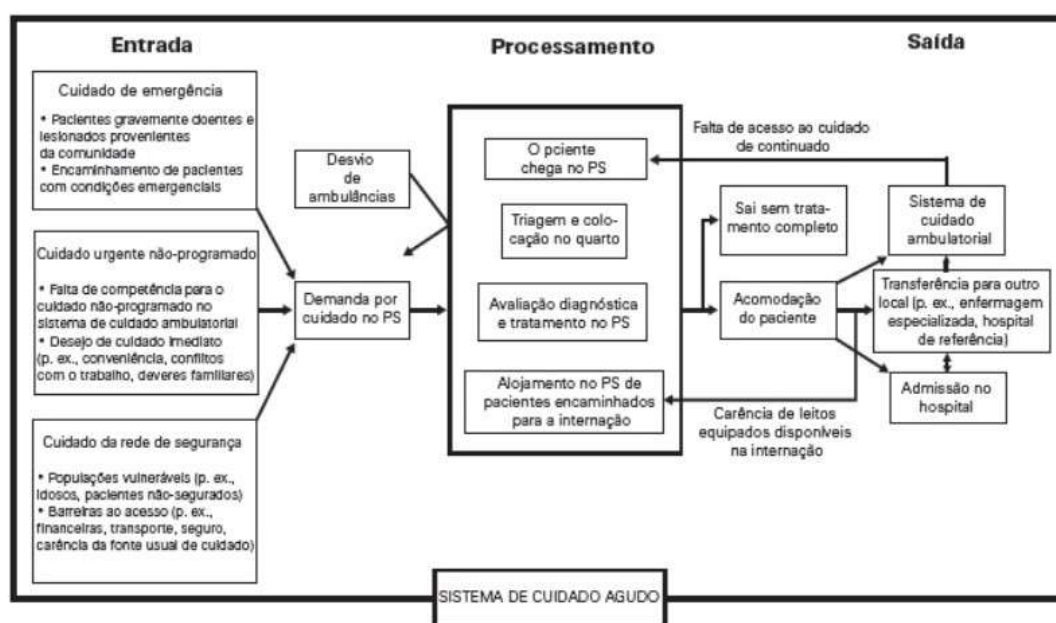
As estratégias de implementação requerem o entendimento de alguns conceitos básicos que ajudam a determinar as estratégias mais efetivas para circunstâncias particulares, como a liderança, as noções de entrada, processamento e saída, bem como o fluxo de pacientes.

As resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) n.2.077 e 2.079, publicadas no Diário Oficial da União, uma Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços de Urgência e Emergência e das Unidades de Pronto Atendimento (24h), bem

como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho, assim auxiliam na identificação de estratégias de planejamento quanto ao tempo de espera do usuário nas Unidades de Pronto atendimento.

Um modelo conceitual de superlotação pode proporcionar uma estrutura útil ao exame dos fatores que afetam o acesso, a qualidade e os resultados do Pronto socorro (OS). Esse modelo tem três componentes interdependentes: entrada, processamento e saída (Figura 1).

Figura 1 – Modelo conceitual de entrada- processamento-saída



Este modelo ajuda a destacar os fatores que afetam a superlotação do PS e pode ser usado para melhorar o fluxo de pacientes.

Fonte: Reproduzida de Asplin B.R., et al.: A conceptual model of emergency department crowding. *Ann Emerg Med* 42(2):173-180, 2003, com permissão do American College of Emergency Physicians.

A componente entrada abarca qualquer condição, evento ou sistema característico que contribua para a demanda dos serviços de PS. Os fatores incluem os motivos das visitas ao pronto-socorro e podem envolver envelhecimento e morbidade, disponibilidade de alternativas para o cuidado, condição do seguro e percepções da qualidade (Asplin, 2003). A entrada é constituída por, pelo menos, três categorias gerais de cuidado prestado no pronto-socorro: emergencial, urgente não-programado e relativo à rede de segurança.

O processamento identifica o tempo de permanência (TP) no pronto-socorro como um fator que pode contribuir para a superlotação. Seu modelo compreende duas fases. A primeira envolve a triagem, a colocação no quarto e a avaliação inicial do profissional. A segunda fase inclui os exames diagnósticos e o tratamento.

Os fatores de saída envolvem a capacidade de mover os pacientes do PS para sua próxima acomodação. Ocorre um contrafluxo de pacientes quando eles não podem ser retirados do pronto-socorro para uma unidade de internação devido à falta de leitos disponíveis. Essas restrições estendem-se aos locais de atenção à saúde aos quais os hospitais freqüentemente encaminham os pacientes, como agências de cuidado domiciliar e instituições de enfermagem capacitada. Uma acomodação ineficiente dos pacientes do PS contribui para a superlotação, afetando pacientes admitidos e com alta (ASPLIN, 2003).

Outra maneira de examinar a entrada, o processamento e a saída é o fluxo de pacientes por toda a instituição e, especificamente, no pronto-socorro.

#### Avaliação do fluxo de pacientes

O primeiro passo para melhorar o fluxo de pacientes é avaliá-lo de forma precisa. Muitas ferramentas que podem ser usadas nessa avaliação também podem ser aproveitadas para melhorar os processos relacionados e gerenciar o fluxo de pacientes. Os hospitais podem avaliar e monitorar o fluxo de pacientes usando uma variedade de ferramentas e métodos.

#### Soluções de entrada

As estratégias que visam a entrada oferecem aos hospitais mais controle sobre o número de pacientes que se apresentam e efetivamente são admitidos no pronto-socorro e nos andares de internação.

#### Sistemas de triagem

Durante a última década, sistemas de triagem foram avaliados como possíveis mecanismos para determinar a necessidade de cuidado de emergência. Os métodos



incluíam critérios clínicos específicos, algoritmos direcionados por computador, avaliação individual por especialista e exames de triagem desenvolvidos por um painel multidisciplinar de médicos (Richardson, Hwang, 2001). O problema é que não surgiu nenhuma definição válida e confiável do que constitui uma “consulta adequada ao PS”.

Os sistemas de triagem que envolvem o cuidado protelado podem ser uma opção. Esses sistemas usam critérios que visam, por exemplo, pessoas com sintomas relacionados a dor abdominal e pélvica, dor musculoesquelética ou infecção respiratória. A abordagem do cuidado protelado tem se mostrado uma maneira eficaz de identificar os usuários de PS que podem ser cuidados com segurança em uma data posterior, em um local não-emergencial, podendo ser uma estratégia melhor do que o sistema atual, em que a triagem pelo tempo de espera pode fazer com que pacientes gravemente doentes deixem os prontos-socorros sem ser atendidos.

#### Diretrizes e protocolos

Algumas organizações adotaram o uso de protocolos, caminhos clínicos ou diretrizes para doenças e condições específicas para reduzir a superlotação. Eles ajudam a diminuir a admissão no pronto-socorro por meio do encaminhamento de casos para programas ambulatoriais, além de melhorar o fluxo de pacientes principalmente por meio de uma melhor coordenação do PS e da redução do TP.<sup>10</sup> Tem-se usado protocolos escritos para sintomas comuns, como dor no peito, dor abdominal, disúria, respiração ofegante, febre e lesões de extremidade.<sup>23</sup> Alguns hospitais também desenvolvem protocolos para procedimentos de UTI a fim de ajudar a padronizar o cuidado e acelerar transferências internas para unidades de menor complexidade.

A Portaria n.2.048 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências o acolhimento e a “triagem classificatória de risco”. De acordo com esta Portaria, este processo “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” (BRASIL, 2002).

O Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR - se mostra como um instrumento reorganizador dos processos de trabalho na tentativa de melhorar e consolidar o Sistema Único de Saúde, objetivando estabelecer mudanças na forma e no resultado do atendimento do usuário do SUS.

Traz a perspectiva de um instrumento de humanização, possibilitando processos de reflexão e aprendizado institucional de modo a reestruturar as práticas assistenciais e construir novos sentidos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, pois necessariamente é um trabalho coletivo e cooperativo.

A Classificação de Risco fundamenta-se como um instrumento para melhorar e organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, gerando um atendimento resolutivo e humanizado, fornecendo ainda mecanismos de organização do tempo de espera os usuários.

O Processo de classificação inicia-se com a identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, usando um processo de escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo e aliada à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro.

A- Usuário procura o serviço de urgência.

B - É acolhido pelos funcionários da portaria/recepção ou estagiários e encaminhado para confecção da ficha de atendimento.

C- Logo após é encaminhado ao setor de Classificação de Risco, onde é acolhido pelo técnico de enfermagem e enfermeiro que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no protocolo e classifica o usuário.

#### CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO

1- Apresentação usual da doença;

2 - Sinais de alerta (choque, palidez cutânea, febre alta, desmaio ou perda da consciência, desorientação, tipo de dor etc.);

3- Situação – queixa principal;

4 - Pontos importantes na avaliação inicial: sinais vitais – Sat. de O<sub>2</sub> – escala de dor – escala de Glasgow – doenças preexistentes – idade – dificuldade de comunicação (droga, álcool, retardo mental etc.);

5- Reavaliar constantemente poderá mudar a classificação.

### Procedimento Operacional Padrão para Enfermagem

POP- O Procedimento Operacional Padrão (POP) é um documento que expressa o planejamento do trabalho repetitivo e tem como objetivo padronizar e minimizar a ocorrência de desvios na execução da atividade. Assim, um POP garante que as ações sejam realizadas da mesma forma, independente do profissional executante ou de qualquer outro fator envolvido no processo, diminuindo assim “as variações causadas por imperícia e adaptações aleatórias” (SCARTEZINI, 2009). O manual de procedimentos, segundo Andrade (1975), é a reunião de os POPS do serviço em um único documento, que descreve o trabalho de enfermagem a ser executado e a forma correta de fazê-lo, sendo de responsabilidade da gerência a organização dele. Ressalta-se que esse documento deve ter atualização e revisão periódica, seguida da aprovação institucional de cada versão.

|                                                |                  |                |
|------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 001: Verificação de Peso e Altura |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica do IGPP           |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                    | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem                 |                  |                |

### Material Necessário

- Balança antropométrica.
- Papel toalha.
- Prontuário.

### Passos Críticos

- Explicar o procedimento ao paciente.
- Aferir a balança.
- Forrar o piso da balança com papel toalha.
- Encaminhar o paciente ao local onde se encontra a balança.
- Solicitar o paciente que retire os sapatos e roupas pesadas.
- Solicitar o paciente que suba na balança.
- Posicionar o paciente de frente para a balança.
- Executar a técnica de pesagem.
- Posicionar o paciente de costas para a balança.
- Realizar a mensuração da altura.
- Encaminhar o paciente de volta ao quarto.
- Anotar o procedimento realizado em prontuário.
- Anotar os dados de peso e altura obtidos em folha de controle.

### Manuseio de Material

- A balança digital pode ser utilizada quando o paciente tem problemas para a deambulação.
- A mensuração de rotina do peso é de responsabilidade dos funcionários do plantão noturno, devendo ser realizada com o paciente em jejum.
- Sempre padronizar a balança em uso para evitar resultados com oscilações falsas.

### Resultados Esperados

- Acompanhar as oscilações do peso em pacientes idosos, desnutridos e crianças.
- Controlar oscilações de peso em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada e/ou com insuficiência renal.
- Obter dados para a utilização de drogas anestésicas durante procedimento cirúrgico.



### Ações Corretivas

Caso a balança esteja desregulada, solicitar a manutenção para que ela seja aferida.

|                                                   |                  |                |
|---------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 002: Verificação da Pressão Arterial |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica do IGPP              |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                       | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem                    |                  |                |

### Material Necessário

- Esfigmomanômetro.
- Estetoscópio.
- Álcool 70%.
- Algodão.
- Prontuário.

### Passos Críticos

- Higienizar as mãos.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Identificar o manguito adequado (com largura correspondente a 40% da circunferência do braço).
- Promover a assepsia das olivas e do diafragmado estetoscópio com álcool 70 %
- Certificar se o paciente está com a bexiga vazia.
- Proporcionar um ambiente tranquilo.
- Posicionar o braço do paciente ao nível do coração. (Preferência ao MSE).
- Permitir um repouso de 5 minutos.

- Expor o membro do paciente enrolando a manga da roupa sem que haja compressão.
- Localizar por palpação a artéria braquial ao longo da superfície ventromedial do braço.
- Enrolar o manguito ao redor do braço centrando a bolsa inflável sobre a artéria braquial e a margem inferior 2,5cm acima do espaço ante cubital.
- Colocar o manômetro no nível dos olhos, a uma distância suficiente para leitura das calibrações marcadas pelo ponteiro ou coluna de mercúrio.
- Palpar a artéria braquial na fossa ante cubital.
- Posicionar o diafragma do estetoscópio sobre a artéria.
- Fechar a válvula do esfigmomanômetro.
- Insuflar a bolsa pressionando a pêra.
- Determinar o nível de insuflação máxima observando a pressão em que o pulso radial não é mais palpável.
- Desinsuflar o manguito regularmente com rapidez.
- Marcar a pressão sistólica quando ocorrerem duas batidas consecutivas, sendo contado a partir da primeira.
- Marcar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons.
- Retirar todo o ar do manguito.
- Remover o manguito.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Promover a assepsia das olivas e do diafragma do estetoscópio com álcool 70%.
- Higienizar as mãos.
- Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, assinar e carimbar.
- Anotar a pressão arterial obtida em ficha de controle de sinais vitais.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

### **Manuseio de Material**

- Não aferir a pressão arterial em membros com fístulas arteriovenosas.
- Esperar de um a três minutos antes de repetir a medida de pressão do mesmo braço para permitir o escoamento do sangue represado nas veias do antebraço.



- A largura do manguito deve ser 0,38 do comprimento da circunferência do braço e o comprimento, 0,8.
- Caso o desaparecimento dos sons para determinar a pressão diastólica ocorra muito próximo do zero, marcar, também, o ponto onde há o amortecimento do som.
- Paciente em isolamento de contato deve manter um estetoscópio e um esfigmomanômetro de uso individual.
- O intervalo de tempo para as medições da pressão arterial depende do estado clínico do paciente e de sua situação.

### Resultados Esperados

- Acompanhar as oscilações da pressão arterial.
- Controlar as oscilações da pressão arterial em pacientes hipertensos e cardiopatas.

### Ações Corretivas

- Caso o manômetro esteja desregulado, encaminhar o material para aferição.
- Em situações de extremos de pressão arterial, comunicar o médico responsável para a tomada de conduta frente ao quadro clínico alterado.

|                                                       |                  |                |
|-------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 003: Verificação da Temperatura Corpórea |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica do IGPP                  |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023.                          | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem                        |                  |                |

### Material Necessário

- Termômetro digital
- Álcool 70%
- Algodão.

- Relógio.
- Prontuário.

### Passos Críticos

- Higienizar as mãos.
- Reunir o material necessário.
- Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução.
- Realizar assepsia do termômetro com álcool 70%.
- Manter o paciente em posição confortável.
- Abduzir o braço do paciente.
- Enxugar a axila sem friccionar.
- Encostar o bulbo do termômetro no ápice da axila posicionando-o perpendicular à parede medial da axila.
- Solicitar ao paciente para comprimir o braço de encontro ao corpo colocando-o transversalmente sobre o tórax.
- Aguardar por 03 minutos (termômetro de mercúrio) ou até a emissão de sinal sonoro (termômetro digital);
- Realizar desinfecção dos materiais utilizados com álcool a 70% e zerar a temperatura armazenada;
- Higienizar as mãos.
- Anotar a temperatura obtida em ficha de controle de sinais vitais.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

### Manuseio de Material

- Paciente em isolamento de contato deve manter um termômetro de uso individual.

### Resultados Esperados

- Controlar a oscilação da temperatura corporal.
- Obter parâmetros para o estabelecimento da eficiência de antibióticos em tratamento de infecções.

### Ações Corretivas

- Se o paciente apresentar temperatura superior a 37,8°C, comunicar o médico responsável ou enfermeiro de plantão para adoção de condutas.
- Se o paciente apresentar hipotermia após procedimento cirúrgico, realizar o aquecimento com cobertor e, se necessário, com aquecedor e comunicar o médico responsável.

|                                                      |                  |             |
|------------------------------------------------------|------------------|-------------|
| POP Nº: ENF. 004: Verificação da Frequência Cardíaca |                  |             |
| Sugerido por: Equipe Técnica do IGPP                 |                  |             |
| Estabelecido em: 01/08/2023.                         | Próxima revisão: | Revisão :01 |
| Executor: Equipe de enfermagem                       |                  |             |

### Material Necessário

- Relógio com marcação de segundos.
- Prontuário.

### Passos Críticos

- Higienizar as mãos.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Certificar se o paciente está com a bexiga vazia.
- Proporcionar um ambiente tranquilo.
- Permitir um repouso de 5 minutos.



- Colocar as polpas dos dedos médios e indicador sobre a artéria.
- Pressionar suavemente até localizar os batimentos.
- Contar as pulsações durante um minuto, avaliando frequência, volume e ritmo.
- Higienizar as mãos.
- Anotar a frequência cardíaca obtida em ficha de controle de sinais vitais.

### Manuseio de Material

- Evitar verificar o pulso em membros afetados de pacientes com lesões neurológicas ou vasculares.
- A verificação do pulso pode ser realizada nas artérias carotídea, temporal, braquial, radial, femoral, poplítea, pediosa e tibial posterior.
- Monitorizar o paciente, se necessário, para um controle mais rigoroso.
- A ausculta cardíaca pode ser realizada simultaneamente a palpação do pulso para avaliação de extrassístoles.

### Resultados Esperados

- Avaliar a perfusão periférica de membros submetidos à cirurgia.
- Controlar as oscilações da frequência cardíaca em pacientes com alterações no ritmo cardíaco.

### Ações Corretivas

- Se o paciente apresentar oscilação extrema na contagem dos batimentos e/ou arritmia, comunicar o médico responsável ou o enfermeiro de plantão.

POP Nº: ENF. 005: Verificação da Frequência Respiratória.

Sugerido por: **Equipe Técnica IGPP**

Estabelecido em: **01/08/2023**

Próxima revisão:

Nº Revisão: **01**

Executor: **Equipe de enfermagem**

### Material Necessário

- Relógio com marcação de segundos.
- Prontuário.

### Passos Críticos

- Higienizar as mãos.
- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução
- Proporcionar um ambiente tranquilo.
- Permitir um repouso de 5 minutos.
- Colocar paciente em decúbito dorsal.
- Observar os movimentos respiratórios.
- Contar a frequência respiratória por um minuto.
- Avaliar o tipo, a profundidade e o ritmo da respiração.
- Avaliar a presença de sinais de desconforto respiratório, como batimento de aletas nasais, uso da musculatura acessória e retração intercostal.
- Lavar as mãos.
- Anotar a frequência respiratória obtida em ficha de controle de sinais vitais.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado

### Manuseio de Material



- Para evitar a alteração da frequência respiratória por ansiedade, colocar os dedos no pulso do paciente como se estivesse verificando-os.

### Resultados Esperados

- Avaliar o padrão respiratório.
- Verificar a presença de anormalidades no padrão respiratório.

### Ações Corretivas

- Se o paciente apresentar oscilação extrema na contagem dos movimentos respiratórios, comunicar o médico responsável ou o enfermeiro de plantão para adoção de condutas.

|                                           |                  |                |
|-------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 006: Monitorização Cardíaca. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP         |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023               | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem            |                  |                |

### Material necessário

- 05 Eletrodos.
- Álcool 70%
- Algodão
- Monitor cardíaco.
- Aparelho de tricotomia, se necessário.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.



- Reunir todo o material.
- Orientar o paciente da finalidade de monitorização sempre que possível.
- Limpar / desgordurar a pele do paciente com álcool 70%.
- Realizar a tricotomia do local de aplicação dos eletrodos, se necessário.
- Remover a camada córnea da pele utilizando a lixa no verso do eletrodo com leve fricção para diminuição da impedância.
- Remover o papel protetor do eletrodo fixando-o do centro para as extremidades.
- Posicionar os eletrodos conforme a técnica.
- São posicionados na parte superior do abdome na linha do apêndice xifoide, a esquerda é colocada o LL e a direita é colocado o RL.

**RA            e            LA**  
**Vermelho            Amarelo**

- O eletrodo branco deve ser posicionado no quarto espaço intercostal, no limite direito do externo, embora possa ser colocado em qualquer posição de derivação precordial.

**RL            e            LL**  
**Preto            Verde**

- São posicionados exatamente abaixo das clavículas direita (RA) e esquerda (LA), próximos à junção dos braços e do tórax.

#### **Branco**

- Ligar o monitor cardíaco.
- Conectar os eletrodos aos fios do monitor cardíaco.
- Observar os traçados eletrocardiográficos e os parâmetros vitais na tela do monitor.
- Anotar procedimento realizado e anormalidades observadas em Prontuário.

#### **Manuseio de Material**

- Eletrodos, este pode permanecer se bem aderido à pele, por um período de 05 dias (conforme orientação do fabricante).
- Nunca utilizar soluções como: benzina, benjoim, éter etc. para facilitar a aderência do eletrodo à pele. Estas soluções quando em contato com a cola do eletrodo podem causar irritação à pele.
- Manter os cabos do monitor cardíaco desembaraçados, evitando quebra ou interferências.
- Manter os alarmes do monitor sempre ligados.
- Manter monitorização cardíaca / oximetria durante o banho de leito do paciente.
- Após a alta o paciente efetuar a desinfecção do cabo de ECG e monitor cardíaco com um pano macio embebido com álcool a 70%.

### Resultados esperados

- Monitorização cardíaca fiel e de qualidade para o auxílio diagnóstico.
- Atuação precoce em quadros de instabilidade cardíaca.

### Ações corretivas

- No caso de defeito do cabo de ECG ou monitor cardíaco, comunicar imediatamente o enfermeiro de plantão para que ele seja encaminhado para conserto.

|                                     |                  |                |
|-------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 007: Banho de Aspersão |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP   |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023         | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem      |                  |                |

### Material Necessário

- Carrinho de banho.



- Toalha de banho.
- Sabonete individualizado.
- Luvas de procedimento.
- Avental impermeável.
- Roupa pessoal do paciente.
- Hamper.
- Prontuário.
- Cadeira de banho, se necessário.
- Material de curativo, se necessário.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material no carrinho de banho.
- Vestir o avental impermeável.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Ligar o chuveiro.
- Adequar o jato do chuveiro quanto ao fluxo e temperatura da água.
- Encaminhar o paciente ao banheiro, se necessário, em cadeira de banho.
- Orientar o paciente em relação ao funcionamento do chuveiro.
- Auxiliar o paciente a se despir, se necessário.
- Observar as condições da pele.
- Orientar ao paciente que acione a campainha ao término do banho ou, se necessário, auxiliar o paciente durante o banho.
- Auxiliar o paciente a se vestir, se necessário.
- Encaminhar o paciente ao quarto.
- Posicionar o paciente de maneira confortável na poltrona.
- Arrumar o leito conforme técnica.
- Colocar as roupas sujas no hamper, se pertencentes a Unidade.

- Proceder à realização de curativos, se necessário.
- Realizar massagem de conforto com creme hidratante, conforme prescrição de enfermagem.
- Deixar o banheiro e o quarto organizados.
- Solicitar ao Serviço de Higiene a limpeza do banheiro.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Lavar as mãos.
- Anotar procedimento, intercorrências e observações em prontuário.
- Checar procedimento realizado em prescrição de enfermagem.

### Manuseio de Material

- Oferecer o banho de aspersão em cadeira para pacientes idosos ou muito debilitados para facilitar que eles lavem as pernas e os pés, com menor probabilidade de queda.
- Solicitar ao paciente que não tranque a porta do banheiro.

### Resultados Esperados

- Proporcionar conforto físico e mental ao paciente.
- Estimular a circulação sanguínea.
- Reduzir a flora bacteriana transitória da pele.

|                                              |                  |                |
|----------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 008: Higiene Corporal no Leito. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP            |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                  | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem               |                  |                |

### Material Necessário

- Carrinho de banho.

- Luvas de procedimento.
- Compressas não estéreis.
- Avental impermeável.
- Máscara de proteção.
- Óculos de proteção.
- Material para higiene oral.
- Sabonete individualizado.
- Comadre e/ou papagaio individualizado.
- Roupa de vestuário para o paciente.
- Kit roupa de cama.
- Hamper.
- 02 Bacias.
- 01 Balde.
- Biombo.
- Fralda Geriátrica.
- Pente de cabelo.
- Creme hidratante.
- Sanito branco.
- Prontuário.
- Material para curativo, se necessário.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Vestir avental impermeável.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Colocar óculos e máscara de proteção.
- Levar o carrinho de banho próximo do leito.
- Colocar biombos ao redor do leito para garantir a privacidade do paciente.
- Explicar o procedimento ao paciente.



- Oferecer comadre ou papagaio ao paciente para realização de micção e/ou evacuação.
- Colocar água morna no balde e nas bacias.
- Desprender a roupa de cama.
- Realizar a higiene oral do paciente.
- Realizar a higiene da cabeça, utilizando uma bacia para lavagem e a outra para enxágue.
- Trocar a água do banho após a lavagem da cabeça.
- Lavar e enxaguar e enxugar o rosto, orelhas e pescoço, utilizando compressas não estéreis e sabonete individualizado.
- Lavar os olhos do paciente com compressa úmida e limpa, com movimentos do canto interno para o canto externo.
- Remover o vestuário do paciente, mantendo o paciente protegido com lençol, deixando os braços descobertos.
- Lavar, enxaguar e enxugar os braços e as mãos do lado oposto ao que se encontra depois o mais próximo, com movimentos longos e firmes, do punho à axila.
- Trocar a água do banho.
- Descobrir o tórax do paciente, mantendo os membros inferiores protegidos.
- Lavar, enxaguar e enxugar o tórax e o abdome, com movimentos circulares, estimulando a circulação sanguínea.
- Observar a integridade cutânea e presença de anormalidades.
- Cobrir o tórax com lençol limpo.
- Descobrir a região genital e os membros inferiores.
- Lavar, enxaguar e enxugar as pernas e coxas, do tornozelo à raiz da coxa, primeiro do lado mais distante que se encontra trabalhando, depois do mais próximo.
- Colocar a bacia sob os pés.
- Lavar, enxaguar e enxugar os pés atentando a região interdigital.
- Observar as condições cutâneas e a presença de fissuras.
- Trocar a água do banho e as compressas.
- Colocar a comadre sob o quadril do paciente.
- Realizar a higiene íntima do paciente conforme a técnica.
- Retirar a comadre.



- Trocar a água do banho e as compressas.
- Posicionar o paciente em decúbito lateral.
- Colocar uma toalha sob as costas e nádegas do paciente.
- Lavar, enxaguar e enxugar as costas, nádegas e parte posterior dos membros inferiores.
- Massagear as costas e nádegas durante o procedimento para estimular a circulação.
- Manter o paciente em decúbito lateral.
- Empurrar a roupa de cama úmida para o meio do leito enxugando o colchão.
- Trocar as luvas de procedimento para não contaminar a roupa de cama limpa.
- Colocar a roupa de cama limpa na metade do leito seca.
- Virar o paciente sobre o lado pronto do leito.
- Proceder à realização de curativos em região dorsal, se necessário.
- Colocar a roupa de cama suja no hamper.
- Trocar de luvas de procedimento para não contaminar a roupa de cama limpa.
- Proceder à arrumação do leito.
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal.
- Proceder à realização de outros curativos, se necessário.
- Trocar a fronha do travesseiro.
- Realizar massagem de conforto com creme hidratante por toda extensão corporal.
- Colocar a fralda no paciente.
- Vestir o paciente.
- Pentear os cabelos do paciente.
- Posicionar o paciente confortavelmente, se necessário, com uso de travesseiros.
- Deixar o quarto do paciente organizado.
- Lavar comadre, papagaio, balde e bacias.
- Manter a comadre, o papagaio e as bacias na parte inferior da mesa de cabeceira ou dentro do banheiro, se quarto com banheiro.
- Colocar as compressas e as toalhas sujas dentro do hamper.
- Desprezar o material de curativo e as luvas de procedimento no sanito branco.
- Retirar a luva de procedimento.
- Lavar as mãos.

- Anotar em prontuário o procedimento prestado e anormalidades observadas.
- Checar em prescrição de enfermagem o procedimento realizado.
- Comunicar a enfermeira sobre qualquer intercorrência ou anormalidade observada.

### Manuseio de Material

- Trocar a água do banho conforme a técnica e sempre que necessário.
- O banho no leito deve ser realizado por dois funcionários da equipe de enfermagem ou, se o paciente conseguir colaborar, por uma pessoa.
- Quando houver colostomia e/ou drenos, esvaziar ou trocar as bolsas coletoras antes do início do banho.

### Resultados Esperados

- Proporcionar conforto físico e mental ao paciente.
- Estimular a circulação sanguínea.
- Reduzir a flora bacteriana transitória da pele.

### Ações Corretivas

- Em caso de prejuízo da integridade cutânea, comunicar ao enfermeiro de plantão para a avaliação.

|                                                |                  |                |
|------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 009: Higiene de Prótese Dentária. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP              |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                    | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem                 |                  |                |

### Material Necessário

- Copo com solução antisséptica bucal.
- Escova de dente.
- Pasta dental ou sabão líquido.
- Cuba rim.
- Luvas de procedimento.
- Compressas não estéreis.
- Papel toalha.
- Biombo.
- Prontuário.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material em uma bandeja.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Colocar a bandeja de material próximo ao leito do paciente.
- Colocar biombo ao redor do leito para garantir a privacidade do paciente.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Colocar toalha sobre o tórax do paciente.
- Colocar o paciente em Posição de Fowler ou, quando possível, sentado.
- Retirar as próteses dentárias com o uso de papel toalha ou, se possível, solicitar ao paciente que as remova.
- Colocar as próteses em uma cuba rim forrada com papel toalha.
- Levar a cuba rim ao banheiro.
- Colocar pasta dental ou sabão líquido sobre a escova dental.
- Segurar a prótese dentária e escová-la com movimentos firmes da base dos dentes para as pontas.
- Escovar a área de acrílico em toda a sua extensão.
- Enxaguar a prótese dentária com água corrente fria.

- Desprezar o papel toalha da cuba rim.
- Forrar novamente a cuba rim com papel toalha.
- Lavar a escova dental com água corrente.
- Colocar a prótese dentária.
- Lavar as mãos enluvadas.
- Realizar a higiene oral do paciente
- Recolocar a prótese dentária do paciente ou, se possível, solicitar ao paciente que o faça.
- Colocar o paciente em posição confortável.
- Deixar o quarto e o banheiro organizados.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Lavar as mãos.
- Anotar procedimento em Prontuário.

### **Manuseio de Material**

- Caso a prótese seja removida devido a condições especiais, como preparo para cirurgia, solicitar um porta-prótese na farmácia ou utilizar um saco branco com etiqueta de identificação, colocando o pacote na gaveta da mesa de cabeceira ou entregando à família.

### **Resultados Esperados**

- Promover conforto ao paciente.
- Garantir higiene adequada da cavidade oral.

### **Ações Corretivas**

- Caso seja observada alguma anormalidade na cavidade oral do paciente, comunicar o enfermeiro de plantão e anotar em prontuário.



|                                           |                  |                |
|-------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 010: Higiene Íntima Feminina |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP         |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023               | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem            |                  |                |

### Material Necessário

- Balde.
- Jarra.
- Pacote de gazes.
- Pinça cheron.
- Comadre.
- Toalha de banho.
- Clorexidine degermante.
- Luvas de procedimento.
- Avental impermeável.
- Hamper.
- Biombo.
- Sanito branco.
- Forro impermeável.
- Prontuário.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Explicar o procedimento à paciente.
- Posicionar biombo ao redor do leito para garantir a privacidade da paciente.
- Calçar as luvas de procedimento.



- Vestir o avental impermeável.
- Encher o balde com água morna.
- Colocar a paciente em decúbito dorsal, com as pernas abertas e fletidas, com apoio sob os pés (Posição ginecológica).
- Colocar o forro impermeável sob a região glútea da paciente.
- Colocar a comadre sob a região glútea da paciente.
- Despejar a água morna com o auxílio da jarra sobre o monte pubiano e a vulva.
- Ensaboar a região pubiana com clorexidine degermante, utilizando uma pinça cheron montada em gaze, com movimentos de cima para baixo sem atingir o ânus.
- Desprezar a gaze após cada movimento vulva-ânus.
- Afastar os grandes lábios.
- Observar a presença de anormalidades em regiões genitais e anal.
- Ensaboar a região exposta no sentido antero-posterior, utilizando uma gaze para cada lado.
- Ensaboar a região anal.
- Despejar a água da jarra sobre as regiões ensaboadas.
- Retirar a comadre.
- Enxugar a região lavada com a toalha de banho.
- Deixar a paciente em posição confortável.
- Colocar a toalha e o forro no hamper.
- Lavar a comadre e a jarra no banheiro.
- Colocar a comadre e a jarra na parte inferior da mesa de cabeceira.
- Desprezar as gazes sujas no sanito branco.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas no sanito branco.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento prestado e anormalidades observadas em prontuário.

### **Manuseio de Material**



- Realizar o procedimento de higiene íntima duas vezes por dia se a paciente apresentar sondagem vesical de demora.
- Remover o excesso de secreção vaginal com o auxílio de gazes montadas na pinça auxiliar antes de iniciar a higiene.

### Resultados Esperados

- Proporcionar higiene e conforto à paciente.
- Preparar à paciente para coleta de urina por saco coletor de plástico ou sondagem vesical.
- Prevenir ou tratar infecções urinárias.

### Ações Corretivas

- Se houver presença de secreção uretral e/ou vaginal ou sangramento anal, comunicar a enfermeira ou o médico responsável.

**POP Nº: ENF. 011: Higiene Íntima Masculina.**

Sugerido por: **Equipe Técnica IGPP**

Estabelecido em: **01/08/2023**

Próxima revisão:

Nº Revisão: **01**

Executor: **Equipe de enfermagem**

### Material Necessário

- Balde.
- Jarra.
- Pacote de gazes.
- Pinça cheron.
- Comadre.



- Toalha de banho.
- Clorexidine degermante.
- Luvas de procedimento.
- Avental impermeável.
- Hamper.
- Biombo.
- Sanito branco.
- Forro impermeável.
- Prontuário.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Posicionar biombo ao redor do leito para garantir a privacidade do paciente.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Vestir o avental impermeável.
- Encher o balde com água morna.
- Posicionar o paciente expondo somente a área genital.
- Colocar o forro impermeável sob a região glútea do paciente.
- Colocar a comadre sob a região glútea, acima do impermeável.
- Despejar a água com o auxílio da jarra sobre a região genital.
- Montar a pinça cheron com gaze.
- Ensaboar a região genital com clorexidine degermante.
- Desprezar a gaze suja no sanito branco.
- Utilizar nova gaze a cada etapa.
- Tracionar o prepúcio.
- Iniciar a higiene íntima pelo meato urinário, prepúcio, glande e corpo do pênis com movimentos únicos circulares.

- Ensaboar a região escrotal.
- Ensaboar, por último, a região anal.
- Observar presença de anormalidades nas regiões genital e anal e presença de secreção.
- Desprezar as gazes sujas no sanito branco.
- Enxaguar a região pubiana, pregas inguinais, pênis, bolsa escrotal e região anal.
- Retirar a comadre.
- Enxugar a região higienizada com toalha de banho.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Colocar a toalha e o forro no hamper.
- Lavar a comadre, o balde e a jarra no banheiro.
- Colocar a comadre na parte inferior da mesa de cabeceira.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas no sanito branco.
- Encaminhar a pinça ao expurgo para esterilização em Central de Material.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento prestado e as anormalidades observadas em prontuário.

### **Manuseio de Material**

- Realizar o procedimento de higiene íntima duas vezes por dia se o paciente apresentar a sondagem vesical de demora.
- Remover o excesso de secreção uretral com o auxílio de gazes antes de iniciar a higiene.

### **Resultados Esperados**

- Proporcionar higiene e conforto ao paciente.
- Preparar o paciente para coleta de urina por uripen ou sondagem vesical.
- Prevenir ou tratar infecções urinárias.

### Ações Corretivas

- Se houver presença de secreção uretral purulenta ou sangramento anal, comunicar a enfermeira ou o médico responsável.

|                                   |                  |                |
|-----------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 012: Higiene Oral.   |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023       | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem    |                  |                |

### Material Necessário

- Espátula envolta em gazes.
- Solução antisséptica (bicabornatada) ou Listerine.
- Toalha ou compressas não estéreis.
- Copo plástico.
- Luvas de procedimento
- Cuba rim
- Sanito branco.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Posicionar o paciente com a cabeceira elevada, de maneira confortável.
- Colocar a toalha no pescoço e na parte superior do tórax do paciente, se necessário, com forro plástico.
- Diluir o antisséptico ou o Listerine com água em um copo plástico.

- Proceder à limpeza de toda a cavidade oral do paciente utilizando a espátula envolta em gaze embebidas com solução antisséptica diluída.
- Solicitar ao paciente que realize manobras de bochecho.
- Oferecer a cuba rim ao paciente para que cuspa a solução contida em cavidade oral.
- Realizar limpeza da língua, com movimentos de fricção leve, para evitar saburro.
- Enxugar os lábios com a toalha.
- Lubrificar os lábios com vaselina, para evitar formação de fissuras.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas de procedimento e o material utilizado como escova dental no sanitário branco.

### **Manuseio de Material**

- Preferencialmente, realizar a higiene oral antes do banho e após as refeições.
- Ao lidar diretamente com o paciente é imprescindível o uso de luvas de procedimento.
- A diluição do bicarbonato de sódio é realizada na medida de uma colher de chá de soluto para 500ml de água.
- Em pacientes com lesão cervical, retirar o excesso de líquido da solução antisséptica com espátula envolta em gaze seca, sem mobilizar a cabeça.
- Se o paciente fizer uso de prótese dental móvel, retirar a prótese e realizar a higienização conforme a técnica.
- Pacientes conscientes e aptos a realizar a higiene oral podem proceder à escovação dos dentes com pasta.

### **Resultados Esperados**

- Promover conforto ao paciente.
- Prevenir alterações dentárias, como cáries e formação de placas de tártaro.
- Evitar a halitose.
- Prevenir a formação de lesões na mucosa oral por resíduos alimentares.



- Reduzir flora bacteriana em cavidade oral.

|                                        |                  |                |
|----------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 013: Lavagem dos Cabelos. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP      |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023            | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem         |                  |                |

### Material Necessário

- Carrinho de banho.
- Balde.
- Bacia.
- Jarra.
- Xampu.
- Toalha de banho.
- Luvas de procedimento.
- Avental impermeável.
- Forro impermeável.
- Lençol.
- Algodão em bola.
- Pente de cabelo.
- Hamper.
- Prontuário.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material no carrinho de banho.
- Colocar o carrinho de banho próximo ao leito.
- Explicar o procedimento ao paciente.

- Fechar portas e janelas.
- Encher o balde com água morna.
- Abaixar a cabeceira do leito.
- Calçar luvas de procedimento.
- Vestir o avental impermeável.
- Retirar o travesseiro.
- Colocar um forro impermeável na cabeceira do leito.
- Colocar uma toalha de banho na cabeceira do leito, sobre o forro impermeável.
- Colocar a bacia com água sobre a toalha.
- Posicionar o paciente em diagonal, com a cabeça próxima ao funcionário.
- Proteger os ouvidos do paciente com algodão.
- Afrouxar a camisola, se mulher, ou retirar a camisa, se homem.
- Cobrir o tórax do paciente com um lençol.
- Colocar outra toalha ao redor do pescoço do paciente.
- Sustentar com uma das mãos a cabeça do paciente sobre a bacia com água.
- Fazer coxins com lençol.
- Colocar coxins sob o pescoço do paciente.
- Pentear os cabelos do paciente inspecionando o cabelo e o couro cabeludo.
- Observar condições de anormalidade.
- Umedecer os cabelos com um pouco de água.
- Aplicar o xampu, evitando que o líquido escorra nos olhos.
- Massagear o couro cabeludo com as pontas dos dedos.
- Lavar os cabelos.
- Enxaguar os cabelos do paciente com o auxílio de uma jarra, até retirar toda a espuma.
- Elevar a cabeça do paciente.
- Espremer os cabelos cuidadosamente fazendo escorrer a água em excesso.
- Retirar a bacia que está sob a cabeça do paciente.
- Envolver a cabeça do paciente em uma toalha limpa.
- Secar os cabelos do paciente.
- Pentear os cabelos do paciente.

- Recolocar o travesseiro.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Colocar as toalhas, o forro impermeável e o avental no hamper.
- Lavar o balde, a bacia e a jarra.
- Deixar o quarto organizado.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Descartar as luvas no lixo contaminado do Posto de Enfermagem.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento prestado e as anormalidades observadas em prontuário.

### Resultados Esperados

- Proporcionar conforto ao paciente.
- Reduzir a flora bacteriana transitória.
- Manter a higiene adequada do couro cabeludo e cabelos.

### Ações Corretivas

- Em caso de alterações observadas no couro cabeludo e nos cabelos, como por exemplo, a presença de infestação (pediculose), comunicar ao enfermeiro ou ao médico responsável.
- Se houver contato do xampu com a mucosa ocular, realizar lavagem dos olhos com soro fisiológico.

|                                                    |                  |                |
|----------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 014: Preparo no Leito Com o Paciente. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                  |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                        | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem                     |                  |                |

### Material Necessário



- Luvas de procedimento.
- Hamper.
- 01 fronha.
- 02 lençóis.
- 01 forro.
- 01 impermeável.
- 01 colcha.
- 01 cobertor, se necessário.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material necessário.
- Colocar o material sobre a mesa de cabeceira.
- Orientar o procedimento ao paciente
- Calçar as luvas de procedimento.
- Colocar o hamper próximo ao leito.
- Desprender a roupa de cama dos cantos e laterais do leito.
- Posicionar o paciente lateralmente mantendo as grades de proteção, à sua frente, elevadas.
- Soltar a roupa de cama, do lado mais afastado do paciente, e empurrá-la para próximo do paciente.
- Estender o lençol, o impermeável e o forro até próximos do paciente.
- Prender a metade da roupa e cama na lateral e nos cantos do leito.
- Elevar as grades de proteção na metade arrumada.
- Virar o paciente para o lado pronto do leito.
- Abaixar as grades de proteção.
- Retirar a roupa de cama suja.
- Desprezar a roupa de cama suja no hamper.

- Puxar o lençol, o impermeável e o forro.
- Prender a roupa de cama na lateral e nos cantos do leito.
- Elevar as grades de proteção.
- Colocar o paciente no centro da cama.
- Cobrir o paciente com o lençol.
- Oferecer a colcha.
- Trocar a fronha do travesseiro.
- Desprezar a fronha suja no hamper.
- Colocar o travesseiro sob a cabeça do paciente.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Deixar o quarto organizado.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas de procedimento em lixo contaminado.
- Lavar as mãos.

### **Manuseio de Material**

- Ao colocar no hamper a roupa suja, observar a presença de pertences do paciente, material (como bolsa térmica, controle remoto da televisão) ou ainda material perfurocortante entre os lençóis.
- A roupa de cama deve ser trocada no mínimo uma vez ao dia, preferencialmente, após o banho.
- A troca da roupa de cama deve ser feita sempre que necessária.
- Havendo apenas um funcionário para o preparo do leito, as luvas de procedimento não devem ser retiradas até que as roupas sujas sejam colocadas no hamper.
- Se o paciente for totalmente dependente, a troca da roupa de cama deve ser realizada por dois funcionários.
- O colchão piramidal permanece sobre o colchão durante a troca da roupa de cama.

### **Resultados Esperados**



- Reduzir a flora bacteriana presente nas roupas de cama.
- Manter o leito em condições adequadas de higiene.
- Garantir o bem-estar do paciente.

|                                                    |                  |                |
|----------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 015: Preparo do Leito Sem o Paciente. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                  |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                        | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem                     |                  |                |

### Material Necessário

- Luvas de procedimento.
- Hamper.
- 01 fronha.
- 02 lençóis.
- 01 forro.
- 01 colcha.
- 01 cobertor se necessário.
- 01 impermeável, se necessário.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material necessário.
- Colocar o material sobre a mesa de cabeceira.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Retirar a roupa de cama suja.
- Desprezar a roupa de cama suja no hamper.
- Retirar as luvas de procedimento.



- Estender o lençol sobre o leito.
- Prender o lençol nos cantos do leito.
- Estender o impermeável, se necessário.
- Estender o forro no centro do leito.
- Prender as extremidades do forro na região lateral do leito.
- Estender o lençol.
- Estender a colcha sobre o virol.
- Prender o lençol e a colcha nos pés do leito.
- Realizar uma meia dobra na cabeceira com o lençol e a colcha sobrepostos.
- Colocar a fronha no travesseiro.
- Colocar o travesseiro no leito.
- Deixar a cama aberta (lençol dobrado em diagonal) ou preparada (lençol enrolado no canto próximo da parede), de acordo com a situação.
- Deixar a unidade organizada.
- Desprezar as luvas de procedimento em lixo contaminado.
- Lavar as mãos.

### **Manuseio de Material**

- Ao colocar a roupa de cama suja no hamper, retirar peça por peça observando a presença de pertences do paciente, material (como bolsa térmica, controle remoto da televisão) entre os lençóis, ou ainda material perfurocortante.
- A roupa de cama deve ser trocada no mínimo uma vez ao dia, preferencialmente, após o banho.
- A troca da roupa de cama deve ser feita sempre que necessária.

### **Resultados Esperados**

- Reduzir a flora bacteriana presente nas roupas de cama.
- Preparar o leito para receber o paciente em pós-operatório.



- Manter o leito em condições adequadas de higiene.
- Garantir o bem-estar do paciente.

|                                                        |                  |                |
|--------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 016: Movimentação em Direção a Cabeceira. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                      |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                            | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem                         |                  |                |

### Material Necessário

- 02 funcionários da equipe de enfermagem.
- Travesseiro.
- Luvas de procedimento.
- Prescrição de enfermagem.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou familiares.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Colocar o paciente em decúbito dorsal.
- Abaixar a cabeceira e grades laterais do leito.
- Posicionar-se ao lado do leito, em pé de frente para o paciente, um funcionário de cada lado.
- Soltar as extremidades do forro.
- Segurar o forro com firmeza, cada funcionário em seu lado.
- Movimentar o paciente em direção a cabeceira, com um movimento único e ritmado.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Elevar as grades de proteção.
- Deixar a unidade organizada.



- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas em lixo contaminado.
- Anotar o procedimento realizado em prontuário, descrevendo a posição e o horário.

### Manuseio de Material

- É de responsabilidade da equipe de enfermagem a mobilização de pacientes acamados e dependentes.
- Se possível, ajustar a altura da cama para a realização do procedimento.
- Pacientes acamados devem ser mudados de decúbito a cada 2 horas.
- A massagem de conforto com creme hidratante pode ser realizada durante as mudanças de decúbito, estimulando a circulação sanguínea.
- Se o paciente estiver recebendo dieta enteral a elevação da cabeceira deve ser mantida em, no mínimo, 45°.
- Pausar dieta enteral durante o procedimento para evitar bronco aspiração.

### Resultados Esperados

- Manter o paciente em posição confortável.
- Reduzir o risco de complicações pulmonares por estase.
- Melhorar o padrão respiratório.
- Prevenir bronco aspiração de dieta enteral.

### Ações Corretivas

- Se o paciente ou o acompanhante recusar o procedimento, anotar em prontuário.

|                                                   |                  |                |
|---------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 017: Movimentação Para Um dos Lados. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                 |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                       | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem                    |                  |                |

### Material Necessário

- 02 Funcionários da equipe de enfermagem.
- Travesseiro.
- Luvas de procedimento.
- Prescrição de enfermagem.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou familiares.
- Posicionar-se ao lado do leito, em pé de frente para o paciente, um funcionário de cada lado.
- Segurar nas regiões laterais do forro com firmeza.
- Trazer o paciente para um dos lados, previamente combinado, com movimentos ritmados.
- Colocar travesseiros entre as regiões de contato ósseo.
- Colocar travesseiros na região dorsal do paciente proporcionando apoio.
- Deixar a unidade organizada.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas em lixo contaminado.
- Anotar o procedimento realizado em prontuário, descrevendo a posição e o horário.
- Checar o procedimento em prescrição de enfermagem.

### Manuseio de Material

- É de responsabilidade da equipe de enfermagem a mobilização de pacientes acamados e dependentes.
- Os funcionários que realizam o procedimento devem permanecer com uma das pernas a frente da outra, com os joelhos e quadris fletidos, trazendo o braço ao nível da cama.
- Se possível, ajustar a altura da cama para a realização do procedimento.



- Pacientes acamados devem ser mudados de decúbito a cada 2 horas.
- A massagem de conforto com creme hidratante pode ser realizada durante as mudanças de decúbito, estimulando a circulação sanguínea.

### Resultados Esperados

- Manter o paciente em posição confortável.
- Reduzir o risco de complicações pulmonares por estase.
- Prevenir a formação de úlceras por pressão.

### Ações Corretivas

- Se o paciente ou o acompanhante recusar o procedimento, anotar em prontuário.

|                                               |                  |                |
|-----------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 018: Posicionamento em Poltrona. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP             |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                   | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem                |                  |                |

### Material Necessário

- Travesseiro.
- Lençol.
- Luvas de procedimento.
- Prescrição de enfermagem.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou familiares.



- Colocar a poltrona ao lado do leito com as costas voltadas para o pé do leito.
- Travar as rodas da cadeira de rodas.
- Forrar a poltrona com um lençol.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Posicionar o paciente sentado na beira do leito, colocando um dos braços sob os ombros do paciente e o outro na região poplíteia, o braço mais distante do paciente se apoia no ombro do funcionário, que com um impulso senta-o no leito.
- Calçar os chinelos no paciente.
- Posicionar as pernas de maneira afastadas, com um dos pés apontado para o lado da cama e o outro apontado para a poltrona / cadeira de rodas.
- Apoiar o joelho mais próximo do paciente com sua perna dianteira, mantendo a outra perna para trás de modo a oferecer uma boa base de apoio.
- Colocar os braços do paciente sobre os ombros do funcionário.
- Segurar a cintura do paciente.
- Sincronizar os movimentos com a contagem até três.
- Auxiliar o paciente a posicionar-se em pé.
- Virar o paciente para o lado oposto da poltrona / cadeira.
- Sentar o paciente na cadeira.
- Manter a privacidade do paciente, cobrindo-o com lençol ou cobertor.
- Colocar um travesseiro nas costas do paciente para apoio.
- Certificar do conforto e segurança do paciente.
- Deixar a unidade organizada.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas em lixo contaminado.
- Anotar o procedimento realizado em prontuário, descrevendo a posição e o horário.
- Checar o procedimento em prescrição de enfermagem.

### Manuseio de Material



- É de responsabilidade da equipe de enfermagem a mobilização de pacientes acamados e dependentes.
- Se possível, ajustar a altura da cama para a realização do procedimento.
- Pacientes acamados devem ser mudados de decúbito a cada 2 horas.
- Se o paciente for totalmente dependente, serão necessários dois funcionários para a transferência do leito para a poltrona, com um funcionário segurando a região torácica (passando os braços pela axila) e o outro os membros inferiores e quadril.
- Se o paciente apresentar uma instabilidade postural ou agitação motora, passar uma faixa (um lençol dobrado no sentido longitudinal) ao redor da região abdominal do paciente, amarrando as extremidades na parte de trás da cadeira.
- O funcionário que auxilia na transferência deve sempre manter os joelhos fletidos e a coluna ereta.
- Sempre se certificar das condições do piso evitando quedas durante a mobilização.
- Durante a transferência do paciente do leito para a poltrona pode-se usar o cinto de transferência ao redor da cintura

### Resultados Esperados

- Manter o paciente em posição confortável.
- Reduzir o risco de complicações pulmonares por estase.
- Prevenir a formação de úlceras por pressão.

### Ações Corretivas

- Se o paciente ou o acompanhante recusar o procedimento, anotar em prontuário.

|                                                       |                  |                |
|-------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 019: Posicionamento em Decúbito Lateral. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                     |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                           | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |



Executor: **Equipe de enfermagem**

### Material Necessário

- Travesseiro.
- Luvas de procedimento.
- Prescrição de enfermagem.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou familiares.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Posicionar-se ao lado do qual se quer virar o paciente.
- Manter as grades de proteção elevadas do lado oposto.
- Aproximar o paciente na extremidade oposta do leito.
- Virá-lo para o lado desejado com movimentos firmes e suaves.
- Colocar travesseiros em região dorsal do paciente para apoio.
- Flexionar o membro inferior que está por cima.
- Colocar um travesseiro entre os membros inferiores.
- Manter fletido o membro superior que está em contato com o colchão.
- Deixar a unidade organizada.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas em lixo contaminado.
- Anotar o procedimento realizado em prontuário, descrevendo a posição e o horário.
- Checar o procedimento em prescrição de enfermagem.

### Manuseio de Material

- É de responsabilidade da equipe de enfermagem a mobilização de pacientes acamados e dependentes.
- Se possível, ajustar a altura da cama para a realização do procedimento.
- Se o paciente for totalmente dependente, realizar toda a movimentação em dois funcionários, conforme a técnica descrita em movimentação do paciente para um dos lados.
- Pacientes acamados devem ser mudados de decúbito a cada 2 horas.
- A massagem de conforto com creme hidratante pode ser realizada durante as mudanças de decúbito, estimulando a circulação sanguínea.

### Resultados Esperados

- Manter o paciente em posição confortável.
- Reduzir o risco de complicações pulmonares por estase.
- Prevenir a formação de úlceras por pressão.

### Ações Corretivas

- Se o paciente ou o acompanhante recusar o procedimento, anotar em prontuário.

|                                                      |                  |                |
|------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 020: Transferência do Leito Para a Maca |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                    |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                          | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem                       |                  |                |

### Material Necessário

- 04 funcionários da equipe de enfermagem.
- Lençol.
- Luvas de procedimento.

- Prontuário.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou familiares.
- Forrar a maca com lençol.
- Posicionar o leito no centro do quarto.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Soltar o lençol de baixo do leito do paciente.
- Colocar a maca paralelamente ao leito.
- Travar as rodas da maca.
- Posicionar dois funcionários junto à maca, com os pés afastados, do lado em que o paciente será locomovido, um funcionário apoia a cabeça do paciente e segura na parte superior do lençol móvel enquanto o outro segura a parte inferior do lençol apoiando todo o tronco e as pernas do paciente.
- Posicionar outros dois funcionários ao lado do leito utilizando a mesma técnica descrita no item anterior.
- Transferir o paciente do leito para a maca em um movimento único e sincronizado.
- Manter a privacidade do paciente, cobrindo-o com lençol ou cobertor.
- Elevar as grades de proteção da maca.
- Certificar do conforto e segurança do paciente.
- Deixar a unidade organizada.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas em lixo contaminado.
- Anotar o horário e o local para onde o paciente foi encaminhado em prontuário.

### Manuseio de Material

- É de responsabilidade da equipe de enfermagem o transporte do paciente para setores internos, como raios-X e ressonância, aos finais de semana e durante o período noturno.
- Durante o horário administrativo a locomoção interna dos pacientes é realizada por funcionários do setor onde será realizado o exame.
- A transferência do paciente para a Unidade de Terapia Intensiva ou para outra acomodação no Andar de Internação é sempre realizada pela equipe de enfermagem do setor.
- Se possível, ajustar a altura da cama para a realização do procedimento.
- Sempre se certificar das condições do piso evitando quedas durante a mobilização.
- Os funcionários com mais força devem se posicionar ao lado da maca.

### Resultados Esperados

- Transferir pacientes dependentes do leito para a maca utilizando técnica adequado.

|                                                                |                  |                |
|----------------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 021: Transferência do Leito para a Maca em Bloco. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                              |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                                    | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem                                 |                  |                |

### Material Necessário

- 06 funcionários da equipe de enfermagem.
- Maca.
- Lençol.
- Luvas de procedimento.





- Prontuário.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou familiares.
- Forrar a maca com lençol.
- Posicionar o leito no centro do quarto.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Soltar o lençol de baixo do leito do paciente.
- Colocar a maca paralelamente ao leito.
- Travar as rodas da maca.
- Posicionar três funcionários junto à maca e os outros três funcionários ao lado do leito.
- Transferir o paciente do leito para a maca, com movimento de elevação, em um movimento único e sincronizado.
- Manter a privacidade do paciente, cobrindo-o com lençol ou cobertor.
- Elevar as grades de proteção da maca.
- Certificar do conforto e segurança do paciente.
  
- Deixar a unidade organizada.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas em lixo contaminado.
- Anotar o horário e o local para onde o paciente foi encaminhado em prontuário.

### Manuseio de Material

- O posicionamento dos seis funcionários ocorre de forma simétrica, com três de cada lado. A primeira pessoa coloca um braço sob o pescoço e ombros e o outro sob as costas; a segunda pessoa coloca um braço sob a cintura e o outro sob os quadris; e a terceira pessoa coloca um braço sob os quadris e o outro sob as pernas.



- É de responsabilidade da equipe de enfermagem o transporte do paciente para setores internos, como raios-X e ressonância, aos finais de semana e durante o período noturno.
- Durante o horário administrativo a locomoção interna dos pacientes é realizada por funcionários do setor onde será realizado o exame.
- A transferência do paciente para a Unidade de Terapia Intensiva ou para outra acomodação no Andar de Internação é sempre realizada pela equipe de enfermagem do setor.
- Se possível, ajustar a altura da cama para a realização do procedimento.
- Sempre se certificar das condições do piso evitando quedas durante a mobilização.

### Resultados Esperados

- Transferir pacientes politraumatizados, em pós-operatório de laminectomia, ou que exigem imobilização da coluna vertebral, do leito para a maca, utilizando técnica adequada.

|                                                   |                  |                |
|---------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 022: Restrição Com Atadura De Crepe. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                 |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                       | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem                    |                  |                |

### Material Necessário

- Atadura de crepe.
- Compressa não estéril.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir o material necessário.

- Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente e/ou acompanhante.
- Colocar os membros superiores do paciente em posição anatômica.
- Colocar compressa ao redor do membro para evitar lesão por fricção pelo uso da atadura.
- Adaptar a atadura de crepe no membro.
- Enfaixar as extremidades distais dos membros, em região de punhos.
- Deixar a outra extremidade da atadura livre e com sobra.
- Amarrar a extremidade da atadura livre na grade lateral do leito.
- Realizar o mesmo procedimento com o outro membro.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento realizado e as reações do paciente no prontuário.

#### **Manuseio de Material**

- Sempre ajustar a contenção de modo que não permaneça nem muito apertada e nem muito frouxa.
- A utilização da compressa previne lesão no local de fricção da atadura com a pele.

#### **Resultados Esperados**

- Realizar a contenção física em pacientes com nível de consciência alterado.
- Prevenir a queda do leito de pacientes com quadros de agitação psicomotora.
- Prevenir que os pacientes pós-operados que estejam agitados ou poucos colaborativos retirem drenos, cateteres e sondas.

#### **Ações Corretivas**

- Caso a família não permita a realização da intervenção, comunicar ao médico responsável e anotar em prontuário.

- Se o membro contido apresentar cianose, afrouxar imediatamente a contenção realizada.
- Se houver escoriação após a retirada da contenção, comunicar a enfermeira de plantão para que ela avalie a integridade cutânea e realize a prescrição de enfermagem.

|                                         |                  |                |
|-----------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 023: Restrição Com Lençol. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP       |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023             | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem          |                  |                |

### Material Necessário

- Travesseiro.
- Lençol.

### Passos Críticos

#### *A) Restrição dos Ombros*

- Lavar as mãos.
- Reunir o material necessário.
- Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente e/ou acompanhante.
- Dobrar um lençol em diagonal até formar uma faixa de 25 cm de largura.
- Colocar a faixa sob as costas do paciente.
- Passar a faixa pela axila.
- Cruzar a faixa sob o travesseiro.
- Amarrar as pontas da faixa na cabeceira da cama.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento realizado e as reações do paciente no prontuário.

#### *B) Restrição do Abdome*

- Lavar as mãos.
- Reunir o material necessário.
- Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente e/ou acompanhante.
- Dobrar 02 lençóis de forma longitudinal ou diagonal até formar, cada uma, uma faixa de 25 cm de largura.
- Colocar uma faixa sobre o abdome do paciente e a outra sob a região lombar.
- Torcer juntas as pontas do lado direito dos dois lençóis.
- Amarrar na barra lateral do leito.
- Realizar o mesmo procedimento para o lado esquerdo.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento realizado e as reações do paciente no prontuário.

### ***C) Restrição dos Joelhos***

- Lavar as mãos.
- Reunir o material necessário.
- Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente e/ou acompanhante.
- Dobrar um lençol em diagonal.
- Colocar a faixa sob os joelhos.
- Passar a ponta do lado direito do lençol sobre o joelho direito e por baixo do esquerdo.
- Passar a ponta do lado esquerdo do lençol sobre o joelho esquerdo e por baixo do joelho direito.
- Amarrar as extremidades livres na barra lateral do leito.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento realizado e as reações do paciente.

### **Manuseio de Material**

- Sempre ajustar a contenção de modo que não permaneça nem muito apertada e nem muito frouxa, colocar as mãos entre a pele do paciente e o lençol para adequar a restrição.

### Resultados Esperados

- Realizar a contenção física em pacientes com nível de consciência alterado.
- Prevenir a queda do leito de pacientes com quadros de agitação psicomotora.
- Prevenir que os pacientes pós-operados em agitação ou os pouco colaborativos retirem drenos, cateteres e sondas.

### Ações Corretivas

- Caso a família não permita a realização da intervenção, comunicar ao médico responsável e anotar em prontuário.

|                                      |                  |                |
|--------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 024: Irrigação Vesical. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP    |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023          | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem       |                  |                |

### Material Necessário

- Equipo de irrigação.
- Suporte de soro.
- Frasco de água destilada.
- Campo estéril.
- Luva estéril.
- Gazes.
- Frasco de Clorexidine aquosa.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Explicar o procedimento ao paciente (sonda Foley de três vias).
- Adaptar o equipo de irrigação ao frasco de água destilada.
- Retirar o ar do equipo.
- Colocar o frasco no suporte de soro.
- Abrir o campo estéril com a técnica adequada.
- Calçar a luva estéril.
- Realizar a desinfecção da 3ª via da sonda Foley com Clorexidine aquosa.
- Colocar a sonda Foley sobre o campo estéril.
- Conectar o equipo na 3ª via da sonda Foley.
- Abrir a infusão da água destilada.
- Controlar o gotejamento conforme prescrição médica.
- Observar o funcionamento do sistema de irrigação/drenagem.
- Observar formação de coágulos, obstrução da sonda, presença de bexigoma.
- Comunicar à enfermeira ou ao médico responsável qualquer anormalidade no procedimento.
- Desprezar o débito da bolsa coletora.
- Anotar em prontuário o volume infundido, o volume drenado e o aspecto do débito.

### **Manuseio de Material**

- Preparar o material para a instalação do sistema de irrigação quando o paciente for encaminhado ao Centro Cirúrgico para a realização de retirada de tumor de próstata.
- Manter a irrigação vesical contínua, instalando um novo frasco de água destilada antes do término do frasco em utilização para evitar a formação de coágulos no sistema.

### **Resultados Esperados**



- Evitar a obstrução do fluxo da urina por coágulos, grumos e/ou sedimentos.

### Ações Corretivas

- Em caso de obstrução do sistema de irrigação proceder a ordenha da sonda vesical, persistindo o problema realizar a desobstrução com seringa.
- Se o paciente apresentar bexigoma ou dor intensa comunicar à enfermeira ou ao médico responsável.

|                                       |                  |                |
|---------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 025: Lavagem intestinal. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP     |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023           | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem        |                  |                |

### Material Necessário

- Solução prescrita
- Sonda retal.
- Forro.
- Vaselina ou xilocaína gel.
- Papel higiênico.
- Comadre.
- Biombo.
- Hamper.
- Gazes.
- Equipo de soro.
- Luvas de procedimento.
- Óculos de proteção
- Avental.
- Máscara facial.



- Suporte de soro.
- Sanito branco pequeno.
- Prescrição médica.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir o material.
- Explicar a finalidade e as etapas do procedimento ao paciente.
- Colocar biombos ao lado do leito para garantir a privacidade do paciente.
- Colocar sobre a mesa de cabeceira a solução de glicerina, gazes e xilocaína.
- Colocar a comadre próxima ao leito.
- Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo com o quadril e o joelho direitos flexionados (Posição de Sims), mantendo-o coberto.
- Colocar os forros sob as nádegas do paciente para proteger a cama.
- Adaptar o equipo de soro ao frasco de clister, retirando o ar do equipo.
- Colocar o frasco no suporte de soro, mais ou menos 45 cm acima do nível do leito.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Colocar a máscara de proteção.
- Colocar os óculos de proteção.
- Vestir o avental.
- Conectar a sonda retal a extremidade do equipo, retirando o ar dela.
- Lubrificar a sonda com xilocaína.
- Separar a prega Inter glútea com gazes expondo a região anal.
- Solicitar ao paciente que respire profundamente com a finalidade de promover maior relaxamento.
- Introduzir a sonda no reto, cerca de 8 a 10 cm, de forma lenta e cuidadosa, nunca forçando o procedimento.
- Abrir a pinça do equipo de soro e deixar a solução correr até o final, controlando o gotejamento conforme prescrição médica.



- Fechar a pinça do equipo.
- Retirar a sonda ao término da solução.
- Desprezar a sonda envolvida no papel higiênico e o frasco dentro do sanito branco.
- Orientar o paciente a reter a solução durante alguns minutos.
- Oferecer a comadre (ou encaminhar ao banheiro) deixando o papel higiênico em suas mãos
- Retirar a comadre e levar ao banheiro desprezando o conteúdo e lavando-a.
- Retirar as luvas de procedimento e a máscara de proteção, desprezando-os no sanito branco.
- Retirar os óculos de proteção, lavar com água e sabão e guardar no posto de enfermagem.
- Retirar o avental e colocar no hamper.
- Oferecer material para lavagem das mãos do paciente, se necessário.
- Deixar a unidade organizada e o paciente confortável.
- Lavar as mãos.
- Anotar no prontuário o horário, a quantidade de solução usada e o retorno.
- Checar procedimento na prescrição médica e anotar na folha de controles do paciente.

### **Manuseio de Material**

- Se necessário, a sonda retal pode ser fixada com esparadrapo.
- Não permitir a entrada de ar no sistema.
- Controlar rigorosamente o gotejamento em clister gota a gota.
- Nunca forçar a introdução da sonda retal.

### **Resultados Esperados**

- Realizar o preparo do cólon para cirurgias anais ou para colonoscopia.
- Tratar quadros de constipação intestinal e fecaloma.
- Realizar clister terapêutico em quadros de diarreia intensa.



### Ações Corretivas

- Se o paciente se queixar de dor, diminuir ou interromper momentaneamente o fluxo do líquido.
- Quando o líquido não entrar por obstrução da sonda, realizar movimentos delicados com ela ou substituí-la se estiver obstruída.

|                                                       |                  |                |
|-------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 026: Lavagem Intestinal pela Colostomia. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                     |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                           | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem                        |                  |                |

### Material Necessário

- Frasco com solução comercial para lavagem intestinal, ou solução conforme prescrição médica.
- Toalha ou forro.
- Sanito branco.
- Papel higiênico.
- Sonda retal nº: 14 ou 16, conforme o estoma.
- Equipo de soro.
- Gazes.
- Luvas de procedimento.
- Bolsa de colostomia.
- Xilocaína gel.
- Frasco de soro fisiológico 0,9% de 250 ml.
- Tesoura.
- Biombo.
- Comadre.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente.
- Reunir o material levando-o a unidade do paciente.
- Colocar biombos ao lado do leito para garantir a privacidade do paciente.
- Conectar a sonda retal na extremidade do equipo de soro.
- Posicionar o frasco da solução comercial para a lavagem intestinal no suporte de soro cerca de 45 a 50cm acima do nível da colostomia.
- Retirar o ar da extensão do equipo.
- Lubrificar a sonda retal usando gaze com gel anestésico.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Retirar a bolsa de colostomia e desprezar no sanitário branco.
- Proceder à limpeza ao redor da colostomia com gaze e soro fisiológico a 0,9%.
- Segurar a sonda retal com auxílio de uma gaze.
- Introduzir a sonda retal pelo estoma cerca de 15 a 20cm.
- Segurar a sonda retal com uma gaze, já introduzida.
- Abrir a pinça do equipo da solução.
- Deixar a solução correr lentamente.
- Fechar a pinça quando terminar a solução, evitando a entrada de ar.
- Retirar a sonda clamando-a e puxando-a.
- Desprezar a sonda envolvida em papel higiênico e as gazes sujas no sanitário branco.
- Proceder à limpeza ao redor da colostomia utilizando gaze e soro fisiológico, após o efeito satisfatório da lavagem.
- Providenciar a higiene do paciente.
- Secar a área ao redor da colostomia com gazes.
- Verificar o diâmetro do estoma.
- Recortar de forma anatômica a nova bolsa de colostomia.
- Encaixar a bolsa de colostomia ao estoma.

- Recolher o material e deixar a unidade em ordem.
- Providenciar para que o banheiro seja higienizado, em caso de utilização dele.
- Desprezar as luvas de procedimento no sanito branco.
- Lavar as mãos.
- Anotar no prontuário do paciente, a realização do procedimento, o efeito da lavagem, a quantidade e aspecto do líquido retornado.
- Checar o procedimento na prescrição médica.
- Anotar o retorno em folha de controle do paciente.

### **Manuseio de Material**

- Antes da introdução da sonda pela colostomia, retirar o ar da extensão do equipo, evitando desta forma, distensão e cólica abdominal.

### **Resultados Esperados**

- Realizar o preparo do cólon para cirurgias ou para colonoscopia.

### **Ações Corretivas**

- Caso o paciente não possa ir ao banheiro, realizar o procedimento no próprio leito, levando uma comadre para desprezar o conteúdo, um forro e um plástico para colocar sob o local da colostomia.
- Havendo resistência durante a introdução da sonda retal, abrir a pinça do equipo de soro permitindo que corra um pouco da solução; se assim mesmo não resolver, não forçar a introdução, comunicar a enfermeira do setor.
- Havendo refluxo de grande quantidade de líquido, durante a infusão da solução, diminuir a pressão dele ou tentar introduzir a sonda mais 5cm.

|                                         |                  |                |
|-----------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 027: Sondagem Nasoenteral. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP       |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023             | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Enfermeiro                    |                  |                |

### Material Necessário

- Sonda Nasoenteral.
- Tubo de xilocaína gel.
- Luvas de procedimento.
- Gaze.
- Micropore.
- Esparadrapo.
- Seringa 20 ml.
- Estetoscópio.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material necessário em uma bandeja.
- Realizar a preparação da sonda nasoenteral conforme as instruções do fabricante.
- Explicar as etapas do procedimento e sua finalidade ao paciente e/ou familiares.
- Avaliar a integridade dos reflexos de deglutição e tosse do paciente.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Posicionar o paciente com a cabeceira do leito elevada (Posição de Fowler).
- Proceder à mensuração para determinar a extensão de sonda que será introduzida.
- Realizar a mensuração do lóbulo da orelha à ponta do nariz, da ponta do nariz ao apêndice xifoide, acrescentando mais 5 cm.
- Realizar a marcação da sonda com esparadrapo no ponto determinado, utilizando como parâmetro em situação de deslocamento dela.





- Solicitar ao paciente que flexione a cabeça e realize movimentos de deglutição durante a introdução da sonda.
- Observar as condições das narinas e aletas nasais.
- Higienizar narina com SF 0,9% quando necessário.
- Passar xilocaína gel na ponta da sonda enteral.
- Introduzir a sonda na narina do paciente até sentir uma pequena resistência, que indica que a sonda atingiu a nasofaringe e nesse ponto, peça ao paciente para fletir ligeiramente a cabeça, ocorrendo o fechamento da traqueia e abertura do esôfago;
- Quando possível, solicitar a colaboração do paciente, pedindo para que faça movimentos de deglutição.
- Continuar introduzindo a sonda, acompanhando os movimentos de deglutição do paciente até o ponto pré- marcado.
- Suspender a progressão da sonda caso o paciente apresente náuseas, vômitos, tosse, dispneia e/ou cianose.
- Testar o posicionamento, injetando 20ml de ar com seringa. Auscultar com estetoscópio simultaneamente a região epigástrica e/ou aspirar o conteúdo gástrico.
- A sonda deverá ser fixada adicionalmente na face, do mesmo lado da narina utilizada, com fita adesiva fina.
- Solicitar que o paciente permaneça em decúbito lateral direito, facilitando o posicionamento da sonda para o duodeno através dos movimentos peristálticos.
- Deixar o paciente confortável.
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde.
- Higienizar as mãos;
- Encaminhar o paciente para controle radiológico;
- Após confirmar a localização da sonda pela radiografia, retirar o fio guia e iniciar a nutrição/medicação;
- Guardar o mandril na embalagem original da sonda, adequadamente enrolado e identificado, para repassar a sonda se necessário;
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos

- Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

### Manuseio de Material

- A passagem de sonda nasointestinal é de responsabilidade exclusiva do enfermeiro.
- Recomenda-se fixar a sonda no nariz e não na testa, para que não haja comprometimento do campo de visão do paciente.
- A fixação deve ser confortável e segura, com tiras finas de esparadrapo ou micropore.
- A cada período de 12 horas, após as mudanças de decúbito do paciente, após o banho e após a fisioterapia e após o horário de visitas, confirmar a posição da sonda realizando a ausculta do ruído característico, ao injetar ar pela sonda com uma seringa de 10 ml.
- Lavar a sonda após cada administração de medicamentos com 20 ml de água, pois impactação de medicamentos é a causa mais frequente de obstrução de sonda enteral.
- A diluição mínima dos medicamentos administrados pela sonda é de 20 ml.
- A troca da seringa utilizada deverá ser realizada a cada 24 horas.
- A posição de Fowler e a flexão da cabeça facilita a introdução da sonda no esôfago.
- O uso de xilocaína gel tem por finalidade tornar a sonda escorregadia, provocar o mínimo de traumatismo na mucosa nasal e minimizar a dor do paciente.
- Não deve haver dificuldade na progressão da sonda, no momento de sua colocação. A dificuldade na introdução da sonda se deve a dobras da sonda na boca, progressão da sonda para a traqueia, ou a formação de alça dentro do estômago, fazendo com que sua extremidade fique apontada em direção ao esôfago.

### Ações Corretivas

- Se no momento da colocação da sonda houver o aparecimento de tosse, alterações no ritmo respiratório, cianose, taquipneia, ou dificuldade respiratória, retirar imediatamente a sonda, pois estes sinais indicam que a sonda está na traqueia.

|                                   |                  |                |
|-----------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 028: Sondagem Retal. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023       | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem    |                  |                |

### Material Necessário

- Sonda retal nº: 22 ou 24.
- Vaselina 5ml.
- Luvas de procedimento.
- Gazes.
- Forros.
- Esparadrapos.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir o material.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Colocar biombos ao lado do leito para garantir a privacidade do paciente.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Lubrificar a sonda retal com vaselina.
- Separar a prega Inter glútea com gazes expondo a região anal.
- Introduzir a sonda retal de 8 a 10 cm, solicitando que o paciente respire profundamente.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Manter o paciente em posição confortável.
- Lavar as mãos.
- Anotar no prontuário do paciente o horário do procedimento, o responsável pela execução e o resultado obtido.



### Manuseio de Material

- Se necessário, a sonda retal pode ser fixada com esparadrapo.

### Resultados Esperados

- Realizar a coleta de fezes a fresco.
- Realizar sondagem terapêutica em quadros de diarreia intensa e flatulência.
- Realizar o preparo do cólon para cirurgias anais e para colonoscopia.

### Ações Corretivas

- Não forçar a introdução da sonda se houver resistência durante o procedimento, comunicar enfermeiro responsável.

|                                                        |                  |                |
|--------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 029: Sondagem Vesical de Demora Feminino. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                      |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                            | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Enfermeiro                                   |                  |                |

### Material Necessário

- Material para higiene íntima (POP 10)
- Luvas de procedimento.
- Sonda Foley de calibre adequado.
- Coletor de urina estéril (sistema fechado).
- Xilocaína gel.
- Solução antisséptica clorexidine aquosa
- 02 Pacotes de gaze estéril.

- Luva estéril.
- Máscara descartável.
- Kit de cateterismo vesical (cuba rim, cúpula, pinça Cherron e campo fenestrado).
- Seringa de 20ml.
- Agulha 40x12.
- 02 Ampolas de água destilada de 10ml.
- 10 cm de micropore.
- Biombo.
- Sanito branco.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Arrumar o material na mesa auxiliar no quarto do paciente.
- Orientar o paciente sobre o procedimento.
- Posicionar biombos ao redor do leito.
- Colocar a paciente em posição ginecológica, expondo apenas os genitais.
- Proceder à higiene íntima com água e sabão, conforme a técnica.
- Lavar as mãos.
- Colocar máscara facial.
- Abrir o pacote de cateterismo vesical sobre o leito, no sentido diagonal, colocando uma das pontas do campo rente à região glútea.
- Abrir o restante do material sobre o campo (pacote de lavagem externa, gaze, seringa, agulha, sonda vesical).
- Colocar a solução antisséptica na cúpula e a xylocaína gel na gaze estéril.
- Abrir a embalagem do coletor e colocar a ponta da conexão sobre o campo, conservando-a estéril.
- Fixar a extensão do coletor na periferia do campo com a presilha e a bolsa coletora na lateral da cama.

- Abrir a ampola de água destilada e deixe-a sobre a mesa.
- Abrir a seringa de xylocaína gel.
- Calçar a luva estéril.
- Testar o balão da sonda com a seringa de 20 ml de ar após verificar sua capacidade (fornecida pelo fabricante).
- Aspirar a água destilada com o auxílio da seringa e agulha, sem tocar na ampola.
- Dispor o material sobre o campo de forma a facilitar o trabalho.
- Lubrificar a sonda vesical com a xylocaína gel segurando a seringa da xylocaína gel com gaze estéril para não contaminar a luva.
- Conectar a sonda à extensão do coletor.
- Proceder à antissepsia da vulva e do meato uretral com gazes montadas em pinça e embebidas clorexidine
- Desprezar as gazes sujas no sanitário branco.
- Separar os lábios menores com o polegar e o indicador expondo o vestibulo vaginal, dando atenção à área do meato uretral.
- Colocar o campo fenestrado estéril sobre a região.
- Comunicar ao paciente quando estiver introduzindo a sonda e solicite a ela que inspire e expire lentamente se possível.
- Introduzir a sonda no meato urinário, aproximadamente 3 cm após o início da drenagem da urina.
- Insuflar o balão da sonda com uma seringa com 15 ml de soro.
- Tracionar lentamente a sonda até encontrar resistência.
- Fixar a sonda na coxa para evitar tração, com auxílio de fita de micropore.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Deixar o quarto organizado.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento realizado, a quantidade e o aspecto de urina drenada e observações em prontuário.

### Manuseio de Material



- Para a sondagem vesical é importante uma iluminação adequada para a visualização do meato urinário.
- Nunca forçar a introdução da sonda.
- A sonda vesical de demora segundo preconização da CCIH pode permanecer por tempo indeterminado conforme situação clínica do paciente exigir, exceto quando em presença de piuria, disúria, ou obstrução por grumos e material quebrado.
- Para a coleta de exame de urocultura se o período de passagem exceder a 30 dias, é indicado uma nova cateterização vesical do paciente antes da coleta da amostra.
- Para transporte e/ou mobilização do paciente não é necessário pinçar a extensão da sonda vesical, pois ela possui um sistema de antirreflexo.
- Antes de fazer a sondagem em pacientes com retenção urinária, procurar todos os meios para estimulá-lo a urinar, como a abertura de torneira, realização de lavagem externa com água aquecida, posicionamento do paciente sobre uma comadre com água quente e colocação de bolsa de água quente na região hipogástrica.
- Para pacientes com incontinência urinária, ao invés de cateterizar, é preferível usar absorventes e calças plásticas especiais para adultos.
- Realizar higiene íntima com água e sabão, no mínimo duas vezes ao dia.

### Resultados Esperados

- Controlar rigorosamente o balanço hídrico em quadros clínicos graves e/ou pacientes cardiopatas, nefropatas e com alterações neurológicas.
- Aliviar distensão vesical pela retenção urinária.
- Manter o esvaziamento vesical em pacientes com comprometimento da mobilidade ou em pós-operatório.

### Ações Corretivas



- Em caso de sangramento para o procedimento e comunicar ao médico de plantão e anotar.

|                                                        |                  |                |
|--------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 030: Sondagem Vesical de Demora Masculina |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                      |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023.                           | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Enfermeiro                                   |                  |                |

### Material Necessário

- Material para higiene íntima (POP 11)
- Luvas de procedimento.
- Sonda vesical Folley de calibre adequado.
- Coletor de urina estéril (sistema fechado).
- Tubo de xylocaína gel.
- Solução antisséptica clorexidine aquosa.
- Pacote de gaze estéril.
- Luva estéril.
- Máscara descartável.
- Kit de cateterismo vesical (cuba rim, cúpula, pinça Cherron e campo fenestrado).
- Seringa de 20ml.
- Agulha 40x12.
- Água destilada de 1 ml.
- Micropore.
- Sanito branco.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Arrumar o material na mesa auxiliar no quarto do paciente.



- Orientar o paciente sobre o procedimento.
- Posicionar biombos ao redor do leito.
- Colocar o paciente em decúbito dorsal, expondo somente os genitais.
- Proceder à higiene íntima com água e sabão, conforme a técnica.
- Lavar as mãos.
- Colocar máscara facial.
- Abrir o pacote de cateterismo vesical sobre as pernas do paciente, no sentido diagonal, colocando uma das pontas do campo rente à raiz peniana.
- Abrir o restante do material sobre o campo (pacote de lavagem externa, seringa, agulha, gaze, sonda vesical).
- Colocar a solução antisséptica na cúpula.
- Abrir a embalagem do coletor e colocar a ponta da conexão sobre o campo, conservando-a estéril.
- Fixar a extensão do coletor na periferia do campo com a presilha e a bolsa coletora na lateral da cama.
- Abrir a seringa de xylocaína gel.
- Calçar as luvas estéreis. Aspire à água destilada com o auxílio da seringa e agulha, sem tocar na ampola.
- Teste o balão da sonda após verificar sua capacidade (fornecida pelo fabricante).
- Dispor o material sobre o campo de forma a facilitar o trabalho.
- Afastar o prepúcio e segurar o pênis entre o dedo indicador e médio, perpendicularmente ao corpo.
- Proceder à antisepsia das pregas do prepúcio, glândula e meato uretral, com gazes montadas em pinça e embebidas em solução clorexidina aquosa;
- Observar a presença de anormalidades.
- Colocar o campo fenestrado estéril.
- Colocar a extremidade distal da sonda vesical dentro da cuba rim.
- Introduzir a xylocaína gel direto no meato uretral, mantendo o bico da seringa firmemente acoplado.
- Comunicar ao paciente a introdução da sonda.

- Introduzir a sonda cuidadosamente quase até a sua bifurcação.
- Insuflar o balão com uma seringa com 15ml de soro.
- Tracionar lentamente a sonda até encontrar resistência.
- Fixar a sonda lateralmente na coxa ou sobre o abdome para diminuir o ângulo peno escrotal, com auxílio de fita micropore.
- Reposicionar o prepúcio.
- Retirar as luvas estéreis.
- Desprezar as luvas no sanito branco.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Deixar o quarto organizado.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento realizado, a quantidade e o aspecto de urina drenada e observações em prontuário.
- Manter ambiente limpo e organizado.

### **Manuseio de Material**

- Para a sondagem vesical é importante uma iluminação adequada para a visualização do meato urinário.
- Caso sinta resistência do esfíncter externo, aumentar levemente a tração sobre o pênis e aplicar uma pressão suave sobre a sonda.
- Nunca forçar a introdução da sonda.
- Antes de fazer a sondagem em pacientes com retenção urinária, procurar todos os meios para estimulá-lo a urinar, como a abertura de torneira, realização de lavagem externa com água aquecida, posicionamento do paciente sobre uma comadre com água quente e colocação de bolsa de água quente na região hipogástrica.
- Para pacientes com Incontinência Urinária, ao invés de cateterizar, é preferível usar absorventes e calças plásticas especiais para adultos. Em caso de paciente masculino, pode ser adaptado externamente, no pênis, um dispositivo de tubo de borracha (URIPEN) tipo condom, ligado a um intermediário, e este ao coletor de urina.

- Realizar higiene íntima com água e sabão, no mínimo 2 vezes ao dia. A sonda vesical de demora segundo preconização da CCIH pode permanecer por tempo indeterminado conforme situação clínica do paciente exigir, exceto quando em presença de piúria, disúria, ou obstrução por grumos e material quebrado.
- Para a coleta de exame de urocultura se o período de passagem exceder a 30 dias, é indicada uma nova cateterização vesical do paciente antes da coleta da amostra.
- Para transporte e/ou mobilização do paciente não é necessário pinçar a extensão da sonda vesical, pois ela possui um sistema de antirreflexo.

### Resultados Esperados

- Controlar rigorosamente o balanço hídrico em quadros clínicos graves e/ou pacientes cardiopatas, nefropatas e com alterações neurológicas.
- Aliviar distensão vesical pela retenção urinária.
- Manter o esvaziamento vesical em pacientes com comprometimento da mobilidade ou em pós-operatório.

### Ações Corretivas

- Em caso de sangramento para o procedimento e comunicar ao médico de plantão e anotar.

|                                          |                 |                |
|------------------------------------------|-----------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 031: Sondagem Nasogástrica. |                 |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP        |                 |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023              | Última revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Enfermeiro                     |                 |                |

### Material Necessário

- Sonda Nasogástrica.

- Tubo de xylocaína gel.
- Luvas de procedimento.
- Gaze.
- Óculos de proteção
- Máscara
- Micropore.
- Esparadrapo.
- Seringa 20 ml.
- Estetoscópio.
- Toalha ou papel toalha
- Prontuário.
- Biombo se necessário

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material necessário em uma bandeja.
- Explicar as etapas do procedimento e sua finalidade ao paciente e/ou familiares.
- Avaliar a integridade dos reflexos de deglutição e tosse do paciente.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Posicionar o paciente com a cabeceira do leito elevada (Posição de Fowler).
- Proceder a mensuração para determinar a extensão de sonda que será introduzida.
- Realizar a mensuração do lóbulo da orelha à ponta do nariz, da ponta do nariz ao apêndice xifoide.
- Realizar a marcação da sonda com esparadrapo no ponto determinado, utilizando como parâmetro em situação de deslocamento dela.
- Solicitar ao paciente que flexione a cabeça e realize movimentos de deglutição durante a introdução da sonda.
- Observar as condições das narinas e aletas nasais.
- Passar xylocaína gel na ponta da sonda enteral.

- Introduzir a sonda até a marcação realizada.
- Realizar o teste de ausculta da região epigástrica durante a injeção de ar.
- Conectar uma seringa com ar a extremidade da sonda.
- Posicionar o estetoscópio na região epigástrica.
- Pressionar o êmbolo da seringa.
- Auscultar o ruído.
- Realizar o teste da aspiração.
- Conectar a seringa na sonda.
- Aspirar a sonda.
- Observar o retorno de líquido.
- Fixar a sonda com tiras finas de micropore.
- Limpar com gaze o excesso de xylocaína em narinas.
- Colocar a seringa de 20ml dentro de um copo plástico para uso de rotina.
- Deixar o quarto organizado.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Desprezar as luvas em lixo contaminado.
- Lavar as mãos.
- Anotar procedimento realizado, observações e intercorrências em prontuário.
- Checar o procedimento em prescrição médica.

### Manuseio de Material

- A fixação deve ser confortável e segura, com tiras finas de esparadrapo ou micropore.
- A cada período de 12 horas, após as mudanças de decúbito do paciente, após o banho e após a fisioterapia e após o horário de visitas, confirmar a posição da sonda realizando a ausculta do ruído característico, ao injetar ar pela sonda com uma seringa de 10 ml.
- A posição de Fowler e a flexão da cabeça facilita a introdução da sonda no esôfago.
- O uso de xylocaína gel tem por finalidade tornar a sonda escorregadia, provocar o mínimo de traumatismo na mucosa nasal e minimizar a dor do paciente.

- Não deve haver dificuldade na progressão da sonda, no momento de sua colocação. As dificuldades na introdução da sonda se devem a dobras da sonda na boca, progressão da sonda para a traqueia, ou a formação de alça dentro do estômago, fazendo com que sua extremidade fique apontada em direção ao esôfago.

### Resultados Esperados

- Administrar medicamentos e alimentos.
- Obter conteúdo gástrico para análise.
- Tratar uma obstrução ou um local com sangramento.
- Descomprimir o estômago e remover gás e líquido.

### Ações Corretivas

- Se no momento da colocação da sonda houver o aparecimento de tosse, alterações no ritmo respiratório, cianose, taquipnéia, ou dificuldade respiratória, retirar imediatamente a sonda, pois estes sinais indicam que a sonda está na traqueia.

|                                                        |                  |                |
|--------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 032: Sondagem Vesical de Alívio Feminina. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica do IGPP                   |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                            | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Enfermeiro                                   |                  |                |

### Material Necessário

- Material para higiene íntima (POP 10).
- Luvas de procedimento.
- Sonda vesical de calibre adequado.
- Xylocaína gel.
- Solução antisséptica (Clorexidina aquosa).





- 02 Pacotes de gaze estéril.
- Luva estéril.
- Máscara descartável.
- Kit de cateterismo vesical (cuba rim, cúpula, pinça Cherron e campo fenestrado).
- Biombo.
- Sanito branco.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Arrumar o material na mesa auxiliar no quarto do paciente.
- Orientar o paciente sobre o procedimento.
- Posicionar biombos ao redor do leito.
- Colocar a paciente em posição ginecológica, expondo apenas os genitais.
- Proceder à higiene íntima com água e sabão, conforme a técnica.
- Lavar as mãos.
- Colocar máscara facial.
- Abrir o pacote de cateterismo vesical sobre o leito, no sentido diagonal, colocando uma das pontas do campo rente à região glútea.
- Abrir o restante do material sobre o campo (pacote de lavagem externa, sonda vesical).
- Colocar a solução antisséptica na cúpula e a xylocaína gel na gaze estéril.
- Abrir a seringa de xylocaína gel.
- Calçar a luva estéril.
- Dispor o material sobre o campo de forma a facilitar o trabalho.
- Lubrificar a sonda vesical com a xylocaína gel segurando a seringa da xylocaína gel com gaze estéril para não contaminar a luva.
- Proceder à antisepsia da vulva e do meato uretral com gazes montadas em pinça e embebidas em Clorexidina Aquosa.
- Desprezar as gazes sujas no sanito branco.

- Separar os lábios menores com o polegar e o indicador expondo o vestíbulo vaginal, dando atenção à área do meato uretral.
- Colocar o campo fenestrado estéril sobre a região.
- Colocar a extremidade distal da sonda vesical dentro da cuba rim.
- Comunicar ao paciente quando estiver introduzindo a sonda e solicite a ela que inspire e expire lentamente se possível.
- Introduzir a sonda no meato urinário, aproximadamente 3cm após o início da drenagem da urina.
- Observar o retorno de débito urinário pela sonda.
- Aguardar a drenagem completa.
- Retirar a sonda vesical.
- Desprezar a sonda vesical no sanito branco.
- Retirar as luvas estéreis.
- Desprezar as luvas no sanito branco.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Deixar o quarto organizado.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento realizado, a quantidade e o aspecto de urina drenada e observações em prontuário.

### Manuseio de Material

- Para a sondagem vesical é importante uma iluminação adequada para a visualização do meato urinário.
- Nunca forçar a introdução da sonda.
- Antes de fazer a sondagem em pacientes com retenção urinária, procurar todos os meios para estimulá-lo a urinar, como a abertura de torneira, realização de lavagem externa com água aquecida, posicionamento do paciente sobre uma comadre com água quente e colocação de bolsa de água quente na região hipogástrica.

- Para pacientes com incontinência urinária, ao invés de cateterizar, é preferível usar absorventes e calças plásticas especiais para adultos.

### Resultados Esperados

- Aliviar distensão vesical pela retenção urinária.
- Manter o esvaziamento vesical em pacientes com comprometimento da mobilidade ou em pós-operatório.

### Ações Corretivas

- Em caso de sangramento para o procedimento e comunicar ao médico de plantão e anotar.

|                                                         |                  |                |
|---------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 033: Sondagem Vesical de Alívio Masculina. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                       |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                             | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Enfermeiro                                    |                  |                |

### Material Necessário

- Material para higiene íntima (POP 11).
- Luvas de procedimento.
- Sonda vesical de calibre adequado.
- Xylocaína gel.
- Solução antisséptica (Clorexidine Aquosa).
- 02 Pacotes de gaze estéril.
- Luva estéril.
- Máscara descartável.
- Kit de cateterismo vesical (cuba rim, cúpula, pinça Cherron e campo fenestrado).

- 10 cm de micropore.
- Biombo.
- Sanito branco.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Arrumar o material na mesa auxiliar no quarto do paciente.
- Orientar o paciente sobre o procedimento.
- Posicionar biombos ao redor do leito.
- Colocar o paciente em decúbito dorsal, expondo somente os genitais.
- Proceder à higiene íntima com água e sabão, conforme a técnica.
- Lavar as mãos.
- Colocar máscara facial.
- Abrir o pacote de cateterismo vesical sobre as pernas do paciente, no sentido diagonal, colocando uma das pontas do campo rente à raiz peniana.
- Abrir o restante do material sobre o campo (pacote de lavagem externa, sonda vesical).
- Colocar a solução antisséptica na cúpula.
- Abrir a seringa de xylocaína gel.
- Calçar as luvas estéreis.
- Dispor o material sobre o campo de forma a facilitar o trabalho.
- Afastar o prepúcio e segurar o pênis entre o dedo indicador e médio, perpendicularmente ao corpo.
- Proceder à antisepsia das pregas do prepúcio, glândula e meato uretral, com gazes montadas em pinça e embebidas em solução de Clorexina Aquosa.
- Observar a presença de anormalidades.
- Colocar o campo fenestrado estéril.
- Introduzir a xylocaína gel direto no meato uretral, mantendo o bico da seringa firmemente acoplado.

- Colocar a extremidade distal da sonda dentro da cuba rim.
- Comunicar ao paciente a introdução da sonda.
- Introduzir a sonda cuidadosamente quase até a sua bifurcação.
- Observar o retorno de débito urinário pela sonda.
- Aguardar a drenagem completa.
- Retirar a sonda vesical.
- Reposicionar o prepúcio.
- Desprezar a sonda vesical no sanito branco.
- Retirar as luvas estéreis.
- Desprezar as luvas no sanito branco.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Deixar o quarto organizado.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento realizado, a quantidade e o aspecto de urina drenada e observações em prontuário.

### Manuseio de Material

- Para a sondagem vesical é importante uma iluminação adequada para a visualização do meato urinário.
- Caso sinta resistência do esfíncter externo, aumentar levemente a tração sobre o pênis e aplicar uma pressão suave sobre a sonda.
- Nunca forçar a introdução da sonda.
- Antes de fazer a sondagem em pacientes com retenção urinária, procurar todos os meios para estimulá-lo a urinar, como a abertura de torneira, realização de lavagem externa com água aquecida, posicionamento do paciente sobre uma comadre com água quente e colocação de bolsa de água quente na região hipogástrica.
- Para pacientes com Incontinência Urinária, ao invés de cateterizar, é preferível usar absorventes e calças plásticas especiais para adultos. Em caso de paciente masculino,

pode ser adaptado externamente, no pênis, um dispositivo de tubo de borracha (URIPEN) tipo códon, ligado a um intermediário, e este ao coletor de urina.

### Resultados Esperados

- Aliviar distensão vesical pela retenção urinária.
- Manter o esvaziamento vesical em pacientes com comprometimento da mobilidade ou em pós-operatório.

### Ações Corretivas

- Em caso de sangramento para o procedimento e comunicar ao médico de plantão e anotar.

|                                                            |                  |                |
|------------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 034: Troca de Selo D' água de Dreno de Tórax. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                          |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                                | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem                             |                  |                |

### Material necessário

- Máscara facial.
- Óculos de proteção.
- Luvas de procedimento.
- Forro grande.
- Frasco de água destilada estéril 500 ml.
- Frasco para desprezar débito do dreno torácico

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Explicar ao paciente o procedimento e finalidade sempre que possível.
- Colocar o forro grande embaixo do dreno de tórax, caso respingue sangue.
- Colocar óculos de proteção.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Clampear dreno de tórax para prevenção de entrada de ar em sistema fechado.
- Abrir frasco de dreno de tórax, tendo cuidado para não contaminar o intermediário.
- Desprezar débito de frasco de tórax em um segundo frasco.
- Realizar previamente uma lavagem do frasco com um pouco de água destilada para a retirada de sangue ou grumos depositados.
- Adicionar selo d'água com 200 ml de água destilada estéril no frasco de drenagem.
- Conectar a tampa ao frasco, certificando o correto fechamento.
- Desclampear o dreno de tórax.
- Observar oscilação da coluna d'água de acordo com a respiração do paciente.
- Desprezar débito em vaso sanitário individual.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Deixar o quarto organizado.
- Lavar as mãos.
- Anotar procedimento no relatório de enfermagem descrevendo volume e aspecto de conteúdo drenado pelo tórax.

### **Manuseio de Material**

- Certificar-se de que a extensão do dreno de tórax foi seguramente clampeada a fim de provocar um quadro de pneumotórax ao paciente.
- Realizar a troca de selo d'água a cada 24 horas, conforme padronização.
- Prevenir risco de infecção para o paciente, manuseando o frasco aberto sem contaminar seu intermediário e paredes internas.



### Resultados esperados

- Obter uma drenagem eficiente do tórax acometido para alívio e conforto do paciente.
- Melhorar padrão respiratório do paciente.
- Observar “coleção” presente no pulmão do paciente e pesquisar presença de microrganismos se necessário.

### Ações corretivas

- Em caso de dreno de tórax não oscilante, verificar se a não drenagem de líquidos pleurais pode estar relacionada ao incorreto posicionamento do frasco, tampa do frasco mal rosqueada ou presença de grumos na extensão do sistema de drenagem torácica.

|                                                |                  |                |
|------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 035: Instalação da Dieta Enteral. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP              |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                    | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem                 |                  |                |

### Material Necessário

- Bomba de Infusão.
- Bolsa da dieta.
- Equipo para dieta enteral.
- Bandeja
- Estetoscópio.
- Seringa de 20ml.
- Álcool 70%
- Algodão.
- Prescrição médica.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Conferir o rótulo da dieta, o nome do paciente e a data do preparo com a prescrição médica.
- Conectar o equipo a bolsa da dieta, obedecendo a todos os cuidados de assepsia, desinfetando a superfície externa com álcool a 70% antes de ser aberta.
- Reunir todo o material necessário em uma bandeja.
- Orientar o procedimento a ser prestado aos acompanhantes e, se possível, ao paciente.
- Posicionar o paciente com a cabeceira do leito elevada em 45°.
- Realizar teste de ausculta para confirmar a locação adequada da sonda, através da infusão de ar.
- Conectar o equipo da bolsa de dieta a bomba de infusão apropriada.
- Conectar a extremidade distal do equipo a sonda nasoenteral.
- Ajustar o fluxo de infusão da bomba, conforme orientação da nutricionista em prescrição médica.
- Ligar a bomba de infusão.
- Checar o procedimento realizado em prescrição médica.

### **Manuseio de Material**

- O controle do gotejamento da dieta deve ser realizado de maneira correta, pois fluxo de infusão da dieta acelerado pode provocar intolerância digestiva e o fluxo reduzido ocasiona a oferta incompleta da dieta, com prejuízos na oferta calórica.
- A cada período de 12 horas, após as mudanças de decúbito do paciente, após o banho e após a fisioterapia e após o horário de visitas, confirmar a posição da sonda realizando a ausculta do ruído característico, ao injetar ar pela sonda com uma seringa de 10 ml.
- O paciente deve ser mantido com a cabeceira elevada em 45° para evitar o risco de bronca aspiração.
- A progressão na velocidade de infusão da dieta depende da tolerância do paciente e do volume prescrito para 24 horas.

- Durante a terapia nutricional, sempre avaliar presença de distensão abdominal, náuseas e vômitos e diarreia.
- Para a instalação da dieta enteral por gastrostomia, seguir o procedimento de maneira semelhante, com a conexão da extremidade distal do equipo a sonda de gastrostomia.

### Resultados Esperados

- Melhorar o aporte nutricional do paciente.

### Ações Corretivas

- Se no momento do teste de ausculta não houver a presença do ruído, comunicar ao enfermeiro de plantão imediatamente.

|                                   |                  |                |
|-----------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 036: Punção Venosa.  |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023       | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem    |                  |                |

### Material Necessário

- Bandeja.
- Álcool 70% ou Clorexidina alcoólica 0,5%.
- Bolas de Algodão.
- Luvas de procedimento.
- Óculos de proteção
- Cateter intravenoso periférico (Abocath) ou dispositivo de infusão intravenoso (Scalp) com número adequado para quantidade e velocidade de infusão, e vaso escolhido para punção.
- Micropore ou filme transparente estéril para fixação
- Tesoura.

- Material para permeabilização
- Dispositivo a ser conectado ao cateter venoso (torneirinha, tubo extensor, tubo em “Y”).
- Equipo micro ou macrogotas (se necessário)
- Garrote.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material necessário.
- Orientar o paciente em relação ao procedimento.
- Escolher o local de punção.
- Observar a integridade cutânea, as condições de hidratação da pele e as condições da rede venosa do paciente.
- Garrotear o membro, em região acima do local escolhido para a punção.
- Solicitar ao paciente que feche as mãos com força.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Fazer antisepsia da região com álcool 70%, com movimentos em sentido único.
- Fixar a veia de escolha.
- Colocar o dedo indicador da mão dominante sobre o canhão da agulha e com os demais dedos segurar a seringa.
- Manter a agulha com o bisel voltado para baixo.
- Puncionar a veia aproximadamente 1 cm antes do local onde a veia deverá ser alcançada com um ângulo de 15°.
- Retirar o garrote e observar a presença de sangue.
- Retirar a agulha.
- Adaptar o dispositivo ao cateter venoso.
- Lavar o acesso venoso com soro fisiológico.
- Observar a permeabilidade do acesso venoso.
- Fixar o cateter venoso com micropore, conforme a técnica.
- Escrever nome do responsável e data em uma fita de micropore.

- Colar a identificação sobre a fixação do cateter.
- Reunir todo o material na bandeja.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Encaminhar a bandeja para a sala de medicação.
- Desprezar a agulha na caixa de material perfuro cortante.
- Desprezar as luvas de procedimento no lixo contaminado.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento prestado e qualquer anormalidade observada no prontuário.

### Manuseio de Material

- Se o material utilizado para a punção for proveniente do estoque de material do setor, providenciar a reposição imediata.

### Resultados Esperados

- Garantir acesso endovenoso em quadros clínicos instáveis.
- Evitar punções venosas repetidas.

### Ações Corretivas

- Em caso da utilização de mais de um cateter venoso para realização do procedimento, justificar em anotações de enfermagem.

|                                                            |                 |                |
|------------------------------------------------------------|-----------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 037: Coleta de Sangue por Cateter de Hickman. |                 |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                          |                 |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                                | Última revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem                             |                 |                |

### Material Necessário

- Bandeja.
- Luva estéril.
- Luvas de procedimento.
- 01 Seringa 5 ml.
- 01 Seringa 10 ml.
- 02 Seringas de 20 ml.
- 04 Agulhas interlink.
- Álcool 70%;
- 03 ampolas de soro fisiológico de 10ml.
- Agulha 25x8.
- Máscara cirúrgica.

### Passos Críticos

- Reunir todo o material necessário em uma bandeja.
- Lavar as mãos rigorosamente.
- Preparar o material para o procedimento.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Colocar a máscara cirúrgica.
- Dispor o material em mesa auxiliar.
- Calçar a luva estéril.
- Realizar a assepsia do injetor de borracha do cateter de Hickman com álcool 70%;
- Introduzir a agulha interlink, adaptada a seringa de 5ml, no injetor de borracha.
- Aspirar 5 ml de sangue do cateter.
- Desconectar a agulha interlink juntamente com a seringa.
- Colocar a seringa usada na bandeja, distante do material estéril.
- Realizar nova assepsia do injetor de borracha.
- Introduzir a agulha interlink, adaptada a seringa de 20ml, no injetor de borracha.

- Coletar o sangue para a realização do exame laboratorial.
- Desconectar a agulha interlink juntamente com a seringa.
- Colocar a seringa com o sangue coletado sobre a bandeja.
- Realizar nova assepsia do injetor de borracha.
- Introduzir a agulha interlink, adaptada a seringa de 20ml com soro fisiológico, ao injetor de borracha.
- Lavar o cateter com 20ml de soro fisiológico.
- Desconectar a agulha interlink juntamente com a seringa.
- Colocar a seringa usada na bandeja.
- Realizar nova assepsia do injetor de borracha.
- Introduzir a agulha interlink, acoplada a seringa de 10 ml com a solução de heparina, no injetor de borracha.
- Heparinizar a via utilizada do cateter com 6 ml da solução preparada conforme padronização.
- Distribuir o sangue coletado nos frascos do laboratório.
- Retirar as luvas.
- Deixar o quarto organizado.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Calçar as luvas de procedimento, no posto de enfermagem.
- Desprezar as seringas no lixo de material perfuro cortante.
- Desprezar as luvas em lixo contaminado.
- Lavar as mãos.
- Encaminhar os frascos para o laboratório.
- Anotar procedimento realizado e observações em prontuário.

### **Manuseio de Material**

- O volume de sangue coletado é determinado de acordo com o número de exames laboratoriais.





- As seringas com o soro fisiológico e a solução de heparina devem ser preparadas no posto e encaminhadas ao quarto do paciente dentro da bandeja.
- As amostras de sangue devem ser coletadas pela via proximal do cateter de Hickman, a mesma via utilizada para hemoterapia.
- A solução de heparina é constituída de 0,2ml de heparina e 9,8ml de soro fisiológico.
- Cada etapa do procedimento requer a assepsia do injetor de borracha.

### Resultados Esperados

- Padronizar a técnica para coleta de sangue em cateter de Hickman.
- Reduzir o risco de contaminação durante a coleta de sangue em cateter de Hickman.

### Ações Corretivas

- Havendo resistência a aspiração e/ou a infusão de soro fisiológico, comunicar a enfermeira de plantão.

|                                                         |                  |                |
|---------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 038: Instalação de Pressão Venosa Central. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                       |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                             | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Enfermeiro                                    |                  |                |

### Material Necessário

- Bandeja.
- Suporte de soro.
- Soro fisiológico 0,9% 250ml.
- Equipo de PVC.
- Régua niveladora.
- Fita adesiva 19 mm (cm).

- Trava rosca.
- Micropore.
- Etiqueta de soro.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material necessário em uma bandeja.
- Conectar o equipo no frasco de soro.
- Retirar o ar do equipo.
- Fechar as pinças.
- Proteger as extremidades.
- Orientar o procedimento ao paciente.
- Fixar a parte inferior da fita graduada no terço médio do suporte de soro ao nível do colchão com uso de micropore.
- Fixar a via do paciente e a via acessória na parte inferior da fita graduada.
- Ajustar as vias do equipo fixando também na parte superior.
- Colocar o paciente em decúbito dorsal horizontal.
- Retirar travesseiros e coxins.
- Descobrir o tórax.
- Colocar os braços do paciente ao longo do corpo.
- Estabelecer o ponto “zero” da fita graduada, com o auxílio da régua niveladora, na linha esternal.
- Manter a bolha do nivelador no centro.
- Assinalar o ponto correspondente na parte inferior do nivelador na linha esternal.
- Manter a via de PVC conectada na via da torneirinha do cateter central com injetor de borracha e trava rosca.
- Abrir a torneirinha para via da PVC.
- Certificar se todo o equipo está preenchido com soro.
- Abrir a pinça da via do paciente e da via acessória.

- Observar o rebaixamento e a oscilação do líquido da coluna.
- Pedir ao paciente para tossir ou respirar fundo, quando possível.
- Aguardar o rebaixamento máximo da coluna líquida.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Deixar o quarto organizado.
- Anotar o valor da PVC em ficha de controles.

### **Manuseio de Material**

- O ponto-zero deve ser estabelecido a cada mensuração da PVC.
- Fazer desinfecção com álcool 70% no injetor de borracha a cada instalação da PVC para uma nova medição.
- Caso não seja possível posicionar o paciente em decúbito dorsal, zerar a PVC em decúbito elevado.
- O sistema de PVC (soro, equipo de PVC, trava rosca) deve ser trocado a cada 72 h.
- Para se obter comparativos exatos deve-se sempre medir a PVC num mesmo padrão, com zeramento a cada medida.
- Avaliar se todo equipo de PVC está preenchido com soro, pois a presença de espaços com ar interfere no valor final.
- Não é necessária a interrupção dos soros ou soluções.
- Caso o cateter inserido no paciente seja duplo lúmen ou triplo, verificar a PVC através da via proximal.

### **Resultados Esperados**

- Mensuração da Pressão Venosa Central.
- Obtenção de parâmetros fidedignos em relação à pressão venosa e às funções cardíacas e pulmonares.
- Atuação precoce em quadro de comprometimento cardíaco e pulmonar.

|                                                        |                  |                |
|--------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 039: Heparinização mensal de Port-a-Cath. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                      |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                            | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Enfermeiro                                   |                  |                |

### Material Necessário

- Bandeja.
- Agulha tipo Hubber.
- Solução antisséptica.
- Compressa de gaze estéril.
- Frasco de Heparina (5000UI/ml).
- 02 Agulhas 40x12.
- 02 Seringas de 10 ml.
- 01 Seringa de 20ml.
- 02 Ampolas de soro fisiológico 10ml.
- Álcool 70%
- Luva estéril.
- Micropore.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material necessário em uma bandeja.
- Preparar a solução de heparina, utilizando 2,0ml de heparina e 5,0ml de SF 0,9%.
- Dispor todo o material a ser utilizado.
- Calçar a luva estéril.
- Puncionar o Port-a-cath com a agulha tipo Hubber, conforme a técnica.
- Conectar a seringa de 10ml a extensão da agulha.
- Aspirar de 5 a 6ml de sangue.



- Desconectar a seringa.
- Colocar a seringa utilizada na bandeja.
- Conectar a seringa de 10ml com solução de heparina.
- Infundir os 7,0 ml da solução de heparina.
- Retirar a agulha Hubber.
- Realizar curativo local cobrindo com gaze e fixando com micropore.
- Deixar a unidade organizada.
- Retirar as luvas.
- Desprezar a agulha Hubber em lixo de material perfuro cortante.
- Desprezar as luvas em lixo contaminado.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento e as observações em prontuário.

### Manuseio de Material

- Sempre higienizar a tampa de borracha do frasco-ampola de heparina antes da introdução da agulha para aspiração da medicação.
- Ao retirar a agulha Hubber, é importante que o enfermeiro pressione o êmbolo da seringa para evitar refluxo sanguíneo.

### Resultados Esperados

- Padronizar o procedimento de heparinização de Port-a-cath.
- Reduzir o número de manipulações desnecessárias.
- Reduzir o risco de infecção por manipulação excessiva.

### Ações Corretivas

- Havendo resistência na infusão, interromper o procedimento, aspirar o conteúdo presente na extensão do conjunto da agulha Hubber e lavar o sistema com soro fisiológico.

|                                                        |                  |                |
|--------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 040: Heparinização Rotina de Port-a-cath. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                      |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                            | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Enfermeiro                                   |                  |                |

### Material Necessário

- Frasco de Heparina (5000UI/ml).
- Soro Fisiológico 10ml.
- Agulha 40x12.
- Seringa estéril de 10 ml.
- Compressa de gaze.
- Micropore.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material necessário em uma bandeja.
- Preparar a solução de heparina, utilizando 0,2ml de heparina para 9,8ml de SF 0,9%.
- Infundir 7 ml da solução de heparina.
- Realizar curativo no local de inserção da agulha com SF0,9% e clorexidina alcoólico.
- Cobrir com gaze e fixando com micropore.
- Realizar curativo na extremidade do sistema com gaze.
- Registrar procedimento em prontuário.

### Manuseio de Material

- A solução de heparina acima descrita é utilizada para as heparinizações frequentes

### Resultados Esperados

- Padronizar o procedimento de heparinização de Port-a-cath.
- Reduzir o risco de infecção.

### Ações Corretivas

- Havendo resistência na infusão, interromper o procedimento, aspirar o conteúdo presente na extensão do conjunto da agulha Hubber e lavar o sistema com soro fisiológico.

|                                                     |                  |                |
|-----------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 041: Heparinização Semanal de Hickman. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                   |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                         | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem                      |                  |                |

### Material Necessário

- Frasco de Heparina (5000UI/ml).
- Álcool 70%
- 02 Ampolas de Soro Fisiológico 10ml.
- Luvas de procedimento.
- 02 Agulhas 40x12.
- 02 Seringas de 10 ml.
- 02 Agulhas Interlink.
- Compressa de gaze.
- Micropore.





### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material necessário em uma bandeja.
- Preparar duas seringas 10ml com solução de heparina, utilizando 1,0ml de heparina e 6,0ml de SF 0,9%.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Observar as condições da pele em local de inserção de cateter.
- Infundir os 7,0 ml da solução de heparina com uso de uma seringa em cada via.
- Proteger a ponta do cateter com curativo com gaze fixado com micropore.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas em lixo contaminado.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento realizado e as observações em prontuário.
- Checar o procedimento em prescrição médica.
- 

### Manuseio de Material

- Sempre higienizar a tampa de borracha do frasco-ampola de heparina antes da introdução da agulha para aspiração da medicação.

### Resultados Esperados

- Padronizar o procedimento de heparinização de cateter de Hickman.
- Reduzir o número de infecções por manipulação inadequada do cateter de Hickman.
- Reduzir o número de manipulações desnecessárias.

|                                                       |                  |                |
|-------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 042: Heparinização de Rotina de Hickman. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                     |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                           | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem                        |                  |                |

### Material Necessário

- Frasco de Heparina (5000UI/ml).
- Ampola de Soro Fisiológico 10ml.
- Luvas de procedimento.
- Agulha 40x12.
- Seringa de 10 ml.
- Agulha Interlink.
- Compressa de gaze.
- Micropore.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material necessário em uma bandeja.
- Preparar a solução de heparina, utilizando 0,2ml de heparina para 9,8ml de SF 0,9%.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Observar as condições da pele em local de inserção de cateter.
- Infundir 6 ml da solução de heparina.
- Proteger a ponta do cateter com curativo com gaze fixado com micropore.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas em lixo contaminado.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento realizado e as observações em prontuário.



- Checar o procedimento em prescrição médica.

### Manuseio de Material

- Se a heparinização for realizada nas duas vias do cateter de Hickman repetir o procedimento para a outra via.

### Resultados Esperados

- Padronizar o procedimento de heparinização de cateter de Hickman.
- Reduzir o número de infecções por manipulação inadequada do cateter de Hickman.

### Ações Corretivas

- Havendo resistência na infusão, interromper o procedimento, aspirar o conteúdo presente na extensão do conjunto da agulha Hubber e lavar a via do cateter de Hickman com soro fisiológico.

|                                        |                  |                |
|----------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 043: Nutrição Parenteral. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP      |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023            | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Enfermeiro                   |                  |                |

### Material Necessário

- Bomba de infusão.
- Equipo de NPP próprio para a bomba de infusão.
- Bolsa de NPP.
- Suporte de soro.
- Bolas de Algodão



- Álcool 70%;
- Máscara descartável.
- Luvas de procedimento.
- Etiqueta de identificação.
- Prescrição médica

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Retirar a bolsa de NPP da geladeira uma hora antes da instalação.
- Conferir o rótulo da bolsa de NPP com a prescrição médica.
- Colocar a máscara
- Calçar as luvas de procedimento.
- Realizar a desinfecção do lacre da bolsa de NPP com álcool 70% três vezes consecutivas.
- Conectar o equipo a bolsa de NPP, com cuidado para não contaminar.
- Virar o sistema (bolsa e equipo) para baixo e abrir a pinça do equipo para permitir o gotejamento da solução até o preenchimento de todo o sistema.
- Pinçar o equipo após o preenchimento do sistema com a solução.
- Colocar a bolsa de NPP no suporte de soro.
- Conectar o equipo a bomba de infusão.
- Programar a bomba de infusão conforme prescrição médica.
- Identificar a bolsa de NPP com nome do responsável pela instalação, data, horário de início e de término.
- Orientar ao paciente o procedimento.
- Realizar antisepsia do cateter venoso com álcool 70%;
- Conectar o equipo de NPP ao cateter venoso do paciente.
- Iniciar a infusão.

### Manuseio de Material



- A administração da NPP deve ser realizada em acesso venoso central e via exclusiva.
- A troca de equipo deve ser realizada a cada nova bolsa.
- A infusão da mesma bolsa de NPP não deve ultrapassar 24 horas.
- A bolsa de NPP não deve ser infundida em temperatura fria, pois pode causar hipotermia.
- A solicitação da bolsa de NPP é realizada em impresso específico pelo médico responsável e encaminhado a farmácia.

### Resultados Esperados

- Melhorar o estado nutricional do paciente.
- Auxiliar no processo de cicatrização.
- Recuperar o peso do paciente.
- Garantir aporte nutricional para pacientes que estejam impossibilitados de receber dieta enteral.

### Ações Corretivas

- Em caso do término da bolsa de NPP antes da chegada de uma nova bolsa, manter a permeabilidade do acesso venoso com soro fisiológico 0,9%
- Se o paciente apresentar um quadro de bacteremia, interromper o gotejamento e comunicar à enfermeira ou ao médico responsável.

|                                          |                  |                |
|------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 044: Punção de Port-a-Cath. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP        |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023              | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Enfermeiro                     |                  |                |

### Material Necessário

- Clorexidine alcoólica;
- Compressas de gaze esterilizada.
- Par de luvas estéril.
- Agulha de Hubber (agulha para punção de cateter implantável).
- Seringa de 10 ml.
- Ampola de água destilada ou soro fisiológico.
- Agulha 40x12.
- Micropore.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material necessário em uma bandeja.
- Realizar a limpeza da mesa de cabeceira com álcool a 70%.
- Colocar o material sobre a mesa.
- Abrir os pacotes de material estéril dispondo de forma acessível em campo estéril.
- Calçar o par de luvas estéril.
- Realizar antisepsia na região de implantação do reservatório, aplicar clorexidine alcoólica embebido em compressa de gaze estéril com movimentos circulares, de dentro para fora, três vezes, consecutivamente.
- Enxugar a área com gaze esterilizada.
- Delimitar e fixar o reservatório com a mão não dominante.
- Puncionar com a mão dominante a região mediana do reservatório com uma agulha tipo Hubber, com angulação perpendicular a pele.
- Conectar a seringa, aspirar 5 a 6 ml do sistema para remover a solução de heparina residual e lavar o sistema com soro fisiológico ou água destilada.
- Conectar a seringa em equipo para iniciar a terapia endovenosa.
- Realizar curativo em local de punção, com compressas de gaze dobradas sob as aletas da agulha Hubber e compressas de gaze abertas sobre a mesma e fixação com micropore.

### Manuseio de Material

- A punção do Port-a-cath é de responsabilidade exclusiva do enfermeiro.
- Se o acesso venoso central não for utilizado logo após a punção, proceder a heparinização de rotina.

### Resultados Esperados

- Padronizar o procedimento de punção de Port-a-cath.
- Evitar a infecção durante o procedimento de punção de Port-a-cath.

|                                           |                  |                |
|-------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 045: Retirada de Venóclises. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP         |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023               | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem            |                  |                |

### Material Necessário

- Bandeja.
- Luvas de procedimento.
- Gaze.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Fechar a pinça do equipo de soro.



- Desconectar o equipo de soro do injetor de borracha.
- Retirar o esparadrapo que fixa o cateter venoso à pele do paciente.
- Colocar a gaze seca próximo ao cateter intravenoso.
- Retirar o cateter com movimento único e rápido.
- Aplicar com a gaze uma leve pressão no local de punção.
- Observar se houve hemostasia.
- Avaliar se a local precisa de cuidados especiais.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Encaminhar a bandeja para a sala de medicação.
- Desprezar o sistema interlink, as luvas de procedimento e o álcool 70% no lixo contaminado.
- Lavar as mãos.
- Anotar procedimento prestado em prontuário, justificando a retirada do acesso venoso, e qualquer anormalidade observada.

### Manuseio de Material

- Não utilizar álcool 70% para compressão no local da punção, depois de retirado o cateter venoso, por causar ardência.
- Em pacientes com distúrbio da coagulação, realizar compressão efetiva após a retirada do cateter venoso e, se necessário, compressa com gelo para promover a vasoconstrição.

### Ações Corretivas

- Caso a hemostasia não ocorra em três a cinco minutos, realizar um curativo oclusivo no local com gaze e micropore.

POP Nº: ENF. 046: Salinização de Cateter Venoso Periférico.

Sugerido por: Equipe Técnica IGPP



|                                       |                  |                       |
|---------------------------------------|------------------|-----------------------|
| Estabelecido em: <b>01/08/2023</b>    | Próxima revisão: | Nº Revisão: <b>01</b> |
| Executor: <b>Equipe de enfermagem</b> |                  |                       |

### Material Necessário

- Bandeja.
- Luvas de procedimento.
- Álcool 70%
- Bolas de Algodão
- Kit de salinização

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Acoplar a seringa de 5ml à agulha interlink.
- Aspirar o soro fisiológico.
- Retirar o ar da seringa.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Desconectar o dispositivo trava clip do injetor de borracha do equipo.
- Realizar a assepsia do injetor de borracha.
- Infundir o soro fisiológico com fluxo rápido e ininterrupto.
- Observar a permeabilidade do acesso venoso.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Encaminhar a bandeja para a sala de medicação.
- Desprezar o sistema interlink e as luvas de procedimento no lixo contaminado.
- Lavar as mãos.
- Anotar qualquer anormalidade observada.

### Manuseio de Material

- Os kits de salinização devem ser solicitados à Farmácia, sendo composto por soro fisiológico de 10ml, agulha interlink e seringa de 5ml.

### Resultados Esperados

- Evitar punções venosas repetidas.
- Manter a permeabilidade do acesso venoso.
- Evitar a administração de anticoagulante desnecessário.
- Evitar a coagulação sanguínea no cateter venoso.

### Ações Corretivas

- Se durante a infusão do soro fisiológico o paciente referir ardência, observar as condições de permeabilidade da rede venosa.
- Se durante a infusão do soro fisiológico houver infiltração local, retirar o cateter venoso e proceder à nova punção.

|                                                                  |                  |                |
|------------------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 047: Auxílio na Passagem de Cateter Venoso Central. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                                |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                                      | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem                                   |                  |                |

### Material Necessário

- Bandeja.
- Mesa Mayo.
- Óculos de proteção.
- Gorro.

- Máscaras descartáveis.
- Avental estéril.
- 02 Campos cirúrgicos estéreis.
- Luvas estéreis.
- 03 pacotes de gazes estéreis.
- 01 seringa de 20ml.
- 01 seringa de 10ml.
- 01 agulha 40x12.
- 01 agulha 30x8.
- 01 cateter central (Intracath; Duplo lúmen).
- 01 bandeja de punção.
- 01 frasco de solução antisséptica (Clorexidine alcoólico 0,5%).
- 01 frasco de Xylocaína 2%.
- 01 torneirinha.
- 01 polifix.
- 02 injetores de borracha.
- 01 equipo Eurofix.
- 01 SF 0,9% de 100 ou 250ml.
- 01 fio de sutura – Polycot 2.0.
- 1 micropore 25 mm (30 cm)

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material necessário em uma bandeja.
- Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente sempre que possível.
- Aproximar a mesa Mayo do leito.
- Posicionar o paciente em decúbito horizontal dorsal, retirar o travesseiro.
- Auxiliar o médico na paramentação (colocar gorro, máscara, avental e luva estéril).
- Abrir bandeja de punção sobre a mesa Mayo.



- Abrir todos os materiais necessários para punção e inserção do cateter (agulhas, seringas, gases), oferecendo ao médico com técnica estéril.
- Oferecer solução antisséptica (Cloroexidine alcoólico 0,5%).
- Oferecer Xilocaína 2% ao médico.
- Deixar preparado o SF 0,9% conectado ao equipo Eurofix, polifix e torneirinha para adaptar no cateter.
- Após a punção, conectar o soro no cateter e realizar teste de refluxo sanguíneo abaixando o soro.
- Realizar curativo oclusivo com SF 0,9% + Cloroexidine alcoólico 0,5% e ocluindo com gaze estéril e micropore.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Desprezar materiais contaminados em sanito branco.
- Deixar o quarto organizado.
- Desprezar as agulhas no lixo de material perfuro cortante.
- Anotar o procedimento realizado e as intercorrências em Prontuário.

### Manuseio de Material

- Deve ser feito controle radiológico após a punção do cateter, que será solicitado pelo médico de plantão.
- Atentar para hemorragias por punção acidental de artéria, arritmias por excesso de progressão do cateter no ventrículo.
- Atentar para traumatismos ou perfuração das paredes vasculares por manuseio brusco do cateter.
- Trocar o curativo do cateter a cada 24 horas ou se estiver sujo ou deslocado.
- No segundo dia de cateter central, se ausência de sangramento, trocar o curativo com gaze por filme transparente (Tegaderme).

### Resultados Esperados

- Obter acesso venoso central, atingindo diretamente a circulação sanguínea sistêmica.
- Possibilitar a administração de todos os tipos de substâncias endovenosa concomitantemente e com fluxo rápido quando necessário.
- Obter dados hemodinâmicos do paciente, como por exemplo, a PVC.

### Ações Corretivas

- Havendo sinais de infecção no local de inserção do cateter (hiperemia, secreção purulenta, febre, prurido, dor no local) ou ruptura do cateter, comunicar ao médico.
- Em caso de obstrução do cateter, aspirar com seringa de 1 ml e lavar com SF 0,9%, sempre movimentando o trombo para fora, nunca deslocar o trombo para dentro do cateter, se persistir a obstrução, comunicar ao médico e solicitar passagem de novo cateter.

|                                               |                  |                |
|-----------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 048: Aspiração de Traqueostomia. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP             |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                   | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem                |                  |                |

### Material Necessário

- Frasco coletor de secreção de vidro.
- Copo descartável 150ml com água corrente.
- Luva estéril.
- Sonda de aspiração (nº 12 ou 14).
- Máscara cirúrgica comum.
- Óculos protetor.
- Gazes estéril, se necessário.
- Xylocaína gel, se necessário.

- Soro fisiológico 0,9% 10ml, se necessário.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo material.
- Explicar o procedimento ao paciente se for possível.
- Verificar as condições respiratórias e hemodinâmicas do paciente.
- Colocar máscara e óculos de proteção.
- Abrir a embalagem da sonda de aspiração.
- Conectar a sonda de aspiração à extremidade da extensão, com técnica asséptica.
- Ligar o aspirador e ajustar a pressão negativa.
- Calçar as luvas estéreis.
- Introduzir a sonda de aspiração na cânula traqueal, mantendo o orifício da sonda aberta para não aplicar sucção.
- Ocluir o orifício da sonda de aspiração para propiciar sucção.
- Fazer movimentos circulares com a sonda trazendo-a para fora em menos de 10 segundos.
- Aspirar secreções da orofaringe e finalizar com aspiração oral, se necessário.
- Lavar a extensão do aspirador com a água do copo.
- Proteger extremidade da extensão de látex.
- Retirar as luvas.
- Desligar o sistema a vácuo.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Deixar o quarto organizado.
- Desprezar as luvas em lixo contaminado.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento realizado e as características das secreções.
- Checar o procedimento em prescrição médica ou de enfermagem.



### Manuseio de Material

- Na introdução da sonda de aspiração quando encontrar resistência, não forçar a sonda e retornar um cm da sonda, antes de começar a aspirar.
- Para manter as vias aéreas permeáveis, aspirar ao paciente sempre que houver necessidade.
- Fazer anotação de enfermagem de todas as aspirações realizadas.
- Cada aspiração deverá estar checada na prescrição de enfermagem.
- A aspiração deverá ser feita somente quando necessária nunca como rotina.
- Manter o decúbito elevado em 30° durante aspiração.
- Interromper a administração da dieta enteral durante o procedimento de aspiração, para prevenir vômitos e aspiração pulmonar.

### Resultados Esperados

- Manter a permeabilidade das vias aéreas.
- Realizar coleta de secreção traqueal para exames laboratoriais.

### Ações Corretivas

- Caso haja diminuição da frequência cardíaca ou arritmias, queda da saturação de O<sub>2</sub> (SpO<sub>2</sub>), cianose ou sangramento durante a aspiração, interromper imediatamente a aspiração e oferecer oxigênio ao paciente.

|                                                               |                  |                |
|---------------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 049: Oxigenoterapia com Cânula Nasal Tipo Óculos |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                             |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                                   | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem                                |                  |                |

### Material Necessário

- Cânula nasal.
- Umidificador de O2.
- Oxigênio.
- Água destilada.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir o material.
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente.
- Colocar o paciente em posição confortável.
- Preencher o umidificador com água destilada, obedecendo o nível máximo e mínimo.
- Adaptar a cânula ao umidificador.
- Colocar a cânula no nariz do paciente.
- Abrir o fluxômetro.
- Manter o fluxo de O2(3-5l/min ou), conforme prescrição médica.

### Manuseio de Material

- Observar o nível de água destilada do umidificador, a fim de que não ultrapasse o nível contido no frasco, para evitar a inalação de água pelo paciente.

### Resultados Esperados

- Melhora padrão respiratório.
- Oferecer ao paciente oxigenoterapia necessária.

### Ações Corretivas

- Caso haja piora de o quadro respiratório comunicar o enfermeiro e médico plantonista.

|                                                             |                  |                |
|-------------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 050: Oxigenoterapia com Máscara na Reinalante. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                           |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                                 | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem                              |                  |                |

### Material Necessário

- Máscara não reinalante.
- Umidificador de O2.
- Oxigênio.
- Água Destilada.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir o material.
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente.
- Colocar o paciente em posição confortável.
- Preencher o umidificador com água destilada, obedecendo o nível mínimo e máximo.
- Adaptar a máscara ao umidificador preencher o reservatório.
- Colocar a máscara na face do paciente, acoplado boca e nariz.
- Manter o fluxômetro com quantidade de O2 conforme prescrição médica.

### Manuseio de Material

- Observar o nível da água destilada do umidificador, a fim de que não ultrapasse o nível permitido, para evitar que a água se deposite no reservatório da máscara.



### Resultados Esperados

- Oferecer ao paciente oxigenoterapia necessária.
- Melhorar padrão respiratório.

### Ações Corretivas

- Caso haja piora do quadro o enfermeiro e médico de plantão deverão ser comunicados.

|                                                                  |                  |                |
|------------------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 051: Curativo em Cateter Semi-Implantável com Gaze. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                                |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                                      | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Enfermeiro                                             |                  |                |

### Material Necessário

- Kit de curativo (pinça dente de rato, pinça Kelly e pinça anatômica).
- Luvas de procedimento.
- Soro Fisiológico 0,9%.
- Clorexidina Alcóolico.
- Pacote com gaze estéril.
- Micropore.
- Tesoura.
- Sanito branco.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material necessário em uma bandeja.



- Explicar o procedimento ao paciente.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Abrir o estojo com material estéril utilizando técnica asséptica.
- Abrir o pacote de gaze estéril com técnica asséptica, utilizando o invólucro do material esterilizado como campo estéril.
- Utilizar a pinça dente de rato para a remoção do curativo anterior.
- Desprezar o curativo no sanito branco.
- Colocar a pinça dente de rato em local distante do campo estéril.
- Observar aspecto de local de inserção de cateter semi-implantável, avaliando integridade cutânea, presença de sinais flogísticos, presença de sangramento e/ou secreção.
- Utilizar a pinça anatômica e a pinça Kelly para montagem de “bonequinhos” de gaze.
- Fixar a gaze com a pinça Kelly.
- Umedecer a gaze com SF0,9%.
- Realizar a limpeza em inserção de cateter semi-implantável com movimentos circulares em direção única do centro para a periferia, alternando os lados da gaze.
- Desprezar a gaze em sanito branco.
- Umedecer a gaze com clorexidina alcoólico.
- Realizar a antisepsia com clorexidine alcoólico em inserção de cateter semi-implantável com movimentos circulares em direção única do centro para a periferia, alternando os lados da gaze.
- Desprezar a gaze em sanito branco.
- Secar o local de inserção do cateter semi-implantável com gaze seca.
- Utilizar as pinças Kelly e anatômica para ocluir a inserção do cateter semi-implantável com gaze.
- Fixar a gaze com micropore.
- Registrar nome e data em fita adesiva.
- Fixar sobre o curativo.
- Anotar procedimento realizado e as observações em prontuário.
- Checar procedimento em Prescrição de Enfermagem.

### Resultados Esperados

- Padronizar a técnica do curativo em inserção de cateteres semi-implantáveis.
- Reduzir o risco de contaminação em inserções de cateteres semi-implantáveis.

### Ações Corretivas

- Se houver a presença de secreção e hiperemia local em inserção de cateter venoso central, comunicar a enfermeira de plantão.

|                                                                       |                  |                |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 052: Curativo em Cateter Semi-implantável com Tegaderme. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                                     |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                                           | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Enfermeiro                                                  |                  |                |

### Material Necessário

- Kit de curativo (pinça dente de rato, pinça Kelly e pinça anatômica).
- Luvas de procedimento.
- Pacote com Gaze estéril.
- Soro Fisiológico 0,9%.
- Clorexidina Alcoólico.
- Tegaderm.
- Sanito branco.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material necessário em uma bandeja.
- Explicar o procedimento ao paciente.

- Calçar as luvas de procedimento.
- Abrir o estojo com material estéril utilizando técnica asséptica.
- Abrir o pacote de gaze estéril com técnica asséptica, utilizando o invólucro do material esterilizado como campo estéril.
- Utilizar a pinça dente de rato para a remoção do curativo anterior.
- Desprezar o curativo no sanito branco.
- Colocar a pinça dente de rato em local distante do campo estéril.
- Observar aspecto de local de inserção de cateter semi-implantável, avaliando integridade cutânea, presença de sinais flogísticos, presença de sangramento e/ou secreção.
- Utilizar a pinça anatômica e a pinça Kelly para montagem de “bonequinhos” de gaze.
- Fixar a gaze com pinça Kelly.
- Umedecer a gaze com SF0, 9%.
- Realizar a limpeza em inserção de cateter semi-implantável com movimentos circulares em direção única do centro para a periferia, alternando os lados da gaze.
- Desprezar a gaze em sanito branco.
- Umedecer a gaze com clorexidina alcoólico.
- Realizar a antisepsia com clorexidina alcoólico em inserção de cateter semi-implantável com movimentos circulares em direção única do centro para a periferia, alternando os lados da gaze.
- Desprezar a gaze em sanito branco.
- Secar o local de inserção do cateter semi-implantável.
- Posicionar o Tegaderm sobre o local de inserção do cateter.
- Retirar o selo protetor das bordas expondo a superfície aderente.
- Fixar o filme transparente.
- Registrar nome e data em local apropriado.
- Anotar o procedimento realizado as observações em prontuário.
- Checar Prescrição de Enfermagem.

### **Manuseio de Material**





- O Tegaderm deve ser trocado após 7 dias ou se o filme transparente apresentar déficit na em sua aderência.

### Resultados Esperados

- Padronizar a técnica do curativo em inserção de cateteres semi-implantáveis.
- Reduzir o risco de contaminação em inserções de cateteres semi-implantáveis.

### Ações Corretivas

- Se o local de inserção do cateter venoso central estiver com secreção, comunicar a enfermeira de plantão.
- Se houver enrugamento do filme transparente com comprometimento da função protetora do Tegaderm, retirar o curativo.

|                                        |                  |                |
|----------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 053: Técnica de Curativo. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP      |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023.           | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem         |                  |                |

### Material Necessário

- Material de Curativo.
- Luvas de Procedimento.
- Óculos de Proteção.
- Gases Estéreis.
- Soro Fisiológico 0,9%.
- Agulha 40/12.
- Micropore.



- Máscara.
- Cobertura adequada.
- Atadura crepe, se necessário.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir o material necessário.
- Explicar ao paciente o procedimento e finalidade.
- Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada.
- Garantir a privacidade do paciente.
- Calçar as luvas não estéreis para retirar o curativo anterior.
- Abrir o material de curativo com a técnica asséptica.
- Colocar as picas com os cabos voltados para fora do campo.
- Realizar limpeza da área menos contaminada para a mais contaminada, lembrando que, nas feridas cirúrgicas limpas, a pele ao redor é considerada mais contaminada que a lesão. Nas lesões infectadas, a área mais contaminada é a própria lesão. Neste caso, procede-se a antisepsia de fora para dentro, limpando primeiramente a área, a pele e por último a lesão.
- Retirar apenas a solução salina da pele para uma adequada fixação da cobertura. O leito da lesão deverá permanecer úmido, uma vez que essa condição é a ideal para a cicatrização.
- Aplicar a cobertura adequada, evitando dobraduras para não haver pressão local.
- Instalar cobertura secundária, se necessário (atadura crepe, compressa gaze estéril, compressa cirúrgica estéril).
- Fixar com micropore.
- Deixar a unidade em ordem, recolhendo o material e desprezando-o nos seus respectivos locais.
- Lavar as mãos.

|                                       |                  |                |
|---------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 054: Curativo de Drenos. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP     |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023           | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem        |                  |                |

### Material Necessário

- 1 Material de Curativo estéril.
- Gases estéreis.
- Soro Fisiológico 0,9%.
- Micropore.
- Luvas não estéreis.
- Coletor.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir o material.
- Explicar ao paciente o procedimento e finalidade.
- Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada.
- Abrir o material de curativo com técnica asséptica.
- Colocar as pinças com os cabos voltados para a borda do campo.
- Calçar as luvas.
- Remover o curativo anterior.
- Limpar o local da inserção do dreno, utilizando movimentos semicirculares, e as duas faces da gaze.
- Limpar a região ao redor do ponto de inserção com soro fisiológico 0,9%.
- Secar a região do ponto de inserção, e a seguir ao redor do mesmo, utilizando uma gaze para cada local.
- Colocar o coletor adequado.



- Fixar.
- Deixar a unidade em ordem.
- Lavar as mãos.

### Manuseio de Material

- Sistemas fechados de drenagem devem ser manipulados assepticamente e o sistema (dreno, extensão, bolsa coletora) não deve ser desconectado.
- Se dreno de penrose, por exemplo, devem ser ocluídos com gases estéreis e trocados sempre que apresentar saturação.

### Resultados Esperados

- Proporcionar conforto e bem-estar par ao paciente.
- Realizar curativo com técnica asséptica e livre de contaminação.

### Ações Corretivas

- Caso haja qualquer anormalidade o médico e enfermeiro supervisor deverão ser comunicados.
- Observar características da drenagem, anotar e comunicar se alterações.

|                                                      |                  |                |
|------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 055: Curativo de Colostomia/Ileostomia. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                    |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                          | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem                       |                  |                |

### Material Necessário

- Material de curativo estéril.



- Gases estéreis, se necessário.
- Soro Fisiológico 0,9%.
- Luvas de Procedimento.
- Tesoura.
- Bolsa coletora.
- Placa adesiva.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir o material.
- Explicar ao paciente o procedimento e finalidade.
- Garantir a privacidade do paciente.
- Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada.
- Abrir o pacote de curativos com técnica asséptica.
- Colocar as pinças com os cabos voltados para borda do campo estéril.
- Calçar as luvas.
- Limpar a região peri-ostomial. Proteger a ostomia, com gaze, para impedir a drenagem de secreções, se necessário.
- Secar a região com gaze.
- Medir o ostoma, demarcar e recortar a placa no tamanho necessário.
- Acoplar a bolsa a placa e o “clamp” na parte inferior da bolsa. Retirar o adesivo da bolsa coletora simples ou da placa e fixar ao redor do ostoma.
- Retirar as luvas.
- Deixar a unidade em ordem.
- Lavar as mãos.

### Manuseio de Material

- Orientar o paciente quanto a utilização da placa protetora a fim de prevenir lesões do epitélio peri-ostomal.
- Orientar o paciente a esvaziar a bolsa sempre que necessário, de acordo com a drenagem.
- Para a bolsa com placa, deve-se abrir o “clamp” na parte inferior e esvaziar e lavar a bolsa, sempre que necessário.

### Resultados Esperados

- Proporcionar o conforto e bem-estar para o paciente.
- Garantir integridade da pele do paciente.

### Ações Corretivas

- A cada troca da bolsa, verificar se há qualquer lesão da pele ou distensão abdominal.
- Realizar a troca das bolsas simples a cada 24hs e sempre que necessário.
- Realizar a troca da bolsa com placa protetora apenas quando necessário (perder aderência ou extravasamento de secreções)

|                                              |                  |                |
|----------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 056: Curativo de Traqueostomia. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP            |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                  | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem               |                  |                |

### Material Necessário

- Bandeja.
- Luvas de procedimento.
- Gazes estéreis.
- SF 0,9% 10ml.



- 01 metro de cadarço.
- Óculos de proteção.
- Máscara facial.
- Sanito branco.
- Luvas estéreis, se necessário.
- 01 Kit de aspiração secreção nº 12, se necessário.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material necessário em uma bandeja.
- Orientar o paciente sobre o procedimento a ser realizado, se possível.
- Posicionar o paciente em decúbito de 45°.
- Colocar a máscara e óculos de proteção.
- Abrir o pacote de gazes, SF0,9% e o cadarço.
- Remover o curativo anterior, usando luvas de procedimento.
- Desprezar as gazes sujas em sanito branco.
- Certificar se que o cuff da traqueostomia está insuflado.
- Aspirar a traqueostomia, se necessário, conforme a técnica.
- Limpar ao redor da inserção da traqueostomia com SF 0,9%.
- Secar ao redor da ostomia.
- Colocar gaze estéril sob a haste de metal ao redor da cânula.
- Colocar o cadarço novo fixando a traqueostomia.
- Desprezar o cadarço sujo no sanito branco.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Deixar o quarto organizado.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas no sanito branco.
- Lavar as mãos.



- Anotar o procedimento realizado relatando quantidade e aspecto da secreção observada na traqueostomia.

### Manuseio de Material

- Os curativos da traqueostomia devem ser prescritos pelo enfermeiro.
- A troca do curativo deve ser realizada após o banho e sempre que necessário.
- Caso o paciente esteja com cânula de metal, retirar a parte interna da cânula e lavar com água destilada para evitar obstrução por acúmulo de secreções.
- Para avaliar se o cuff está insuflado, pressionar a bolsa externa.
- A aspiração da traqueostomia é realizada com técnica asséptica.

### Resultados esperados

- Garantir desobstrução da traqueostomia.
- Reduzir o risco de infecção.
- Manter ostomia com bom aspecto.
- Manter a higiene da ostomia.

### Ações Corretivas

- Se durante a aspiração da traqueostomia o paciente apresentar desconforto respiratório intenso ou cianose, interromper o procedimento e oferecer oxigenoterapia.

**POP Nº: ENF. 057: Administração de Soroterapia.**

Sugerido por **Equipe Técnica IGPP**

Estabelecido em: **01/08/2023**

Próxima revisão:

Nº Revisão: **01**

Executor: **Equipe de enfermagem**

### Material Necessário

- Bandeja.
- Álcool 70%;
- Frasco de soro prescrito.
- Luvas de procedimento.
- Identificação do soro.
- Suporte para soro.
- Seringa estéril.
- Agulha estéril.
- Equipo de eurofix.
- Trava clip.
- Injetor de borracha, se necessário.
- Abocath.
- Micropore, se necessário.
- Garrote, se necessário.
- Prescrição médica.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Verificar na prescrição médica a data, o nome do paciente, o número do quarto e do leito, o nome da medicação, o horário e a dosagem da droga.
- Conferir o rótulo da medicação com a prescrição médica, antes de prepará-la.
- Dispor o material a ser utilizado sobre o balcão da sala de preparação.
- Observar as características da solução contidas no frasco.
- Retirar o lacre do frasco de soro.
- Conectar o equipo eurofix em local adequado no frasco de soro.
- Preencher toda a extensão do equipo com o soro, retirando o ar.
- Conectar a trava clip na extremidade do equipo, sem retirar a capa protetora.
- Separar a ampola da medicação prescrita.



- Realizar a assepsia da ampola com álcool 70%
- Quebrar a ampola envolvida em uma gaze seca.
- Introduzir a agulha na ampola, com o bisel voltado para baixo, com cuidado para não se encostar às bordas.
- Aspirar à quantidade de líquido prescrito.
- Realizar a assepsia com álcool 70% no injetor de borracha do frasco de soro.
- Introduzir o bisel da agulha no injetor do soro.
- Injetar o líquido da seringa.
- Identificar o frasco de soro com o nome e leito do paciente, as medicações adicionadas, o gotejamento prescrito, horário de início e previsão do término, e o nome do responsável pela preparação.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Informar ao paciente sobre a medicação a ser administrada.
- Pendurar o frasco de soro no suporte.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Puncionar um acesso venoso, se necessário.
- Realizar a assepsia do injetor de borracha presente no acesso venoso.
- Retirar a capa da trava clip.
- Conectar o dispositivo trava clip no injetor de borracha.
- Abrir a pinça do equipo.
- Observar a permeabilidade do acesso venoso.
- Graduar o número de gotas de acordo com a escala de horário.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Encaminhar a bandeja para a sala de medicação.
- Desprezar as luvas de procedimento e o álcool 70% utilizado no lixo contaminado.
- Lavar as mãos.
- Checar o horário da medicação em prescrição médica.
- Anotar qualquer anormalidade observada.

### Manuseio de Material

- Se o paciente já estiver com acesso venoso, observar as condições de permeabilidade.
- Em caso de paciente em soroterapia e com medicações via endovenosa prescrita, conectar um dispositivo polifix.
- Identificar toda a punção venosa com nome do responsável e data do procedimento.

### Resultados Esperados

- Realizar tratamento medicamentoso conforme conduta médica.

### Ações Corretivas

- Se a medicação for recusada, informar a enfermeira responsável, colocar um círculo no horário da medicação e anotar em prontuário.

|                                                                        |                  |                |
|------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF.058: Administração de medicamento por via intravenosa (IV) |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                                      |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                                            | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem                                         |                  |                |

### Material Necessário

- Bandeja.
- Álcool 70%
- Gaze.
- Luvas de procedimento.
- Fita adesiva para identificar a seringa.
- Água destilada 10ml.



- Medicação prescrita.
- 02 Agulhas estéreis 40x12.
- Seringa estéril.
- Garrote.
- Prescrição médica.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Verificar na prescrição médica a data, o nome do paciente, o número do quarto e do leito, o nome da medicação, o horário e a dosagem da droga.
- Conferir o rótulo da medicação com a prescrição médica, antes de prepará-la.
- Dispor o material a ser utilizado sobre o balcão da sala de preparação.
- Abrir a seringa e a agulha.
- Conectar a agulha a ponta da seringa, mantendo os princípios de assepsia.
- Realizar a assepsia da ampola com álcool 70%
- Quebrar a ampola envolvida em uma gaze seca.
- Introduzir a agulha na ampola, com o bisel voltado para baixo, com cuidado para não se encostar às bordas.
- Aspirar a quantidade de líquido prescrito.
- Retirar todo o ar da seringa.
- Diluir a medicação aspirada com água destilada.
- Trocar a agulha para a administração da medicação.
- Colar na seringa uma fita adesiva identificada com o nome do paciente, quarto e leito, nome da medicação e horário.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Informar ao paciente sobre a medicação a ser administrada.
- Escolher o local de aplicação.
- Observar a integridade cutânea, as condições de hidratação da pele e as condições da rede venosa do paciente.



- Garrotear o membro, em região acima do local escolhido para a punção.
- Solicitar ao paciente que feche as mãos com força.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Fazer antissepsia da região com álcool 70% com movimentos em sentido único.
- Fixar a veia de escolha.
- Colocar o dedo indicador da mão dominante sobre o canhão da agulha e com os demais dedos segurar a seringa.
- Manter a agulha com o bisel voltado para cima.
- Puncionar a veia aproximadamente 1 cm antes do local onde a veia deverá ser alcançada com um ângulo de 15°.
- Retirar o garrote e observar a presença de sangue.
- Solicitar ao paciente que abra a mão.
- Pressionar lentamente o êmbolo, injetando todo o líquido.
- Retirar a agulha com movimento único e rápido.
- Comprimir região da punção com gaze seca.
- Orientar que o paciente mantenha o braço elevado em 60° por aproximadamente 3 minutos.
- Se paciente internado ou observação, identificar o adesivo com data, nome do realizador do procedimento e hora, para controle de uma nova punção ou para troca da fixação do cateter.
- Reunir todo o material na bandeja.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Encaminhar a bandeja para a sala de medicação.
- Desprezar a agulha acoplada à seringa na caixa de material perfuro cortante.
- Desprezar as luvas de procedimento e o álcool 70% utilizado no lixo contaminado.
- Lavar as mãos.
- Checar o horário da medicação em prescrição médica.
- Anotar qualquer anormalidade observada.

### Manuseio de Material

- Evitar a punção de membros com fístula arteriovenosa ou lado mastectomizado.
- Escolher sempre o local de punção mais distal, para preservar a extensão do acesso venoso.
- Nunca reencapar a agulha.
- Caso a visualização da rede venosa esteja difícil, utilizar técnicas para promover a vasodilatação, como a aplicação de calor local com compressas quentes ou foco de luz.

### Resultados Esperados

- Realizar tratamento medicamentoso conforme conduta médica.
- Proporcionar alívio de sintomas desagradáveis ao paciente.

### Ações Corretivas

- Em caso de transfixação de veia, durante a punção venosa, comprimir o local por alguns minutos e depois realizar compressa quente para melhor absorção local.

|                                                                           |                  |                |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 059: Administração de medicamento por via dermatológica (ID) |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                                         |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                                               | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem                                            |                  |                |

### Material Necessário

- Bandeja.
- Álcool 70%;





- Gaze.
- Luvas de procedimento.
- Fita adesiva para identificar a seringa.
- Medicação prescrita.
- Agulha estéril 40x12.
- Agulha estéril 13x4,5.
- Seringa estéril de 1ml.
- Biombo.
- Prescrição médica.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Verificar na prescrição médica a data, o nome do paciente, o número do quarto e do leito, o nome da medicação, o horário e a dosagem da droga.
- Conferir o rótulo da medicação com a prescrição médica, antes de prepará-la.
- Dispor o material a ser utilizado sobre o balcão da sala de preparação.
- Abrir a seringa e a agulha.
- Conectar a agulha a ponta da seringa, mantendo os princípios de assepsia.
- Realizar a assepsia da ampola com álcool 70%;
- Quebrar a ampola envolvida em uma gaze seca.
- Introduzir a agulha na ampola, com o bisel voltado para baixo, com cuidado para não se encostar às bordas.
- Aspirar à quantidade de líquido prescrito.
- Retirar todo o ar da seringa.
- Trocar a agulha para a administração da medicação.
- Colar na seringa uma fita adesiva identificada com o nome do paciente, quarto e leito, nome da medicação e horário.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Informar ao paciente sobre a medicação a ser administrada.

- Escolher o local de aplicação.
- Posicionar o paciente adequadamente.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Fazer antissepsia da região com álcool 70%;
- Observar a integridade cutânea e as condições de hidratação da pele.
- Firmar a pele com os dedos polegar e indicador das mãos não dominante.
- Introduzir a agulha na pele com o bisel voltado para cima a um ângulo de 15°.
- Pressionar o êmbolo vagarosamente.
- Observar a formação de uma pápula.
- Retirar a agulha.
- Não friccionar o local
- Reunir todo o material na bandeja.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Encaminhar a bandeja para a sala de medicação.
- Desprezar a agulha acoplada à seringa na caixa de material perfuro cortante.
- Desprezar as luvas de procedimento e o álcool 70% utilizado no lixo contaminado.
- Lavar as mãos.
- Checar o horário da medicação em prescrição médica.
- Anotar qualquer anormalidade observada.

### **Manuseio de Material**

- Em geral, a injeção intradérmica é utilizada na aplicação da vacina BCG, na inserção da parte inferior do músculo deltoide, e em testes alergênicos, na face anterior do antebraço.
- É importante a visualização da pápula durante a aplicação.
- Nunca friccionar o local da aplicação.

### **Resultados Esperados**



- Prevenir o aparecimento de doenças, caracterizado pela vacinação.
- Realizar testes alérgicos.

|                                                                           |                  |                |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 060: Administração de medicamento por via intramuscular (IM) |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                                         |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                                               | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem                                            |                  |                |

### Material Necessário

- Bandeja.
- Álcool 70%
- Gaze.
- Luvas de procedimento.
- Fita adesiva para identificar a seringa.
- Medicação prescrita.
- Agulha estéril 13x4,5 ou 25x7 ou 25x8 ou 20x6 (comprimento/calibre compatível com a massa muscular solubilidade do líquido a ser injetado). 13x4,5 para neonatos.
- Seringa estéril.
- Biombo.
- Prescrição médica.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Verificar na prescrição médica a data, o nome do paciente, o número do quarto e do leito, o nome da medicação, o horário e a dosagem da droga.
- Conferir o rótulo da medicação com a prescrição médica, antes de prepará-la.
- Dispor o material a ser utilizado sobre o balcão da sala de preparação.



- Abrir a seringa e a agulha.
- Conectar a agulha a ponta da seringa, mantendo os princípios de assepsia.
- Realizar a assepsia da ampola com álcool 70%;
- Quebrar a ampola envolvida em uma gaze seca.
- Introduzir a agulha na ampola, com o bisel voltado para baixo, com cuidado para não se encostar às bordas.
- Aspirar a quantidade de líquido prescrito.
- Retirar todo o ar da seringa.
- Colar na seringa uma fita adesiva identificada com o nome do paciente, quarto e leito, nome da medicação e horário.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Informar ao paciente sobre a medicação a ser administrada.
- Colocar biombos ao redor do leito para garantir a privacidade do paciente.
- Escolher o local de aplicação.
- Posicionar o paciente adequadamente.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Fazer antisepsia da região com álcool 70%;
- Observar a integridade cutânea e as condições de hidratação da pele.
- Esticar a pele.
- Firmar o músculo.
- Introduzir a agulha em um movimento único e firme, com a técnica adequada.
- Aspirar ao êmbolo da seringa para verificar se a agulha atingiu algum vaso sanguíneo.
- Pressionar o êmbolo até o final, injetando todo o líquido.
- Retirar a agulha rapidamente.
- Comprimir a pele com gaze seca.
- Reunir todo o material na bandeja.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Encaminhar a bandeja para a sala de medicação.
- Desprezar a agulha acoplada à seringa na caixa de material perfurocortante.

- Desprezar as luvas de procedimento e o álcool swab utilizado no lixo contaminado.
- Lavar as mãos.
- Checar o horário da medicação em prescrição médica.
- Anotar qualquer anormalidade observada.

**Em pacientes adultos os locais indicados são:**

- 1ª opção: Ventroglútea- volume máximo de 5 ml
- 2ª opção: Vasto lateral da coxa- volume máximo de 5 ml
- 3ª opção: Dorso-glútea- volume máximo de 5 ml
- 4ª opção: Deltoideana- volume máximo de 2 ml (em pacientes com desenvolvimento de massa muscular normal)

**Em crianças os locais e volumes indicados são:**

- 1ª opção: Ventroglútea- não recomendada para menores de 3 anos
  - Crianças de 3 a 6 anos: até 1,5 ml;
  - Crianças de 6 a 14 anos: até 2,0 ml;
  - Adolescentes: até 2,5 ml;
- 2ª opção: Vasto lateral da coxa
  - Prematuros e neonatos – até 0,5 ml
  - Menores de 3 anos: até 1 ml;
  - Crianças de 3 a 6 anos: até 1,5 ml;
  - Crianças de 6 a 15 anos: até 2,0 ml;
  - Adolescentes: até 2,5 ml
- 3ª opção: Dorso-glútea- não recomendado para menores de 3 anos
  - Crianças de 3 a 6 anos: até 1 ml;
  - Crianças de 6 a 14 anos: até 2,0 ml;
  - Adolescentes: até 2,5 ml
- 4ª opção: Deltoide

Crianças de 6 a 14 anos: até 0,5 ml;

Adolescentes: até 1 ml

### **Manuseio de Material**

- A angulação da agulha durante a introdução e o posicionamento do paciente varia de acordo com a região escolhida.
- O local de aplicação da injeção intramuscular é determinado pela droga (irritante), volume a ser aplicado e características do paciente.
- As regiões de aplicação intramuscular são: deltoide, dorso glútea, ventroglútea, face ântero-lateral da coxa.
- Em caso de frasco-ampola, realizar a assepsia da região de borracha com álcool swab antes da introdução da agulha.
- Nunca reencapar a agulha.

### **Resultados Esperados**

- Realizar tratamento medicamentoso conforme conduta médica.
- Prevenir o aparecimento de doenças, caracterizado pela vacinação.
- Proporcionar alívio de sintomas desagradáveis ao paciente.

### **Ações Corretivas**

- Se durante a etapa da aspiração, após a introdução da agulha na região escolhida, houver retorno de sangue, retirar a agulha comprimindo o local de punção e realizar novo preparo e administração de medicação.
- Se a medicação for recusada, informar a enfermeira responsável, colocar um círculo no horário da medicação e anotar em prontuário.



|                                                                        |                  |                |
|------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 061: Administração de medicamento por via subcutânea (SC) |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                                      |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                                            | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem                                         |                  |                |

### Material Necessário

- Bandeja.
- Álcool 70%
- Luvas de procedimento.
- Fita adesiva para identificar a seringa.
- Medicação prescrita.
- Agulha estéril 40x12.
- Agulha estéril 13X4,5.
- Seringa estéril de 1ml.
- Prescrição médica.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Verificar na prescrição médica a data, o nome do paciente, o número do quarto e do leito, o nome da medicação, o horário e a dosagem da droga.
- Conferir o rótulo da medicação com a prescrição médica, antes de prepará-la.
- Dispor o material a ser utilizado sobre o balcão da sala de preparação.
- Abrir a seringa e a agulha.
- Conectar a agulha a ponta da seringa, mantendo os princípios de assepsia.
- Realizar a assepsia da ampola com álcool 70%
- Quebrar a ampola envolvida em uma gaze seca.
- Introduzir a agulha na ampola, com o bisel voltado para baixo, com cuidado para não se encostar às bordas.





- Aspirar à quantidade de líquido prescrito.
- Retirar todo o ar da seringa.
- Trocar a agulha para a administração da medicação.
- Colar na seringa uma fita adesiva identificada com o nome do paciente, quarto e leito, nome da medicação e horário.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Informar ao paciente sobre a medicação a ser administrada.
- Escolher o local de aplicação.
- Posicionar o paciente adequadamente.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Fazer antisepsia da região com álcool 70%;
- Observar a integridade cutânea e as condições de hidratação da pele.
- Pressionar a pele com os dedos polegar e indicador da mão não dominante.
- Introduzir a agulha em um ângulo de 30° a 90° em relação à pele.
- Aspirar verificar se a agulha não atingiu nenhum vaso sanguíneo.
- Injetar o líquido vagarosamente.
- Retirar a agulha rapidamente.
- Comprimir a pele com gaze seca.
- Reunir todo o material na bandeja.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Encaminhar a bandeja para a sala de medicação.
- Desprezar a agulha acoplada à seringa na caixa de material perfuro cortante.
- Desprezar as luvas de procedimento e o álcool 70% utilizado no lixo contaminado.
- Lavar as mãos.
- Checar o horário da medicação em prescrição médica.
- Anotar qualquer anormalidade observada.

### **Manuseio de Material**



- Em caso de frasco-ampola, realizar a assepsia da região de borracha com álcool 70% antes da introdução da agulha.
- A angulação da agulha depende da constituição física do paciente e do calibre da agulha utilizada.
- Não massagear o local após a aplicação da medicação, pois ocorre alteração no tempo de absorção.
- Os locais de aplicação subcutânea são: abdome, face lateral do braço, face anterior da coxa e região infra escapular.
- Realizar o rodízio entre as áreas de aplicação subcutânea.
- Não é necessário realizar a etapa de aspiração após a introdução da agulha ao uso de Clexane.

### Resultados Esperados

Realizar tratamento medicamentoso conforme conduta médica.

- Prevenir o aparecimento de doenças, caracterizado pela vacinação.
- Proporcionar alívio de sintomas desagradáveis ao paciente.

### Ações Corretivas

- Se durante a etapa da aspiração, após a introdução da agulha na região escolhida, houver retorno de sangue, retirar a agulha comprimindo o local de punção e realizar novo preparo e administração de medicação.
- Se a medicação for recusada, informar a enfermeira responsável, colocar um círculo no horário da medicação e anotar em prontuário.

|                                             |                  |                |
|---------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 062: Administração Sublingual. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP           |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                 | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem              |                  |                |

### Material Necessário

- Bandeja.
- Recipiente para colocar a medicação (copo plástico).
- Fita adesiva para identificação.
- Prescrição médica.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Verificar na prescrição médica a data, o nome do paciente, o número do quarto e do leito, o nome da medicação, o horário e a dosagem da droga.
- Conferir o rótulo da medicação com a prescrição médica.
- Colocar a medicação em recipiente apropriado.
- Identificar o recipiente com o nome do paciente, número do quarto e do leito e horário da medicação.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Informar ao paciente sobre a medicação a ser administrada.
- Colocar o paciente em posição confortável.
- Oferecer o comprimido ao paciente.
- Solicitar que o paciente coloque o comprimido sob a língua.
- Orientar o paciente que permaneça com o medicamento sob a língua, até sua diluição.
- Observar as possíveis reações do paciente.
- Lavar as mãos.
- Checar o horário da medicação em prescrição médica.
- Anotar qualquer anormalidade observada

### Resultados Esperados

- Realizar tratamento medicamentoso conforme conduta médica.
- Prevenir o aparecimento de doenças.
- Proporcionar alívio de sintomas desagradáveis ao paciente.

### Ações Corretivas

- Se a medicação for recusada, informar a enfermeira responsável, colocar um círculo no horário da medicação e anotar em prontuário.

|                                                |                  |                |
|------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 063: Administração Via Auricular. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP              |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                    | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem                 |                  |                |

### Material Necessário

- Bandeja.
- Gazes.
- Algodão.
- Luvas de procedimento.
- Sanito branco.
- Frasco de medicação com conta-gotas.
- Fita adesiva para identificação.
- Prescrição médica.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.



- Verificar na prescrição médica a data, o nome do paciente, o número do quarto e do leito, o nome da medicação, o horário e a dosagem da droga.
- Conferir o rótulo da medicação com a prescrição médica.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Informar ao paciente sobre a medicação a ser administrada.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Posicionar o paciente em decúbito lateral (com o ouvido a ser medicado para cima).
- Tracionar o lobo da orelha para cima e para trás.
- Abrir o frasco e aspirar a quantidade prescrita ou virar o frasco conta-gotas para baixo.
- Instilar a medicação, evitando que entre em contato com a pele do paciente.
- Proteger o orifício auricular com algodão.
- Limpar com gaze a região auricular externa, se necessário.
- Desprezar a gaze suja em sanito branco.
- Solicitar ao paciente que permaneça por alguns minutos nesta posição.
- Fechar o frasco de medicação.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas em sanito branco.
- Lavar as mãos.
- Checar o horário da medicação administrada em prescrição médica.
- Identificar o frasco de medicação com o nome, número do quarto e leito, e data de abertura.

### **Manuseio de Material**

- Segurar o conta-gotas pelo bulbo de borracha, evitando que a solução suba e entre no bulbo.
- O frasco de medicação, com via de administração auricular, é de uso individual.
- Evitar sempre o contato do conta-gotas com a pele do paciente.

### **Resultados Esperados**

- Realizar tratamento medicamentoso conforme conduta médica.
- Proporcionar alívio de sintomas desagradáveis ao paciente.

#### Ações Corretivas

- Se a medicação for recusada, informar a enfermeira responsável, colocar um círculo no horário da medicação e anotar em prontuário.

|                                            |                  |                |
|--------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 064: Administração Via Nasal. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP          |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem             |                  |                |

#### Material Necessário

- Bandeja.
- Gazes.
- Luvas de procedimento.
- Sanito branco.
- Frasco de medicação com conta-gotas.
- Fita adesiva para identificação.
- Prescrição médica.

#### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Verificar na prescrição médica a data, o nome do paciente, o número do quarto e o leito, o nome da medicação, o horário e a dosagem da droga.
- Conferir o rótulo da medicação com a prescrição médica.



- Explicar o procedimento ao paciente.
- Informar ao paciente sobre a medicação a ser administrada.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal com a cabeça inclinada para trás, favorecendo a visualização as narinas.
- Abrir o frasco e aspirar a quantidade prescrita ou virar o frasco conta-gotas para baixo.
- Instilar diretamente na cavidade nasal, evitando que o conta-gotas ou a ponta do frasco toque na mucosa nasal.
- Limpar o excesso de medicamento com gaze.
- Desprezar as gazes sujas no sanito branco.
- Solicitar ao paciente que permaneça alguns minutos em decúbito dorsal.
- Realizar a limpeza do conta-gotas com água corrente e sabão.
- Recolocar o conta-gotas no frasco.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas no sanito branco.
- Lavar as mãos.
- Checar o horário da medicação administrada em prescrição médica.
- Identificar o frasco de medicação com o nome, número do quarto e leito, e data de abertura.

### **Manuseio de Material**

- Segurar o conta-gotas pelo bulbo de borracha, evitando que a solução suba e entre no bulbo.
- O frasco de medicação, com via de administração nasal, é de uso individual.
- Evitar sempre o contato do conta-gotas com a mucosa nasal.

### **Resultados Esperados**

- Realizar tratamento medicamentoso conforme conduta médica.





- Prevenir o aparecimento de doenças.
- Proporcionar alívio de sintomas desagradáveis ao paciente.

### Ações Corretivas

- Se a medicação for recusada, informar a enfermeira responsável, colocar um círculo no horário da medicação e anotar em prontuário.

|                                             |                  |                |
|---------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 065: Administração Via Ocular. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP           |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                 | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem              |                  |                |

### Material Necessário

- Bandeja.
- Gazes.
- Luvas de procedimento.
- Sanito branco.
- Frasco de medicação com conta-gotas.
- Fita adesiva para identificação.
- Prescrição médica.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Verificar na prescrição médica a data, o nome do paciente, o número do quarto e do leito, o nome da medicação, o horário e a dosagem da droga.
- Conferir o rótulo da medicação com a prescrição médica.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Informar ao paciente sobre a medicação a ser administrada.

- Calçar as luvas de procedimento.
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal.
- Limpar as pálpebras e os cílios do paciente com gaze, se necessário.
- Desprezar as gazes sujas no sanitário branco.
- Abrir o frasco e aspirar a quantidade prescrita ou virar o frasco conta-gotas para baixo.
- Expor a conjuntiva inferior, colocando o indicador próximo à margem da pálpebra inferior, abaixando os cílios e exercendo pressão para baixo.
- Segurar o conta-gotas próximo ao olho, evitando encostá-lo nas pálpebras e cílios.
- Solicitar o paciente que olhe para cima.
- Instilar a medicação no centro do saco conjuntival.
- Solicitar o paciente que feche as pálpebras e mova os cílios, permitindo o escoamento sobre as superfícies conjuntivais do globo ocular.
- Enxugar o excesso do medicamento com gaze com movimentos da parte interna do olho para a parte externa.
- Desprezar as gazes em sanitário branco.
- Observar as reações do paciente.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas em sanitário branco.
- Lavar as mãos.
- Checar o horário da medicação administrada em prescrição médica.
- Identificar o frasco de medicação com o nome, número do quarto e leito, e data de abertura.

### **Manuseio de Material**

- Segurar o conta-gotas pelo bulbo de borracha, evitando que a solução suba e entre no bulbo.
- O frasco de medicação, com via de administração ocular, é de uso individual.
- Evitar sempre o contato do conta-gotas com as pálpebras e cílios do paciente.



### Resultados Esperados

- Realizar tratamento medicamentoso conforme conduta médica.
- Proporcionar alívio de sintomas desagradáveis ao paciente.
- Preparar o paciente para a cirurgia oftalmológica.

### Ações Corretivas

- Se a medicação for recusada, informar a enfermeira responsável, colocar um círculo no horário da medicação e anotar em prontuário.

|                                            |                  |                |
|--------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 066: Administração Via Retal. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP          |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem             |                  |                |

### Material Necessário

- Bandeja.
- Recipiente para colocar o supositório.
- Biombo.
- Fita adesiva para identificar o recipiente.
- Gazes.
- Luvas de procedimento.
- Sanito branco.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.



- Verificar na prescrição médica a data, o nome do paciente, o número do quarto e do leito, o nome da medicação e o horário da droga.
- Conferir o rótulo da medicação com a prescrição médica.
- Colocar a medicação em recipiente apropriado.
- Identificar o recipiente com o nome do paciente, número do quarto e do leito e horário da medicação.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Informar ao paciente sobre a medicação a ser administrada.
- Colocar biombos ao redor do leito para garantir a privacidade do paciente.
- Colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo, com flexão da perna direita (Posição de Sims).
- Calçar as luvas.
- Retirar o invólucro do supositório.
- Segurar o supositório com o auxílio de uma gaze.
- Afastar as nádegas com a mão esquerda.
- Observar presença de anormalidades em região perianal.
- Introduzir o supositório delicadamente.
- Orientar o paciente que retenha o supositório por alguns minutos, evitando que seja expelido.
- Desprezar as luvas de procedimento e as gazes no sanito branco.
- Lavar as mãos.
- Checar o horário da medicação em prescrição médica.
- Anotar qualquer anormalidade observada.

### **Manuseio de Material**

- Garantir a privacidade do paciente com a colocação de biombos.
- Quando o paciente for do sexo oposto ao do prestador da assistência de enfermagem, questionar em relação a preferência por outro funcionário do mesmo sexo para realização do procedimento.



### Resultados Esperados

- Realizar tratamento medicamentoso conforme conduta médica.
- Proporcionar alívio de sintomas desagradáveis ao paciente.
- Estimular a evacuação em situações de ressecamento das fezes.

### Ações Corretivas

- Se a medicação for recusada, informar a enfermeira responsável, colocar um círculo no horário da medicação e anotar em prontuário.
- Em caso de observação de anormalidades na região perianal, comunicar a enfermeira de plantão.

|                                           |                  |                |
|-------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 067: Administração Via Oral. |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP         |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023               | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem            |                  |                |

### Material Necessário

- Bandeja.
- Recipiente para colocar a medicação (copo plástico).
- Água.
- Fita adesiva para identificação.
- Prescrição médica.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.

- Verificar na prescrição médica a data, o nome do paciente, o número do quarto e do leito, o nome da medicação, o horário e a dosagem da droga.
- Conferir o rótulo da medicação com a prescrição médica, antes de prepará-la.
- Colocar a medicação em recipiente apropriado.
- Identificar o recipiente com o nome do paciente, número do quarto e do leito e horário da medicação.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Informar ao paciente sobre a medicação a ser administrada.
- Observar as condições de deglutição do paciente.
- Posicionar o paciente favorecendo a deglutição do medicamento.
- Administrar a medicação sem tocá-la diretamente com as mãos.
- Oferecer copo com água ao paciente.
- Permanecer ao lado do paciente até que a medicação seja deglutida.
- Lavar as mãos.
- Checar o horário da medicação em prescrição médica.
- Anotar qualquer anormalidade observada.

### **Manuseio de Material**

- Toda a medicação em gotas, suspensão ou xarope será fornecida pela Farmácia em dose unitária.
- A dose de um medicamento prescrito só pode ser alterada pelo médico, devendo ser suspenso em prescrição e prescrito novamente com a dose, via de administração e horário a ser administrado.
- Observar sempre os cinco itens antes de administrar a medicação: paciente certo, horário certo, medicação certa, dosagem certa e via de administração certa.
- Sempre observar a dose prescrita pelo médico e a miligramagem do comprimido.
- Apenas os comprimidos com sulcos podem ser divididos.
- Se o paciente fizer uso de sonda nasointestinal, proceder ao tritramento do comprimido com o instrumento adequado e à diluição em água.

### Resultados Esperados

- Realizar tratamento medicamentoso conforme conduta médica.
- Prevenir o aparecimento de doenças.
- Proporcionar alívio de sintomas desagradáveis ao paciente.

### Ações Corretivas

- Caso o paciente não tenha condições para deglutir, informar ao médico responsável para orientação de conduta.
- Se a medicação for recusada, informar a enfermeira responsável, colocar um círculo no horário da medicação e anotar em prontuário.
- Se cometer algum erro durante a administração da medicação, notificar imediatamente a enfermeira de plantão.

|                                   |                 |                |
|-----------------------------------|-----------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 068: Atuação em PCR. |                 |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP |                 |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023       | Última revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem    |                 |                |

### Material Necessário

- 02 técnicos / auxiliares de enfermagem.
- 01 enfermeiro.
- 01 médico.
- Monitor cardíaco.
- Desfibrilador.
- Carrinho de emergência.
- Maca.



- Torpedo de oxigênio.

### Passos Críticos

- Entrar no quarto do paciente.
- Chamar o paciente pelo nome.
- Tocar o paciente.
- Avaliar a presença de movimentos respiratórios (ver, ouvir e sentir).
- Verificar a presença de pulso, palpando a artéria carotídea.
- Acionar a campainha para solicitar ajuda.
- Colocar o paciente em decúbito dorsal abaixando cabeceira da cama e retirando o travesseiro.
- Avaliar a cavidade oral, observando a presença de corpo estranho.
- Retirar próteses dentárias.
- Promover a hiperextensão do pescoço para abrir vias aéreas, com elevação da mandíbula e abaixamento do mento.
- Iniciar compressões torácicas, até a chegada de ajuda.
- Reavaliar pulso e movimentos respiratórios após um minuto.
- Continuar as compressões torácicas, persistindo a ausência de pulso e movimentos respiratórios.
- Comunicar o “código azul” (ou conforme a unidade) à chegada de ajuda, para que sejam providenciados, imediatamente, a tabua rígida e o ambu, e anúncio do “código azul” pela telefonista.
- Atentar ao horário do chamado.
- Colocar a tábua rígida sob o paciente.
- Conectar o ambu a rede de oxigênio, ligando o fluxômetro com 10-12 litros por minuto.
- Iniciar a manobra de compressão e ventilação na proporção de 30/2, sendo 5(cinco) ciclos em 2 (dois) minutos até a chegada do médico.
- Reavaliar o paciente a cada minuto.

- Providenciar um acesso venoso calibroso e instalar o monitor cardíaco no paciente, à chegada de uma terceira pessoa com o carrinho de emergência.
- Preparar o material para intubação orotraqueal e montar o sistema de aspiração.
- Comunicar ao médico todo o procedimento já realizado, resultados e o tempo dispensado desde o início do procedimento.
- Auxiliar o médico na intubação orotraqueal e na administração de medicamentos.
- Preparar a Unidade de Terapia Intensiva em relação a transferência do paciente.
- Providenciar a maca e o torpedão de oxigênio.
- Transferir o paciente para a Unidade de Terapia Intensiva.
- Deixar a unidade organizada.
- Solicitar o Serviço de Higiene para limpeza do quarto.
- Anotar hora da detecção da parada cardiorrespiratória, procedimentos realizados, tempo dispensados para o procedimento, medicações utilizadas, processo de intubação, punção venosa, instalação de monitor cardíaco, oxímetro de pulso, aspiração de vias aéreas, e outros procedimentos, em Prontuário.
- Relatar o resultado do procedimento – óbito ou encaminhamento do paciente para a UTI e em que condições – em Prontuário.
- Anotar os materiais e as medicações utilizadas no atendimento da emergência em folha de prescrição médica.
- Providenciar a reposição do carrinho de emergência, o mais rápido possível.
- Encaminhar os materiais a serem esterilizados para a Central de Material.

### Manuseio de Material

- Nunca sair do quarto ou deixar o paciente sozinho.
- O pulso carotídeo se palpa localizando a cartilagem cricoide e deslizando o dedo 2cm para o lado do avaliador.
- A compressão torácica externa é realizada no ½ inferior do esterno com a região hipotênar das mãos, uma sobre a outra, e braço reto num ângulo de 90° em relação ao paciente.

- Ao final a enfermeira deverá reunir a equipe e discutir sobre o atendimento, fazendo uma avaliação dele.
- Se após um minuto de compressão torácica, o paciente apresentar pulso e movimentos respiratórios, monitorizar o paciente e instalar oxigenoterapia.
- Não interromper as compressões torácicas.
- Em caso de PCR, o funcionário do setor deverá solicitar a telefonista que anuncie o plantonista da Clínica Médica e a enfermeira de plantão.
- Sempre utilizar equipamentos de proteção individual m situações que são requeridos.
- Manter o carrinho de emergência na Ala de internação onde se localizar o paciente com maior instabilidade do quadro clínico.
- Todas as Alas de internação devem dispor de uma tábua rígida e de um ambu.
- Os torpedos de oxigênio devem estar com uma carga superior a 50.
- A conferência do carrinho de emergência é de responsabilidade da enfermeira do plantão.
- O painel de gases deve estar sempre montado com o nebulizador, fluxômetro, frasco de vácuo e extensão de látex.
- Após a utilização do carrinho de emergência, o enfermeiro responsável pelo plantão deverá providenciar a reposição do material utilizado. Caso não seja possível, passar em plantão para o enfermeiro do turno seguinte a responsabilidade de repor os itens faltantes.

### Resultados Esperados

- Proporcionar um atendimento rápido e efetivo durante as emergências.
- Treinar a equipe de enfermagem para atuação em emergências.

|                                          |                 |                |
|------------------------------------------|-----------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 069: Cardioversão Elétrica. |                 |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP        |                 |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023              | Última revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem           |                 |                |



### Material Necessário

- Cardioversor / Desfibrilador.
- Tubo de gel condutor.
- Monitor cardíaco.
- 05 Eletrodos.
- Medicamentos prescritos (sedativos, antiarrítmicos).
- Carrinho de urgência.
- Kit de intubação traqueal.
- Cateter nasal.
- Fonte de oxigênio com umidificador.
- Faixas de contenção.
- 02 Compressas não estéreis.
- 02 Panos de limpeza descartável.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Arrumar o material na mesa auxiliar e levar para o quarto do paciente.
- Aproximar o carrinho de urgência e o kit de intubação próximo ao leito.
- Checar e testar todo o material de urgência.
- Instalar o cardioversor na rede elétrica (110volts).
- Realizar o teste com as pás do cardioversor / desfibrilador para verificação de seu funcionamento.
- Explicar o procedimento ao paciente, assegurar a tranquilidade, não usando o termo CHOQUE.
- Avaliar o estado de conservação dos eletrodos no paciente.

- Preparar o paciente: retirar próteses, colocar cateter nasal enriquecido com o O<sub>2</sub>, expor o tórax do paciente, instalar o cabo de ECG do cardioversor no paciente, retirando o cabo do monitor cardíaco.
- Garantir ou puncionar veia calibrosa para administração de medicamentos.
- Garantir vias aéreas livres e boa oxigenação.
- Sedar o paciente de acordo com a prescrição médica.
- Retirar as pás do suporte e colocar o gel condutor na parte metálica de uma das pás e, depois, friccionar uma pá contra a outra, para espalhar a pasta de modo mais uniforme.
- Acionar a tecla LIGA do painel dianteiro, ligando o aparelho.
- Posicionar a chave ECG, do painel dianteiro para a detecção automática do traçado cardíaco.
- Acionar a tecla SINC, do painel dianteiro, para aquisição do sinal de sincronismo (ECG).
- Pressionar a tecla CARGA, do painel dianteiro, observando o indicador de energia (Joules). Aguarde a indicação de carga completa, através da luz indicadora no painel que deverá para de piscar e permanecerá acesa.
- Pressionar as pás firmemente no tórax do paciente, exercendo força de 10 a 20 kgf, com intuito de diminuir a impedância torácica.
- Apertar os botões de ambas as pás para liberação da descarga elétrica, ou como segunda opção, um segundo elemento, pressiona a tecla DISPARO do painel dianteiro até ocorrer o disparo, quando então o indicador de energia retorna a zero. Se necessário, repetir o procedimento novamente com a opção de carga definida pelo médico.
- Manter o cardioversor / desfibrilador próximo ao leito do paciente até que o médico considere a situação sob controle e a arritmia devidamente revertida.
- Se for necessário cardioverter novamente o paciente colocar mais gel condutor nas pás.
- Manter o paciente monitorado após a cardioversão por tempo indeterminado, até que o paciente esteja estável.
- Realizar limpeza das pás com um pano descartável, retirando o gel de ECG. Em seguida, limpar o equipamento com um pano descartável com álcool a 70%.
- Limpar o tórax do paciente, retirando excesso de gel com uma compressa úmida.

- Manter a oxigenoterapia até o paciente acordar com um decúbito dorsal de 45º.
- Deixar o quarto organizado.
- Lavar as mãos.
- Fazer anotação do procedimento no relatório de enfermagem, discriminando a quantidade de disparos e suas cargas respectivas.

### **Manuseio do Material**

- Manter oxigenoterapia ao paciente durante e após procedimento.
- Observar se a posição dos eletrodos deixa livre a “área nobre” para o posicionamento das pás, que corresponde ao 4º espaço intercostal à direita e o ictus cordis (ápice cardíaco logo abaixo do mamilo esquerdo).
- Se necessário, para melhor fixação dos eletrodos, raspe os pelos no local de aplicação.
- Garantir traçado cardíaco nítido, para que seja possível a cardioversão de forma que o choque não caia sobre a onda T.
- Evitar curto-circuito e danificação do aparelho conectando o fio-terra.
- O cardioversor / desfibrilador é dotado de fonte chaveada, com seleção de voltagem (110 volts), e não necessita ser alimentado por fonte elétrica devido à ausência de bateria interna recarregável.
- Não espalhar gel condutor pelo tórax do paciente pois a mesma poderá causar curto-circuito, diminuindo sensivelmente a eficiência da descarga e causando queimaduras.
- Observar que o indicador luminoso da tecla SINC, altera sua intensidade sincronicamente com a onda R mostrada na tela do monitor ou com o sinalizador sonoro. Nestas condições o sinal é satisfatório para o disparo síncrono.
- O choque inicial é de 160J até o máximo de 360J.
- Ao realizar o disparo, estar sempre atento para que as pessoas ao redor do leito se afastem.
- Nos casos de portadores de marcapasso definitivo, as pás dos eletrodos deverão ser colocadas afastadas da loja do gerador, devendo-se colocar um ímã sobre a loja do marcapasso para inibir o circuito de sensibilidade.

- Observar atentamente as reações do paciente para detecção precoce de sinais de alterações hemodinâmicas.
- Observar e constatar a conversão do ritmo cardíaco após a cardioversão e acompanhar o traçado cardíaco.
- Verificar resultados da cardioversão aplicada, estado geral do paciente, sinais vitais pós-cardioversão nível de consciência e condições da pele.
- Imprescindível anotar no relatório de enfermagem a quantidade de disparos elétricos e sua correspondente carga para efeito de cobrança dos convênios.
- Para limpeza do cardioversor / desfibrilador utilizar um pano macio umedecido em álcool a 70%.

### Resultados esperados

- Conversão de arritmias cardíacas graves, tais como: taquicardia paroxística supraventricular, taquicardia ventricular, flutter atrial, fibrilação atrial.
- Retorno e manutenção de ritmo cardíaco sinusal.
- Garantir os parâmetros hemodinâmicos preservados do paciente.

### Ações Corretivas

- Se a pele do paciente apresentar hiperemia no local da cardioversão, comunicar enfermeiro de plantão para avaliação de região lesada e prescrição de condutas.

|                                                              |                 |                |
|--------------------------------------------------------------|-----------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 070: Encaminhamento de Material para o Expurgo. |                 |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                            |                 |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                                  | Última revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem                               |                 |                |

### Passos Críticos



- Transportar o material contaminado para o expurgo em recipiente fechado ou envolto em campo.
- Fechar a porta do expurgo setorial.
- Calçar luvas de procedimento.
- Desprezar o lixo contaminado no sanito branco.
- Desprezar material perfuro cortante no descartex.
- Embrulhar com papel grau cirúrgico (o mesmo que continha o material estéril) o material a ser encaminhado à Central de Material Esterilizado.
- Identificar, em saco separado, o material sem condições de uso ou que necessitam de reparo.
- Colocar o pacote na caixa da CME.
- Retirar as luvas.
- Anotar em planilha de controle do setor o material enviado para a CME.

### Resultados Esperados

- Reduzir o risco de infecções cruzadas.
- Evitar a tramitação de material contaminado no posto de enfermagem.
- Manter a organização do setor.
- Dispensar o material contaminado à Central de Material de maneira organizada.

### Ações Corretivas

- Em caso de falta de material estéril, comunicar a Central de Material para a reposição dele.

|                                               |                 |                |
|-----------------------------------------------|-----------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 071: Preparo do Corpo Pós Óbito. |                 |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP             |                 |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                   | Última revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem                |                 |                |

### Material Necessário

- Máscara.
- Avental.
- Luvas de procedimento.
- Atadura de crepe.
- Esparadrapo.
- Saco de óbito.
- Biombos.
- Lençol.
- Maca sem colchão.
- Hamper.
- Chave do necrotério.

### Passos Críticos

- Solicitar e preparar o material.
- Providenciar a chave do necrotério localizada na recepção de funcionários.
- Buscar a maca localizada no necrotério.
- Colocar o material na mesa de cabeceira.
- Colocar o biombo ao lado do leito.
- Vestir o avental, calçar as luvas de procedimento e colocar a máscara.
- Desligar todos os equipamentos.
- Posicionar a cama na horizontal.
- Soltar os lençóis da cama e retirar o travesseiro.
- Retirar as sondas, cânulas, drenos e desprezar no sanitário branco.
- Retirar e guardar todos os objetos pessoais em um saco plástico com etiqueta de identificação para entregar aos familiares.
- Fazer higiene do corpo com água e sabão, se necessário.
- Remover os curativos e refazê-los, se necessário.

- Fechar as pálpebras prendendo-as com esparadrapo.
- Sustentar a mandíbula prendendo-a com esparadrapo.
- Unir as mãos sobre o tórax e amarrar com atadura de crepe.
- Unir os pés e amarrar com atadura de crepe.
- Amarrar o pênis com gaze.
- Identificar o corpo com a etiqueta do paciente.
- Colocar o corpo no saco de óbito.
- Identificar o saco de óbito com nome do paciente, data e horário do óbito.
- Transferir o corpo do leito para a maca.
- Cobrir o corpo e a maca com um lençol no sentido do comprimento.
- Colocar a roupa de cama no hamper.
- Desprezar as luvas de procedimento e a máscara no lixo do quarto.
- Encaminhar o corpo para o necrotério utilizando o elevador no.3.
- Transferir o corpo da maca para a mesa situada no necrotério.
- Devolver as chaves do necrotério e do elevador.
- Retornar a unidade.
- Desprezar o avental no hamper.
- Lavar as mãos.
- Preencher o aviso de alta, riscando a palavra “alta” e escrevendo “óbito”.
- Entregar o aviso de óbito à família e encaminhá-los a recepção.
- Avisar a recepção da ocorrência do óbito, informando o nome do paciente, o horário do óbito, o médico que constatou o óbito, para o providenciamento do atestado de óbito.
- Proceder às anotações no prontuário do paciente.
- Checar na prescrição médica a constatação do óbito pelo médico.
- Encaminhar a prescrição médica com a caixa de medicações do paciente para a farmácia.

### Manuseio de Material

- A retirada do saco de óbito é feita na farmácia mediante solicitação em prescrição médica.

### Resultados Esperados

- Preparação do corpo para deixá-lo higienizado e asseado.
- Posicionamento do corpo antes da rigidez muscular e/ou da saída de gases, mau odor, sangue e secreções.
- Transferência do corpo para o necrotério de maneira organizada.
- Orientação adequada aos familiares em relação aos procedimentos pós-óbito.

### Ações Corretivas

- O corpo só poderá ser preparado após a constatação do óbito pelo médico.
- O corpo não poderá permanecer na unidade após o óbito.

|                                                  |                 |                |
|--------------------------------------------------|-----------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 072: Protocolo de Alergia ao Látex. |                 |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                |                 |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                      | Última revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem                   |                 |                |

### Material Necessário

- Etiquetas com a identificação “Alérgica ao látex”.
- Placa com a identificação “Paciente alérgico ao látex / borracha”.
- Caixa de luvas de vinil.
- Materiais látex-livre (sistema interlink, equipo simples brasino, soro ecoflac).
- Micropore ou Transpore 3M

### Passos Críticos

- Comunicar a condição de sensibilidade ao látex do paciente para todos os setores envolvidos na assistência.
- Solicitar limpeza detalhada da acomodação para a retirada de pó/talco de luvas de látex, antes da internação do paciente.
- Providenciar todo o material para a identificação de paciente alérgico ao látex.
- Solicitar caixa de luva de vinil.
- Identificar a pulseira de código de barras do paciente com a etiqueta “alergia ao látex”, sem cobrir o nome.
- Identificar todas as folhas do prontuário com a etiqueta “alergia ao látex”.
- Manter identificação na porta do quarto do paciente com a placa “Paciente alérgico ao látex”.
- Utilizar somente luvas de vinil, tanto de procedimento quanto estéreis, nas precauções padrão.
- Separar um estetoscópio e um esfigmomanômetro para uso exclusivo deste paciente, livres de pó/talco de luvas.
- Colar fita crepe nas partes de borracha do estetoscópio evitando o contato com a pele do paciente.
- Envolver o braço do paciente com atadura antes de posicionar o manguito do esfigmomanômetro evitando o contato com a pele do paciente.
- Separar o material de reanimação cardiopulmonar látex-livre.
- Observar a presença de sinais e sintomas de reação alérgica, comunicando imediatamente o médico.

### **Manuseio de Material**

- O material utilizado no sistema interlink, como o injetor de borracha e a trava clip, é látex-livre.
- O soro ecoflac é a única solução endovenosa que pode ser utilizada em pacientes alérgicos ao látex.

- Atenção durante a manipulação da seringa devido ao êmbolo de borracha.
- Na preparação de medicação contida em frasco-ampola, retirar a lâmina metálica e a borracha de vedação e proceder à diluição e/ou aspiração diretamente do frasco.
- Substituir o garrote de látex por luva de vinil durante o procedimento para punção de acesso venoso.
- Para a fixação de acesso venoso, utilizar somente micropore ou transpore 3M.
- Para maior segurança, utilizar apenas o material contido na caixa de medicação do paciente.

### Resultados Esperados

- Promover o bem-estar do paciente.
- Evitar complicações no quadro clínico do paciente desencadeadas pela sensibilidade ao látex.
- Garantir a atuação correta e rápida em emergências, como o choque anafilático.
- Identificar pacientes de risco para desenvolver reação alérgica ao látex.

### Ações Corretivas

- Em vigência de sinais e/ou sintomas indicativos reação alérgica, comunicar imediatamente a enfermeira ou ao médico responsável.
- Em caso de dúvidas em relação à possibilidade do uso de determinados materiais e instrumentos, procurar a enfermeira responsável para melhor esclarecimento.

|                                                |                 |                |
|------------------------------------------------|-----------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 073: Aplicação de Compressa Fria. |                 |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP              |                 |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                    | Última revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem                 |                 |                |

### Material Necessário

- Gelo.
- Bacia.
- Água.
- Compressas não estéreis ou toalha.
- Forro impermeável.
- Termômetro.
- Prontuário médico.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Verificar a indicação do tratamento.
- Reunir todo o material necessário.
- Colocar água com gelo na bacia.
- Colocar as compressas não estéreis na bacia.
- Orientar o procedimento ao paciente.
- Posicionar o paciente adequadamente expondo a área que deve receber o tratamento.
- Observar as características da região em tratamento.
- Colocar forro impermeável sob o paciente.
- Colocar as compressas embebidas na água gelada sobre a área delimitada.
- Trocar as compressas a cada 5 minutos, por no mínimo 30 minutos.
- Controlar a temperatura do paciente a cada 15 minutos.
- Manter o paciente confortavelmente.
- Lavar as mãos.
- Checar a realização do procedimento em prescrição médica.
- Anotar as observações realizadas em prontuário.

### Manuseio de Material



- O gelo para a realização das compressas frias é obtido na Copa do 1º andar.
- Em cada posto de enfermagem existe um refratário isolante destinado à armazenagem do gelo.
- Utilizar luvas de procedimento se a região em tratamento for uma área de descontinuidade da pele.
- Antes de colocar as compressas sobre o paciente, comprimi-las retirando o excesso de líquido, não permitindo que estejam encharcadas.

### Resultados Esperados

- Reduzir hematoma após trauma.
- Reduzir sangramentos localizados de pequena extensão.
- Prevenir ou reduzir edema após trauma.
- Auxiliar na redução da temperatura corporal.
- Reduzir os sinais e os sintomas desagradáveis ao paciente.

### Ações Corretivas

- Se o paciente apresentar hipotermia, cianose labial ou de extremidades, interromper a sessão, aquecer o paciente com cobertor e comunicar a enfermeira de plantão.

|                                                |                 |                |
|------------------------------------------------|-----------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 074: Aplicação de Bolsa com Gelo. |                 |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP              |                 |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                    | Última revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem                 |                 |                |

### Material Necessário

- Bolsa térmica.
- Gelo.





- Toalha ou compressa não estéril.
- Prontuário médico.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Verificar a indicação do tratamento.
- Reunir todo o material necessário.
- Colocar o gelo na bolsa térmica, até completar 1/3 de sua capacidade.
- Comprimir a bolsa com gelo retirando o ar de seu interior.
- Fechar a bolsa térmica.
- Envolver a bolsa com compressa não estéril ou toalha.
- Orientar o procedimento ao paciente.
- Posicionar o paciente adequadamente expondo a área que deve receber o tratamento.
- Observar as características da região em tratamento.
- Deixar o quarto organizado.
- Manter o paciente confortavelmente.
- Lavar as mãos.
- Checar a realização do procedimento em prescrição médica.
- Anotar as observações realizadas em prontuário.

### Manuseio de Material

- O gelo para a realização das compressas frias é obtido na Copa do 1º andar.
- Em cada posto de enfermagem existe um refratário isolante destinado à armazenagem do gelo.
- Após a realização da compressa com gelo, a bolsa deve ser esvaziada, lavada, enxugada e completada com ar para evitar o colapamento das paredes.
- Em pacientes inconscientes, observar com frequência o local sob a compressa de gelo evitando queimadura.

- Aplicar a bolsa com gelo durante no mínimo 30 minutos.

### Resultados Esperados

- Reduzir hematoma após trauma.
- Reduzir sangramentos localizados de pequena extensão.
- Prevenir ou reduzir edema após trauma.
- Reduzir as complicações após o extravasamento de determinados quimioterápicos.
- Auxiliar na redução da temperatura corporal.
- Reduzir os sinais e os sintomas desagradáveis ao paciente.

### Ações Corretivas

- Se o paciente apresentar hipotermia, cianose labial ou de extremidades, interromper a sessão, aquecer o paciente com cobertor e comunicar a enfermeira de plantão.

|                                              |                 |                |
|----------------------------------------------|-----------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 075: Aplicação de Bolsa Quente. |                 |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP            |                 |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                  | Última revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem               |                 |                |

### Material Necessário

- Bolsa térmica.
- Água quente.
- Toalha ou compressa não estéril.
- Prontuário médico.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Verificar a indicação do tratamento.
- Reunir todo o material necessário.
- Colocar água quente na bolsa térmica até atingir 1/3 de sua capacidade.
- Comprimir a bolsa com água quente retirando o ar de seu interior.
- Fechar a bolsa térmica.
- Envolver a bolsa com compressa não estéril ou toalha.
- Orientar o procedimento ao paciente.
- Posicionar o paciente adequadamente expondo a área que deve receber o tratamento.
- Observar as características da região em tratamento.
- Deixar o quarto organizado.
- Manter o paciente confortavelmente.
- Lavar as mãos.
- Checar a realização do procedimento em prescrição médica.
- Anotar as observações realizadas em prontuário.

### Manuseio de Material

- A água quente deve ser solicitada à copa do andar de internação ou, se possível, nas torneiras presentes nas pias dos postos de enfermagem.
- A temperatura da água deve ser quente, mas tolerável pelo paciente.
- Sempre verificar a integridade da bolsa térmica antes de colocá-la sobre o paciente.
- Se o paciente estiver inconsciente, observar com frequência o local da aplicação da bolsa quente evitando queimaduras no local.
- Após a realização da compressa quente, a bolsa deve ser esvaziada, lavada, enxugada e completada com ar para evitar o colapamento das paredes.

### Resultados Esperados

- Reduzir hematomas tardios, com mais de 24 horas.



- Auxiliar no procedimento de punção venosa.
- Estimular a micção espontânea.
- Reduzir as complicações após o extravasamento de determinados quimioterápicos.
- Estimular a drenagem de abscessos.
- Reduzir o edema ocasionado por infiltração (soroma).

|                                                        |                 |                |
|--------------------------------------------------------|-----------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 076: Rotina para Checagem do Cardioversor |                 |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                      |                 |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                            | Última revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem                         |                 |                |

## TESTE DE FUNCIONAMENTO DAS PÁS

### Material Necessário

- 01 Aparelho de cardioversão
- 01 Tomada elétrica (110 volts)
- 01 Planilha de conferência

### Passos críticos

- O enfermeiro no início do plantão deverá realizar o teste de funcionamento do cardioversor.
- Ligar o aparelho, através da chave liga/desliga.
- Selecionar a energia de 10 joules.
- Pressionar a tecla carga.
- Aguardar a indicação de carga completa, a luz indicadora no painel piscará durante a carga, e permanecerá acesa ao término dela.



- Manter as pás no conector das pás.
- Acionar simultaneamente os dois botões de disparo das pás.
- Observar a luz de teste de pás que deverá piscar.
- Checar a planilha de conferência.
- Manter o aparelho ligado à rede.
- Colocar a capa no equipamento.

### ***TESTE DE CARREGAMENTO EM CARGA MÁXIMA***

#### **Material Necessário**

- 01 Aparelho de cardioversão.
- 01 Tomada elétrica (110 volts).
- 01 Planilha de conferência.
- Relógio com ponteiros de segundos.

#### **Passos críticos**

- O enfermeiro no início do plantão deverá realizar o teste de funcionamento do cardioversor.
- Ligar o aparelho, através da chave liga/desliga.
- Selecionar a energia de 360 joules.
- Pressionar a tecla carga.
- Realizar a contagem de segundos até a carga completa.
- Aguardar a indicação de carga completa – tempo não deve ultrapassar 15 segundos – a luz indicadora no painel piscará durante a carga, e permanecerá acesa ao término dela.
- Desligar o cardioversor através do botão liga/desliga.

- Checar a planilha de conferência.
- Manter o aparelho ligado à rede.
- Colocar a capa no equipamento.

|                                             |                 |                       |
|---------------------------------------------|-----------------|-----------------------|
| POP Nº: ENF. 077: Tratamento de Pediculose. |                 |                       |
| Sugerido por: <b>Equipe Técnica IGPP</b>    |                 |                       |
| Estabelecido em: <b>01/08/2023</b>          | Última revisão: | Nº Revisão: <b>01</b> |
| Executor: <b>Equipe de enfermagem</b>       |                 |                       |

### Material Necessário

- Solução indicada para o tratamento da pediculose.
- Luvas de procedimento.
- Avental impermeável.
- Óculos de proteção.
- Atadura de crepe.
- Esparadrapo.
- Forro impermeável.
- Hamper.
- Pente fino.
- Biombo.
- Prescrição médica.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Colocar o material na mesa de cabeceira do paciente.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Colocar biombos ao redor do leito para garantir a privacidade do paciente.

- Abaixar a cabeceira do leito.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Vestir o avental impermeável.
- Colocar óculos de proteção.
- Colocar o forro impermeável sobre o travesseiro.
- Dividir os cabelos em partes.
- Aplicar a solução terapêutica no couro cabeludo com o auxílio de gaze, realizando movimentos de fricção.
- Desprezar as gazes sujas no sanitário branco.
- Embeber toda a extensão dos cabelos com a solução.
- Prender o cabelo.
- Colocar a atadura de crepe ao redor da cabeça, formando um gorro.
- Fixar com esparadrapo.
- Orientar o paciente que a solução aplicada em sua cabeça permanecerá por 3 a 6 horas.
- Manter o forro impermeável sobre o travesseiro.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Deixar o quarto organizado.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas no sanitário branco.
- Levar a bandeja com o material e os óculos de proteção para o local de origem.
- Colocar o avental no hamper.
- Anotar o procedimento prestado e as observações em prontuário.
- Checar procedimento em prescrição médica.

### **Manuseio de Material**

- Não permitir que a solução escorra nos olhos do paciente.
- Repetir o procedimento conforme orientação médica.
- Manter a solução para tratamento de pediculose no Posto de Enfermagem.

### Resultados Esperados

- Realizar tratamento efetivo contra a pediculose.
- Evitar contaminação de outros pacientes.

### Ações Corretivas

Caso a solução indicada para o tratamento da pediculose escorra nos olhos do paciente, proceder à lavagem copiosa com soro fisiológico 0,9%, com o fluxo do soro do canto interno para o canto externo do olho e comunicar o médico responsável.

|                                        |                 |                |
|----------------------------------------|-----------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 078: Colocação de Uripen. |                 |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP      |                 |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023            | Última revisão: | Nº Revisão: 01 |
| ] Executor: Equipe de enfermagem       |                 |                |

### Material Necessário

- Material para higiene íntima.
- Uripen.
- Bolsa coletora.
- Luvas de procedimento.
- Micropore (20 cm).

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente.





- Colocar biombos ao lado do leito para garantir a privacidade do paciente.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal.
- Realizar higiene íntima.
- Estender o pênis verticalmente e, sem tracionar o prepúcio, introduzir o uripen segurando-o delicadamente com os dedos polegar e indicador da mão não dominante.
- Desenrolar com a mão dominante o uripen até a raiz do pênis de modo que a abertura estreita na ponta do uripen coincida com o meato uretral.
- Fixar o uripen com micropore, com atenção para não garrotear.
- Conectar o uripen à extensão da bolsa coletora.

#### Manuseio de Material

- Avaliar a necessidade de tricotomia para fixação adequada do micropore.
- Realizar a troca do uripen a cada 24 horas.

#### Resultados Esperados

- Proporcionar higiene e conforto.
- Recuperar a integridade cutânea em quadros de dermatite por uso de fralda.
- Coletar amostra de urina em pacientes com incontinência urinária.

|                                                   |                 |                       |
|---------------------------------------------------|-----------------|-----------------------|
| POP Nº: ENF. 079: Colocação e Retirada de Comadre |                 |                       |
| Sugerido por: <b>Equipe Técnica IGPP</b>          |                 |                       |
| Estabelecido em: <b>01/08/2023</b>                | Última revisão: | Nº Revisão: <b>01</b> |
| Executor: <b>Equipe de enfermagem</b>             |                 |                       |

#### Material Necessário

- Luvas de procedimento.

- Comadre.
- Papel higiênico.
- Bacia.
- Toalha de rosto.
- Sabonete individualizado.
- Biombo.
- Prontuário.

### Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material necessário.
- Colocar biombos ao redor do leito para garantir a privacidade do paciente.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Colocar água na bacia.
- Calçar luvas de procedimento.
- Aquecer a comadre com movimentos de fricção em sua superfície ou com água morna.
- Solicitar ao paciente para levantar os quadris apoiando os dois pés na cama.
- Posicionar a comadre sobre os quadris.
- Cobrir o paciente com lençol.
- Orientar o paciente para que acione a campainha ao término.
- Permanecer próximo ao quarto.
- Atender rapidamente ao chamado.
- Entregar o papel higiênico ao paciente.
- Avaliar a necessidade de uma higiene íntima.
- Solicitar novamente que o paciente levante o quadril.
- Retirar a comadre.
- Oferecer a bacia com água e o sabonete ao paciente para a lavagem das mãos.
- Oferecer a toalha de rosto ao paciente para que enxugue as mãos.
- Encaminhar a comadre ao banheiro.

- Desprezar o conteúdo da comadre no vaso sanitário.
- Observar as eliminações fisiológicas e presença de anormalidades.
- Lavar a comadre.
- Colocar a comadre na parte inferior da mesa de cabeceira.
- Deixar o quarto organizado.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Lavar as mãos.
- Anotar em folha de controle as características das eliminações fisiológicas e em prontuário, as anormalidades observadas.

#### **Manuseio de Material**

- A comadre deve estar localizada na parte inferior da mesa de cabeceira ou dentro do banheiro privativo.
- Caso o paciente não seja capaz de auxiliar no levantamento do quadril, solicitar a presença de mais um funcionário da enfermagem para a realização do procedimento.

#### **Resultados Esperados**

- Garantir o bem-estar do paciente através da realização de uma necessidade humana básica.

#### **Ações Corretivas**

- Se o paciente apresentar dificuldade para a micção, utilizar técnicas de estimulação como abertura da torneira ou irrigação da região pubiana com água morna.
- Em caso de observação de sangue nas fezes, comunicar enfermeira de plantão.
- Caso o paciente não apresente evacuação há alguns dias ou não apresente micção espontânea, comunicar a enfermeira de plantão ou ao médico responsável.

|                                          |                 |                |
|------------------------------------------|-----------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 080: Higienização das Mãos. |                 |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP        |                 |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023              | Última revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem           |                 |                |

### Material Necessário

- Torneira.
- Sabão líquido.
- Papel toalha.

### Passos Críticos

- Retirar anéis, pulseiras e relógios.
- Abrir a torneira umedecendo as mãos sem tocar na pia.
- Aplicar na mão de 3 a 5 ml de sabão líquido.
- Friccionar a palma das mãos com movimentos circulares, depois o dorso.
- Lavar os interdigitos deslizando uma mão sobre a outra.
- Lavar as articulações de uma das mãos com o auxílio da outra.
- Lavar o polegar de uma mão com o auxílio da outra.
- Lavar as unhas e extremidades dos dedos.
- Lavar os punhos de uma mão com o auxílio da outra.
- Abrir a torneira.
- Enxaguar bem as mãos e punhos sem deixar resíduos de sabão.
- Enxugar as mãos, iniciando pela extremidade dos dedos em direção aos punhos.
- Fechar a torneira utilizando o papel toalha, sem tocar na pia.

### Manuseio do Material

- O tempo de lavagem das mãos é importante, não só pela ação mecânica, mas também para se obter redução de contaminação.
- O Uso do álcool glicerinado 70% é eficaz e substitui a lavagem das mãos quando essas não apresentarem sujidade visível.
- A higienização das mãos deve ser feita corretamente, em todas as faces das mãos para que seja eficaz e medida preventiva no controle das Infecções.

### Resultados Esperados

- Redução de carga microbiana.
- Prevenção de infecções cruzadas

|                                                  |                  |                |
|--------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 081: Punção de veia jugular externa |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                      | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Enfermeiros                            |                  |                |

### Material Necessário

- Bandeja,
- Álcool à 70%
- Clorexidina alcoólica 0,5%,
- Bolas de algodão ou gazes,
- Cateter venoso apropriado (Jelco),
- Fita adesiva hipoalérgica, filme transparente ou esparadrapo,
- Luvas de procedimento.
- Seringa para Salinização.
- Dispositivo a ser conectado ao cateter venoso.

### Manuseio do Material

- Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado;
- Higienize as mãos
- Prepare o material necessário para o procedimento numa bandeja
- Leve o material ao quarto do paciente
- Explique o procedimento ao paciente/acompanhante
- Calce as luvas de procedimento.
- Posicione-se na cabeceira do leito do paciente.
- Posicione o paciente em decúbito zero ou até 15° e com hiperextensão lateral da cabeça (expondo o lado a ser puncionado).
- Mantenha o algodão embebido em álcool à 70% ou clorexidina alcoólica 0,5%, ao alcance das mãos.
- Localize o vaso a ser puncionado por meio de visualização e palpação dela (devido à proximidade entre artéria carótida e veia jugular interna, avalie precisamente para evitar uma punção acidental. Na dúvida, peça auxílio a outro enfermeiro ou médico, ou interrompa a punção)
- Faça a antisepsia da pele, no local e ao redor da punção, utilizando o algodão com álcool à 70% ou clorexidina alcoólica 0,5%;
- Tracione a pele para baixo, com o polegar abaixo do local a ser puncionado no sentido distal para proximal.
- Introduza o cateter venoso na pele, com o bisel voltado para cima, num ângulo aproximado de 10° e, mantenha esse ângulo ou um ângulo menor, à medida que introduzir o cateter. Uma vez perfurada a pele, direcione e introduza o cateter na veia com o auxílio do mandril e, após introdução total do cateter, remova o mandril;
- Observe o refluxo sanguíneo no canhão do cateter
- Conecte o tubo extensor com o medicamento ou permeabilize com a solução de manutenção do cateter

- Observe se há sinais de infiltração, extravasamento ou hematoma no local da punção, além de queixas de dor ou desconforto anormal do paciente (se houver, retire o cateter imediatamente).
- Fixe o dispositivo com adesivo hipoalergênico, filme transparente ou esparadrapo.
- Retire as luvas de procedimento.
- Higienize as mãos.
- Anote data/hora de punção no curativo
- Oriente o paciente/acompanhante sobre os cuidados para a manutenção do cateter
- Deixe o paciente confortável.
- Calce as luvas de procedimento.
- Recolha o material do quarto, mantendo a unidade organizada.
- Descarte agulhas em caixa de perfurocortante e o restante em lixo adequado.
- Retire as luvas de procedimento e descarte-as.
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel toalha e passe álcool à 70%.
- Higienize as mãos.
- Cheque e anote o procedimento realizado

### Passos Críticos

- A escolha do acesso venoso em jugular externa deve ser feita em consonância com o médico responsável pelo atendimento ao paciente.
- Devido aos riscos, este tipo de punção não deve ser a punção de primeira escolha.
- Em acesso venoso para infusão contínua ou intermitente, é necessário lavar o dispositivo com até 10 mL de solução fisiológica, antes e após a injeção de medicamentos.

### Resultados Esperados

- A punção deve ser executada por um profissional que tenha conhecimento, competência e habilidade
- Troque a fixação do cateter diariamente e avalie sua inserção, caso ocorram sinais de flebite e infiltração / extravasamento, retire o cateter venoso imediatamente.
- Não utilize drogas vesicantes no acesso venoso da jugular externa.

|                                                    |                  |                |
|----------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 082: Administração de hemocomponentes |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                  |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                        | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de enfermagem                     |                  |                |

#### Material Necessário

- Termômetro clínico,
- Esfigmomanômetro,
- Estetoscópio,
- Gaze,
- Álcool à 70%,
- Bolas de algodão;
- Bandeja com hemocomponente (concentrado de glóbulos ou hemácias, plasma, plaquetas ou crio precipitado)
- Equipo específico para infusão de hemocomponente ou filtro leucodepletor,
- Luvas de procedimento,
- Maleta/caixa apropriada para transporte,
- Seringa com solução fisiológica,
- Fita adesiva,
- Tubo seco e tubo roxo (com EDTA),
- Material de coleta de sangue.

#### Manuseio do Material



- Verifique na prescrição médica qual hemocomponente e volume (unidades) a ser administrado.
- Certifique que o paciente concordou com a transfusão
- Verifique no impresso de solicitação do hemocomponente, se está preenchido corretamente os dados do paciente e certifique-se quanto ao tempo programado para início da transfusão.
- Separe o material para coleta de amostra de sangue.
- Identifique individualmente cada tubo com Nome completo, Leito e RH do paciente
- Higienize as mãos
- Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado de coleta de amostra de sangue.
- Explique o procedimento de coleta de amostra de sangue ao paciente.
- Colete amostra de sangue suficiente para um tubo seco e um tubo roxo (com EDTA).
- Higienize as mãos.
- Encaminhe o impresso de solicitação de hemocomponentes à Agência Transfusional com as amostras de sangue identificadas.
- Cheque na Agência Transfusional a disponibilidade do componente solicitado e tempo previsto de preparo.
- Verifique as condições clínicas e infusionais do paciente: sinais vitais e disponibilidade/características do acesso venoso
- Verifique a necessidade de infusão de medicamentos pré- transfusionais e solicite o mesmo (se prescrito).
- Certifique-se da infusão da medicação pré transfusional (se prescrito).
- Solicite a busca do hemocomponente na Agência Transfusional.
- Na Agência Transfusional, confira o nome, RH, números das bolsas, identificação nominal em cada bolsa e tipo de equipo a ser usado. Anote os dados de recebimento. Receba a ficha de registros de transfusão. No transporte para o setor utilize caixa térmica rígida, apropriada para este procedimento.

- Cheque os dados da pulseira de identificação do paciente com as informações contidas na bolsa, por dois profissionais, antes de iniciar o procedimento (dupla checagem). Se paciente consciente, também pergunte o nome dele
- Anexe o impresso Requisição Transfusional (RT)/ Registros de Transusão na prescrição médica.
- Higienize as mãos.
- Verifique sinais vitais antes do início da transfusão.
- Higienize as mãos.
- Anote os valores dos sinais vitais.
- Calce as luvas de procedimento (posto de enfermagem)
- Conecte o equipo apropriado à bolsa do hemocomponente.
- Retire o ar e preencha todo o equipo.
- Retire e descarte as luvas.
- Higienize as mãos.
- Leve o hemocomponente em uma bandeja ao quarto do paciente.
- Oriente o procedimento ao paciente e forneça informações sobre possíveis reações transfusionais.
- Higienize as mãos.
- Calce as luvas de procedimento.
- Realize a assepsia com gaze e álcool a 70% no conector do dispositivo venoso e instale a bolsa. A via deve ser exclusiva.
- Verifique o tempo de infusão e controle o gotejamento correspondente.
- Retire e descarte as luvas e higienize as mãos.
- Permaneça os 15 primeiros minutos ao lado do paciente após a instalação observando possíveis sinais de reação transfusional. Verifique os sinais vitais e anote na Ficha de registros de transfusão.
- Observe o paciente a cada 30 ou 45 minutos durante a transfusão.
- Ao término da infusão, com o uso de luvas de procedimento, permeabilize o acesso venoso com solução fisiológica.

- Após a infusão, descarte a bolsa de sangue com equipo, em saco para resíduo infectante (branco) ou recipientes que evitem vazamentos/rupturas e estejam identificados para este fim.
- Retire e descarte as luvas e higienize as mãos.
- Ao término da transfusão, verifique os sinais vitais e anote na Ficha de registros de transfusão.
- Higienize as mãos.
- Realize a anotação de enfermagem contendo: horário de início e término, registro dos sinais vitais, intercorrências e providências envolvidas na transfusão. Checar na prescrição médica. Em pacientes com registro de balanço hídrico, incluir o volume no espaço referente à “Ganhos”.

### Passos Críticos

- Os tipos de infusão são:
- Programada: com dia e hora marcada, em geral cirurgias, transfusões ambulatoriais ou procedimentos (ex: aférese).
- Rotina: transfusão de atendimento em até 24h.
- Urgência: transfusão de atendimento em até 3 h da solicitação à Agência Transfusional.
- Emergência: transfusão de atendimento imediato (deve ser acompanhado da ficha de corresponsabilidade, em que o médico assume os riscos de reações adversas transfusionais futuras, que possam decorrer desta). O tempo de infusão deve ser especificado em prescrição médica. •
- Recomenda-se que a transfusão seja preferencialmente realizada durante o período diurno.
- Tempo de infusão dos hemocomponentes:
- Plaquetas – infusão rápida (máximo 30 minutos).
- Crio precipitado – infusão rápida.
- Plasma- de 40 min a 1 hora, respeitando o tempo máximo de 4 h.

- Concentrado de glóbulos ou hemácias – de 1 a 2 horas, respeitando o tempo máximo de 4h.
- Caso a bolsa ultrapassar o período de 4h de infusão, interromper a infusão, anotar e comunicar o médico sobre o volume infundido e o volume desprezado.
- Recomenda-se que o hemocomponente seja administrado em via exclusiva, desta forma, garantir uma nova via para ser exclusiva, ou suspender a administração de soroterapia, medicamentos ou NPT.
- Em caso de acesso periférico, PREFERENCIALMENTE, puncionar veia calibrosa com dispositivo compatível com a finalidade e idade do paciente.

### Observações

- Em caso de sinais de reação transfusional (Todas devem ser notificadas);
- Sinais e Sintomas: Aumento de um grau na temperatura corporal, calafrios, tremores, rush cutâneo, alterações respiratórias (dispneia, taquipnéia, hipóxia, sibilos), taquicardia, mudança na pressão arterial (hipotensão ou hipertensão), lesões de pele, prurido, dor torácica e abdominal, icterícia ou qualquer outra manifestação sistêmica, náuseas com ou sem vômito.
- Avaliar a possibilidade de reação hemolítica, TRALI, anafilaxia e sepse relacionada à transfusão, situações nas quais são necessárias condutas de urgência. Condutas na presença de reação transfusional;
- Interrompa imediatamente a administração.
- Comunique o médico.
- Preencha o formulário de Notificação de Reação Transfusional.
- Colha amostra de sangue para prova cruzada (10 mL em tubo seco) e o coombs (5 mL em tubo roxo-com EDTA) do receptor de local (membro) diferente do utilizado para a infusão do hemocomponente.
- Encaminhe à Agência Transfusional a bolsa (se não foi descartada) juntamente com o material coletado e o formulário de notificação de reação transfusional preenchido.

- Em caso de falha na realização dos passos do POP, deve-se preencher o impresso da diretoria de Enfermagem de Notificação de Incidentes Relacionados à Medicamentos (que inclui hemocomponentes),
- Encaminhar ao encarregado ou gerente do serviço ou supervisor.
- Em eventos adversos graves, notificar em formulário específico a Diretoria.

|                                                                       |                  |                |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 083: Documentação da Assistência- Evolução de Enfermagem |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                                     |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                                           | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Enfermeiros                                                 |                  |                |

#### Material Necessário

- Impresso de evolução de enfermagem (manual ou eletrônica),
- Caneta,
- Prancheta.

#### Passos Críticos

- A evolução deve ser: clara, objetiva, precisa, com letra legível e sem rasuras;
- Realizada diariamente pelo enfermeiro para todos os pacientes internados ou em atendimento de enfermagem (observação; leito dia etc.);
- Todas as informações sobre o paciente devem ser registradas em um único prontuário, seguindo a sequência cronológica das informações entre os profissionais.
- A evolução deverá refletir as condições do paciente e possibilitar pela análise de sua documentação, a visualização do estado geral num período preestabelecido;
- No caso de evolução manual, realizar as evoluções em tinta azul ou preta;
- Utilizar somente as abreviaturas padronizadas e terminologia científica;
- Evitar uso de termos genéricos Ex: “sem intercorrências”;

- Após a evolução deve constar o nome completo e o carimbo;
- O carimbo deve conter as seguintes informações: nome + número COREN-SP. Não deve conter desenhos ou símbolos;
- As evoluções realizadas por graduandos de enfermagem devem conter na sua identificação: nome completo do aluno, ano de graduação, nome completo e carimbo do responsável pelo aluno no estágio;
- Não deve ser utilizado corretivo. Na vigência de um registro errado, colocar entre vírgulas a palavra, “digo”, e anotar imediatamente após, o texto correto. No caso de evolução incorreta, escrever ao lado em letra tipográfica e maior que a cursiva “SEM EFEITO”, registrando na primeira linha subsequente com horário, que o registro anterior está errado ou não corresponde àquele paciente;

### Manuseio do Material

- A evolução deverá ser composta de: identificação do paciente, registro dos controles das últimas 24 horas, avaliação clínica, evolução dos diagnósticos de enfermagem, identificação das intervenções de enfermagem e o nome completo do profissional juntamente com o carimbo.
- A evolução deverá ser realizada no impresso padronizado da Diretoria de Enfermagem

|                                                             |                  |                |
|-------------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 084: Documentação da Assistência de Enfermagem |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                           |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                                 | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de Enfermagem                              |                  |                |

### Material Necessário

- Impresso de anotação de enfermagem padronizado para o serviço;
- Caneta,
- Prancheta.

### Manuseio do Material

- A anotação deve ser completa, clara, objetiva, com letra legível, sem rasuras, pontuais e cronológicas;
- Devem ser precedidas de data e hora, conter nome completo e número COREN-SP ao final de cada registro. O carimbo deve conter as seguintes informações: nome completo + número COREN-SP. Não deve conter desenhos ou símbolos;
- • Conter observações efetuadas, cuidados prestados, sejam eles os já padronizados, de rotina e específicos;
- Devem constar das respostas do paciente frente aos cuidados prescritos pelo enfermeiro, intercorrências, sinais e sintomas observados;
- Devem ser registradas após o cuidado prestado, orientação fornecida ou informação obtida;
- Devem priorizar a descrição de características, como tamanho mensurado (cm, mm etc.), quantidade (mL, L etc.), coloração e forma;
- Não conter termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco etc.);
- Realizar as anotações em tinta azul ou preta;
- Escrever as palavras por extenso.
- Utilizar somente abreviaturas padronizadas.
- Utilizar terminologia científica;
- Devem ser referentes aos dados simples, que não requeiram maior aprofundamento científico. Não é correto, por exemplo, o técnico de enfermagem anotar dados referentes ao exame físico do paciente, como abdome distendido, timpânico; pupilas isocóricas etc. Visto que, para a obtenção destes dados, é necessário ter realizado o exame físico prévio, que constitui ação privativa do enfermeiro.

- Evitar uso de termos genéricos, por ex: “sem queixas”, “sem intercorrências”.
- As anotações realizadas por graduandos de enfermagem devem conter na sua identificação: nome completo do aluno, ano de graduação, nome completo e carimbo do responsável pelo aluno no estágio;
- No impresso de anotação de enfermagem, o cabeçalho deve conter as seguintes identificações: dados do paciente (nome, idade, sexo e RH), e complementado com data, número do leito e Unidade. Pode ser utilizado etiqueta impressa ou na sua falta preencher manualmente o cabeçalho do impresso com esses dados;
- Não conter rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços;
- Não usar corretivo. Na vigência de uma anotação errada, colocar entre vírgulas a palavra, “digo” e anotar imediatamente após o texto correto. No caso de anotação incorreta e extensa, escrever ao lado da anotação em letra tipográfica e maior que a cursiva “SEM EFEITO”, registrando na primeira linha subsequente com horário, que a anotação anterior está errada ou não corresponde àquele paciente.

### Passos Críticos

- Fazer as anotações sempre que ações de assistência forem executadas, ou seja, ao término de cada procedimento. Ex: 8h A paciente foi encaminhada ao banho de chuveiro na cadeira de rodas.- Clara dos Santos Coren 55555(+carimbo).
- Fazer as anotações relatando as medidas terapêuticas realizadas pelos diferentes membros da equipe de saúde. Ex: 9h passado cateter central em subclávia direita pelo Dr. Francisco Alves- Clara dos Santos Coren 55555(+carimbo).
- Fazer as anotações relatando as respostas ou reações do paciente à terapêutica prescrita pelo médico. Ex: 12h PA=190/110, medicado com 1 comprimido de Adalat conforme prescrito, com redução da PA para 150/90mmHg - Clara Silva Coren55555 (+carimbo).
- Fazer as anotações relatando as respostas ou reações do paciente aos cuidados de enfermagem prescritos. Ex: 10h realizada a mudança de decúbito, de lateral direito para





lateral esquerdo. Presença de hiperemia em região sacral. - Clara dos Santos Coren 55555(+carimbo).

- Fazer as anotações relatando os comportamentos e queixas dos pacientes, assim como sinais e sintomas. (OBS: Sinal = manifestação objetiva da doença - pode-se observar; Sintoma = manifestação subjetiva da doença- somente o paciente pode referir). Ex: 12h Paciente apresentou-se sonolento durante toda a manhã. Comunicado Dr. Francisco Alves e enfermeira Rosa do Vale.- Clara dos Santos, carimbar. Ex: 13h. Paciente aceitou o lanche, porém referiu que o leite estava muito doce. Comunicado Dr. Francisco Alves e enfermeira Rosa do Vale.- Clara dos Santos Coren 55555(+carimbo).
- Fazer as anotações relatando as respostas específicas do paciente à terapêutica e à assistência. Ex: 12h Paciente apresentou micção espontânea após retirada da sonda. Comunicado Dr. Francisco Alves e enfermeira Rosa do Vale. - Clara dos Santos Coren 55555(+carimbo).
- Fazer as anotações relatando os motivos pelos quais determinadas ações não foram executadas. Ex: 8h. O item 3 da prescrição médica não foi administrado, está sendo providenciado pela farmacêutica Anita. Dr. Francisco Alves e enfermeira Rosa do Vale cientes.- Clara dos Santos Coren 55555(+carimbo).
- Fazer as anotações relatando as intercorrências com o paciente. Ex: 12h. Paciente apresentou queda da própria altura durante o banho de aspersão, sem presença de hematomas ou lesões aparentes. Comunicado o médico João Santos e a enfermeira Lúcia, que solicitaram observar alterações no nível de consciência. - Clara dos Santos Coren 55555(+carimbo).
- Fazer as anotações e registrar cumprimento de orientação verbal. Ex: 16h. Retirado sonda nasogástrica (SNG) por orientação de Dr. Francisco Alves.- Clara dos Santos Coren 55555(+carimbo).

|                                                      |                  |                |
|------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 085: Conferência do Carro de Emergência |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                    |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                          | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de Enfermagem                       |                  |                |



### Material Necessário

- Planilha de Controle Diário do Lacre de Carro de Emergência.

### Passos Críticos

- Certifique-se do profissional responsável em conferir o carro de emergência no turno.
- Confira o número do lacre do carro de emergência no início do plantão.
- Registre o número do lacre, nome e COREN.

### Manuseio do Material

- Após a utilização do carro de emergência a reposição dos medicamentos deve ser realizada imediatamente, por meio do Sistema Informatizado da Dose de Medicamentos (em nome do paciente que as utilizou) ou pedido manual, em caso de óbito.
- A planilhas de conferência do lacre e da validade dos itens devem ser guardadas na unidade por um período de 3 meses após a sua utilização.
- A conferência mensal do carro de emergência, que inclui a data de validade dos itens do carro de emergência pelo enfermeiro ou técnico/auxiliar determinado pelo enfermeiro, deve ser registrado em impresso próprio.
- Substituir o item com prazo de validade a vencer em até 2 meses, justificando o motivo: “medicamento do carro de emergência com validade a vencer”.
- Na ausência de qualquer item, o carro de emergência deverá ser repostado e lacrado. Caso não seja possível a reposição no momento da conferência, deve ser registrado na planilha o item em falta e a previsão para a sua reposição.
- Comunicar prontamente a chefia de enfermagem a falta do item e registrar em relatório eletrônico de enfermagem e passar em plantão.
- As maletas de emergência devem ser revisadas assim como os carros de emergência.

|                                                  |                  |                |
|--------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 086: Limpeza do carro de emergência |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                      | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de Enfermagem                   |                  |                |

### Material Necessário

- Panos limpos,
- Água,
- Sabão,
- Planilha de controle de materiais de emergência,
- Luvas de procedimento.

### Passos Críticos

- Certifique-se do dia programado para a limpeza do carro de emergência (dia da revisão).
- Higienize as mãos
- Retire os medicamentos, materiais, soluções e equipamentos eletrônicos do carro de emergência.
- Calce as luvas de procedimentos
- Limpe internamente com pano com água e sabão, incluindo os trilhos das gavetas e, a seguir, retire o sabão com auxílio de pano umedecido com água.
- Seque internamente com pano limpo e seco.
- Friccione um pano embebido em álcool a 70% em toda parte interna.
- Retire as luvas e higienize as mãos.
- Guarde todos os medicamentos, soluções e materiais.
- Calce as luvas de procedimento.
- Limpe externamente o carro de emergência, o desfibrilador, a tábua de reanimação e o cabo de monitorização com pano umedecido em água e sabão (não molhe as partes eletrônicas).



- Retire todo o excesso de sabão com outro pano limpo umedecido com água, quantas vezes forem necessárias.
- Seque com um pano limpo e seco.
- Friccione com pano embebido em álcool a 70% em todo o equipamento.
- Retire as luvas de procedimento.
- Higienize as mãos.
- Guarde os cabos de monitorização no compartimento específico.
- Afixe a tábua em seu compartimento específico.
- Coloque o desfibrilador no local.
- Calce as luvas de procedimento.
- Encaminhe os resíduos ao expurgo e despreze em local apropriado
- Retire as luvas de procedimento.
- Higienize as mãos.
- Registre no impresso próprio a data da limpeza, assine e carimbe.

### Manuseio do Material

- A limpeza do carro de emergência deve ser feita a cada 30 dias, planejada de acordo com o turno e deve ser preenchida na Planilha de Controle de materiais de emergência (espaço de observações).
- A efetivação da limpeza do carro de emergência com a frequência necessária é de responsabilidade do enfermeiro, que determinará dia/período da limpeza, porém poderá delegar para a equipe de enfermagem.
- Após o término do preenchimento da Planilha: Controle de materiais de emergência o mesmo deve ser guardado por um período de três meses.

|                                          |                  |                |
|------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 087: Teste do laringoscópio |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP        |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023              | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de Enfermagem           |                  |                |



### Material Necessário

- Luvas de procedimento,
- Lâmina e cabo do laringoscópio,
- 2 pilhas médias comuns

### Manuseio do Material

- Certifique-se da responsabilidade em testar o laringoscópio no turno.
- Higienize as mãos
- Calce as luvas de procedimento.
- Verifique a presença das duas peças do laringoscópio (lâmina e cabo).
- Coloque as pilhas no compartimento do cabo, certificando de que estão do lado correto e feche a tampa.
- Encaixe firmemente a lâmina do laringoscópio ao cabo
- Certifique que a luz que está na lâmina acenda ao encaixá-la no cabo.
- Após confirmar o funcionamento, desencaixe as duas partes.
- Guarde-as junto ao equipamento na bandeja de intubação traqueal.
- Retire as luvas de procedimento.
- Higienize as mãos.
- Registre a conferência e funcionamento do laringoscópio.

### Passos Críticos

- Sempre deixar duas pilhas novas de reserva no carro de emergência.
- Este material deve ter seu funcionamento testado em cada plantão pelos profissionais de enfermagem.
- Durante o teste de funcionamento do laringoscópio, se a luz não acender, confira o contato e/ou troque as pilhas do cabo. Se o problema persistir, encaminhe ao Cequip

para conserto e comunique à chefia do setor. Solicite a troca ou aguarde o conserto imediatamente.

- O registro do teste de funcionamento do laringoscópio deverá ser registrado na Planilha de Controle de materiais de emergência.

|                                                          |                  |                |
|----------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 088: Limpeza e desinfecção do laringoscópio |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                        |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                              | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de Enfermagem                           |                  |                |

### Material Necessário

- EPIs (luvas de procedimento, óculos e máscara),
- Água,
- Sabão,
- Álcool a 70%,
- Gaze não estéril.

### Manuseio do Material

- Higienize as mãos.
- Coloque óculos, máscara e calce as luvas de procedimento.
- Desmonte todo o conjunto do laringoscópio e retire as pilhas.
- Limpe o cabo do laringoscópio com gaze umedecida em água e sabão.
- Remova o sabão com gaze umedecida em água.
- Seque o cabo com gaze seca. Seque o cabo com gaze seca.
- Friccione com álcool a 70% no cabo por 20 a 30 segundos
- Limpe a lâmina do laringoscópio com gaze umedecida em água e sabão
- Enxágue abundantemente com água corrente.
- Seque a lâmina com gaze seca sem deixar umidade ao redor da lâmpada.



- Umedeça uma gaze com álcool a 70% e friccione na lâmina por 20 a 30 segundos.
- Monte o laringoscópio, teste o seu funcionamento e certifique-se que não há sujidade ou umidade.
- Guarde o laringoscópio protegido em saco plástico ou recipiente com tampa.
- Retire as luvas, óculos e máscara e descarte os resíduos em local apropriado
- Higienize as mãos
- Registre no impresso próprio a data da limpeza, assine e carimbe.

### Passos Críticos

- Durante o teste de funcionamento do laringoscópio, se a luz não acender, confira o contato e/ou troque as pilhas do cabo. Se o problema persistir, encaminhe para a Engenharia Clínica para conserto e comunique à chefia do setor. Solicite a troca ou aguarde o conserto imediatamente.
- Deve-se fazer a limpeza e desinfecção do laringoscópio a cada uso dele.
- O laringoscópio não pode ser deixado imerso em soluções.
- O procedimento de limpeza e desinfecção do laringoscópio deve ser realizado no expurgo.
- O registro da limpeza do laringoscópio deve ser feito na Planilha de Controle Diário de materiais de emergência no item OBSERVAÇÕES.

|                                                           |                  |                |
|-----------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 089: Conferência de temperatura da geladeira |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                         |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                               | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de Enfermagem                            |                  |                |

### Material Necessário



- Termômetro,
- Impresso de Controle de Temperatura da Geladeira,
- Caneta

### Manuseio do Material

- Elabore a escala do profissional que irá realizar a conferência da temperatura;
- Confira a temperatura no início de cada plantão.
- Verifique a temperatura a máxima e anote.
- Verifique a temperatura mínima e anote.
- Verifique a temperatura do momento e anote.
- Dê o comando Reset para próxima conferência.
- Registre seu nome e horário da conferência no impresso próprio.

### Passos Críticos

- A temperatura deve ficar entre 2º C e 8º C.
- O instrumento (parte com o visor do termômetro) deve ser fixado na geladeira (em cima ou na lateral).
- Manter o sensor dentro do refrigerador no ponto em que é necessária a medição (próximo da medicação). Evitar contato com qualquer objeto.
- A geladeira deve ser exclusiva para medicamentos, NPP e papaína.
- Os medicamentos e NPP não devem ser colocados dentro de caixa de isopor ou na porta da geladeira (a papaína pode ser mantida na porta da geladeira).
- Avisar o enfermeiro caso haja qualquer alteração nos valores e anotar.
- Em caso de temperatura inadequada corrigir a potência da geladeira, e caso persista a alteração, deve ser feita solicitação de revisão à Manutenção (Setor de Refrigeração).
- Manter a geladeira afastada da parede e observar se a porta está completamente fechada.





- Após o preenchimento do impresso, o mesmo deve ser guardado por um período de três meses.

|                                        |                  |                |
|----------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 090: Limpeza da geladeira |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP      |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023            | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de Enfermagem         |                  |                |

### Material Necessário

- Pano limpo,
- Água,
- Detergente,
- Planilha de controle de limpeza.

### Manuseio do Material

- Programe o dia de limpeza da geladeira de acordo com o turno.
- Higienize as mãos
- Retire os medicamentos e guarde em geladeira no setor previamente combinado.
- Retire o termômetro.
- Anote na passagem de plantão
- Desligue a geladeira.
- Após o degelo, retire o excesso de água
- Calce as luvas de procedimento.
- Limpe internamente com água e detergente, incluindo a borracha da porta e os puxadores, a seguir enxague com água
- Seque internamente a geladeira.
- Limpe externamente com água e detergente, a seguir enxague com água.
- Seque externamente a geladeira.
- Retire as luvas de procedimento



- Instale o termômetro, religue a geladeira e aguarde alcançar a temperatura adequada (2 a 8º C).
- Higienize as mãos.
- Retorne os medicamentos na geladeira.
- Registre no impresso próprio a data da limpeza, assine e carimbe.

### Passos Críticos

- A limpeza da geladeira deve ser feita a cada 15 dias, planejada de acordo com o turno e deve ser preenchida a Planilha de Controle de Limpeza da Geladeira, da Diretoria de Enfermagem.
- A efetivação da limpeza da geladeira com a frequência necessária é de responsabilidade do enfermeiro, que determinará dia/período da limpeza, porém poderá delegar para a equipe de enfermagem ou para o Serviço de Higiene.
- Verificar a temperatura da geladeira antes de guardar as medicações.
- Os medicamentos não devem ser colocados dentro de caixa de isopor ou na porta da geladeira (exceto a papaína, que pode ser mantida na porta da geladeira).
- Após o término do preenchimento do impresso, Controle de Limpeza da Geladeira (que é anual), o mesmo deve ser guardado por um período de três meses.
- Caso seja optado por solicitar ao Serviço de Higiene, deve-se: - Programar com antecedência mínima de um dia, junto ao Serviço de Higiene o dia/período que deverá ser limpa a geladeira (tempo necessário para programar o profissional e material, evitando intercorrências).- Após o término do procedimento pelo Auxiliar de Limpeza, o profissional de enfermagem deve conferir se a limpeza da geladeira está de acordo, deve datar, assinar e carimbar a planilha “Controle de Limpeza da Geladeira” da Diretoria de Enfermagem.
- A empresa de higienização da Unidade de Saúde utiliza materiais próprios para a limpeza de geladeira.

|                                                  |                  |                |
|--------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 091: Administração de Dieta Enteral |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                      | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de Enfermagem                   |                  |                |

### Material Necessário

- Bandeja,
- Luvas de procedimento,
- Seringa de 20 mL,
- Estetoscópio,
- Saco plástico para descarte de resíduos.
- Fornecidos pelo Setor de Dietas Enterais da Central de Nutrição e Dietética (CND):  
Frasco de dieta (por horário); Frasco de água (para lavar a sonda após cada dieta, recebido às 9hs e fracionar para as 24h- vide observação\*);
- Equipo para dieta enteral – azul (um equipo para as 24 hs recebido às 9h).

### Manuseio do Material

- Higienize as mãos.
- Receba a dieta (água e equipo azul às 9h) da Central de Nutrição e Dietética (CND) e confira o rótulo do frasco com a prescrição médica: nome completo, leite, tipo e volume da dieta, data e horário de infusão.
- Inspeção o frasco quanto a presença alterações, caso haja alguma, comunique à funcionária da CND e devolva o frasco.
- Assine a ficha de controle da CND, para confirmação de entrega da dieta no setor.
- Leve imediatamente o frasco de dieta (água e equipo azul às 9h) para o posto de enfermagem para preparo antes da administração
- Higienize as mãos.



- Retire o equipo azul da embalagem, abra a tampa do frasco da dieta e conecte o equipo ao frasco.
- Preencha com dieta a câmara de gotejamento e todo o equipo (retire bolha de ar, caso tenha alguma) e mantenha protegida sua extremidade com a tampa.
- Reúna o material na bandeja, encaminhe ao quarto do paciente e coloque-a sobre a mesa de cabeceira.
- Confira o nome completo do paciente que consta no frasco da dieta com a pulseira de identificação.
- Explique o procedimento ao paciente e/ou acompanhante / cuidador.
- Coloque o frasco de dieta no suporte.
- Peça ao paciente para sentar-se ou eleve a cabeceira do leito (30° a 45°). Manter nessa posição durante toda a infusão da dieta.
- Higienize as mãos.
- Calce as luvas de procedimento.
- Em paciente com gastrostomia- abra o cateter, conecte seringa de 10 mL vazia e aspire para verificar a permeabilidade e se está locada (pela presença de resíduo gástrico).- Em paciente com sonda enteral, abra a sonda, conecte a seringa vazia e aspire. Caso não haja retorno de resíduo, injete 10 mL de ar e ausculte o quadrante superior esquerdo do abdome (em sonda pós pilórica pode não haver resíduo ao aspirar). Verifique também se a fixação da sonda está correta e se não há deslocamento da sonda. Qualquer dúvida não continue o procedimento e solicite avaliação de um enfermeiro ou médico.
- Em pacientes críticos, siga o protocolo de resíduo gástrico do setor.
- Conecte o equipo azul à sonda. **ATENÇÃO!** Observe para que seja o conector correto, nunca conecte em outro dispositivo. Siga a “linha” de infusão, ou seja, o trajeto do conector e local de inserção (Profissionais inexperientes devem ser acompanhados por profissional mais experiente na realização desta ação).
- Inicie a infusão da dieta e calcule o gotejamento para término da administração no prazo de 90 a 120 minutos (obs- a dieta tem validade de até 180 min).
- Deixe o paciente confortável, mantendo-o sob observação quanto a sinais de intolerância, tais como vômitos, diarreia, náuseas e distensão abdominal.

- Higienize as mãos
- Cheque e anote o procedimento realizado. Registre a verificação da fixação da sonda, o teste de refluxo e ausculta.
- Ao término da dieta, higienize as mãos, calce as luvas de procedimento, desconecte o equipo do frasco de dieta e conecte-o ao frasco de água da CND, oferecendo volume conforme o fracionamento estabelecido (usualmente em pacientes sem restrição hídrica vol.=50mL e com restrição hídrica vol.=25mL) –vide observações\*. OBS- o frasco de água da CND deve ser fracionado para ser utilizado nas 24hs, para a lavagem da sonda entre as dietas e o volume contabilizado no balanço hídrico.
- Desconecte o equipo da sonda, protegendo a extremidade com a tampa (ele deve ser utilizado por 24 horas) e feche a sonda.
- Retire as luvas de procedimento e descarte os resíduos em saco plástico apropriado.
- Higienize as mãos.
- Deixe o paciente confortável, mantendo-o sob observação quanto a sinais de intolerância, tais como vômitos, diarreia, náuseas e distensão abdominal. Mantenha a unidade organizada.
- O paciente deve ser mantido em decúbito de 30o a 45o por pelo menos 30 minutos após a infusão da dieta, para facilitar o esvaziamento gástrico.
- Recolha o material e despreze no expurgo em lixo para resíduo infectante.
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel toalha e passe álcool à 70%.
- Higienize as mãos.
- Cheque o horário da administração da dieta.
- Registre o procedimento realizado na anotação de enfermagem. Incluir o volume administrado no balanço hídrico e intercorrências (se houver), assinar e carimbar.

### Passos Críticos

- Nutrição enteral é a utilização do trato gastrointestinal para realização de terapia nutricional mediante a inserção de sondas até o estômago ou o intestino, ou por



estomas de alimentação. Os cuidados na administração da dieta são semelhantes, mas diferem quanto velocidade de infusão e à osmolaridade da dieta.

- Ao receber a dieta, nunca a deixe sobre o balcão de atendimento. Quando o posto de enfermagem é no mesmo ambiente da recepção deixe numa bandeja limpa, na bancada do posto.
- Qualquer mudança: suspensão, inclusão ou modificação da dieta deve ser comunicada ao setor de nutrição (Nutricionistas) pelo Ramal-4342 (7-21h) e Ramal-4114 (21-7h obs- neste horário não há nutricionista por isso a especificação da dieta a ser incluída deve ser encaminhada por escrito, feita pelo médico em receituário)
- Nunca misture um medicamento com a dieta do paciente, ou com outro medicamento.
- Nunca feche o dispositivo, sem antes lavar o sistema. Lavar o sistema conforme a orientação previne obstruções da sonda.
- Caso ocorra obstrução da sonda somente tente desobstruí-la utilizando água morna.
- Para a infusão em sonda com localização no estômago (pré-pilórica) ou gastrostomia, as dietas podem ser mais concentradas e oferecidas mais rapidamente. Para as sondas localizadas no intestino (pós-pilórica) a osmolaridade das dietas é baixa e deve-se infundi-las lentamente.
- A dieta não deve ser suspensa caso ocorra diarreia. Se o paciente apresentar diarreia, a nutricionista e o médico devem ser comunicados, pois, a dieta é apenas uma das possíveis causas de diarreia e, muitas vezes, esta poderá ser corrigida sem prejuízo nutricional para o paciente.
- Deve-se evitar interromper a infusão da dieta para procedimentos como aspiração traqueal, fisioterapia, reposicionamento do paciente no leito, cuidados e higiene corporal, oral, transporte e outros que envolvam movimentação do paciente. Essas atividades devem ser realizadas antes da administração da dieta.
- Fórmulas lácteas são fornecidas pelo Lactário e não pelo Setor de Dietas Enterais.
- Qualquer incidente deve ser notificado e entregue à chefia de enfermagem (Notificação de incidente relacionado ao procedimento) e notificado ao CND.

|                                              |                  |                |
|----------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 092: Controle dos Psicotrópicos |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP            |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                  | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de Enfermagem               |                  |                |

### Material Necessário

- Impresso próprio,
- Caneta,
- Chave da gaveta de psicotrópicos

### Manuseio do Material

- Elabore escala do profissional que realizará a conferência dos psicotrópicos.
- Higienize as mãos
- Solicite a chave da gaveta ao profissional responsável por ela.
- Abra a gaveta e confira os psicotrópicos de estoque, de acordo com a cota da unidade (nome, dose, apresentação, integridade e validade) e certifique-se da organização e limpeza da gaveta.
- Registre a quantidade dos medicamentos e possíveis observações. Assine a planilha.
- Feche a gaveta e devolva a chave ao profissional responsável por ela.
- Higienize as mãos

### Passos Críticos

- Os psicotrópicos devem ser guardados em local seguro, exclusivo e fechado com chave.
- A cota do setor não deve ser modificada sem anuência da Diretoria de Enfermagem e Farmácia.

- A chave deve permanecer 24h no setor, junto ao enfermeiro (o técnico de enfermagem deve ficar responsável pela chave na ausência do enfermeiro).
- A conferência do psicotrópico deve ser feita em cada plantão.
- As planilhas preenchidas devem ser arquivadas por três meses.
- Na utilização do psicotrópico do estoque, registrar nas observações da planilha e providenciar o medicamento para reposição. Caso não seja repostado no turno, passar em plantão esta pendência para que o medicamento seja providenciado.
- Durante a conferência do psicotrópico, deve-se atentar para algumas situações: Se excesso de medicamento: retire o excedente para devolução, registre na observação da planilha e assine. Caso conferência por técnico/auxiliar, comunique ao enfermeiro. Se falta de medicamento: registre na observação da planilha. Caso conferência por técnico/auxiliar, comunique ao enfermeiro.
- Cabe ao enfermeiro investigar o motivo da falta do medicamento e providenciar o mesmo de acordo com as rotinas da farmácia e do setor. Se o motivo não for identificado, comunicar o coordenador/gerente para conduta.
- Em situação de óbito ou alta, em que não é possível solicitar a reposição do psicotrópico pelo sistema informatizado, ela será feita com pedido manual em nome do paciente e o receituário preenchido.
- Em situação de falta do psicotrópico na farmácia para reposição do estoque, deve-se registrar na observação da planilha e guardar o receituário do medicamento (que tem validade por 30 dias). Quando estiver disponível na farmácia, a reposição do psicotrópico será feita com pedido manual em nome do paciente e o receituário.
- Medicamentos que estão a 2 meses da data de validade poderão ser substituídos por outros levando para a farmácia a requisição manual com a justificativa e o medicamento a vencer.
- Após abertura de frascos de medicamentos como gotas ou manipulados, identificar com etiqueta a data de abertura do mesmo e seguir a validade

**POP Nº: ENF. 093: Aferição Glicemia Capilar**

**Sugerido por: Equipe Técnica IGPP**





|                                       |                  |                       |
|---------------------------------------|------------------|-----------------------|
| Estabelecido em: <b>01/08/2023</b>    | Próxima revisão: | Nº Revisão: <b>01</b> |
| Executor: <b>Equipe de Enfermagem</b> |                  |                       |

### Material Necessário

- Bandeja
- Algodão
- Álcool a 70%
- Luvas de procedimento
- Lanceta
- Glicosímetro
- Fitas reagentes

### Manuseio do Material

- Chamar o paciente, confirmando seu nome, apresentando-se e explicando o procedimento que será realizado, orientando e sanando eventuais dúvidas;
- Conferir prescrição de enfermagem ou médica e reunir o material;
- Higienizar as mãos
- Calçar as luvas de procedimento;
- Conectar a fita reagente ao glicosímetro;
- Orientar o paciente a lavar as mãos com água e sabão, enxaguar e secar. Fazer antisepsia com algodão embebido no álcool a 70% e secar completamente;
- Posicionar o dedo do paciente para baixo e perfurar a lateral do dedo com uso da lanceta, sem ordenhar o local;
- Ao formar uma gota de sangue, aproximá-la da tira reagente e aguardar a sucção;
- Comprimir o local com algodão seco;
- Aguardar o resultado pelo glicosímetro;
- Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;



- Retirar as luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreabilidade), assinar e carimbar;
- Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

### Resultados Esperados

- Acompanhar glicemia capilar
- Controlar as oscilações glicemia capilar em pacientes diabéticos.

### Ações Corretivas

- Em situações de hiperglicemia ou hipoglicemia, comunicar o médico responsável para a tomada de conduta frente ao quadro clínico alterado.

|                                        |                  |                |
|----------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 094: Aspiração Vias Áreas |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP      |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023            | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de Enfermagem         |                  |                |

### Material Necessário

- EPIs (luva estéril, luvas de procedimento, óculos de proteção, gorro, máscara cirúrgica)
- Fluxômetro para aspiração
- Fonte de vácuo e oxigênio
- Frasco de aspiração
- Extensão de silicone
- Sonda aspiração 14 ou 16 (adulto), 8 ou 10 (pediátrico)

- Ampola de SF 0,9%
- Ressuscitador manual de respiração
- Gaze estéril
- Cânula de Guedel
- Oxímetro de pulso

### **Manuseio do Material**

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Colocar o paciente na posição Fowler (45°) ou semi-Fowler, se não for contraindicado, promovendo o conforto, oxigenação, reduzindo o esforço para ventilação e prevenir vômitos e a aspiração;
- Conectar a sonda de aspiração ao sistema de aspiração a vácuo, através da extensão de silicone, expondo apenas a parte que conecta a extensão e abrir fonte de vácuo;
- Colocar gorro, máscara cirúrgica, os óculos de proteção e calçar as luvas de procedimento;
- Segurar a sonda de aspiração com a mão dominante;
- Clampear a extensão de látex com a mão não dominante, aspirar a cavidade oral e a orofaringe até a ausência/redução esperada do conteúdo aspirado;
- Lavar a extensão com água destilada;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde.
- Retirar os EPIs;
- Deixar o paciente confortável;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreadabilidade), assinar e carimbar;

- Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

### **Aspiração Traqueal:**

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Posicionar o paciente com a cabeça em extensão para aspiração traqueal e posição semi-Fowler para aspiração nasal, promovendo o conforto, oxigenação, reduzir o esforço para ventilação e prevenir êmese;
- Conectar a sonda de aspiração ao sistema de aspiração a vácuo, através da extensão de silicone, expondo apenas a parte que conecta a extensão e abrir fonte de vácuo. Utilize o restante da embalagem para protege a sonda, mantendo-a estéril;
- Colocar gorro, máscara cirúrgica, os óculos de proteção e calçar as luvas estéreis;
- Desconectar o ventilador e conectar o ressuscitador manual para realização de seis ventilações em 30 minutos, com auxílio de outro profissional, prevenindo hipoxemia;
- Com a mão dominante (estéril), introduzir a sonda no tubo mantendo a extensão clampeada para não aplicar sucção até encontrar resistência (carina), favorecendo remoção das secreções, e prevenir hipoxia;
- Soltar o látex para obter sucção, retirando a sonda com movimentos circulares, não ultrapassando a duração de 10 segundos;
- Reconectar o tubo do paciente ao ventilador, deixando-o descansar por pelo menos 30 segundos, favorecendo que o paciente ventile e descanse entre as aspirações, para corrigir a hipoxemia e amenizar o desconforto;
- Se necessário, repetir o procedimento, entretanto é recomendado não realizar mais do que três aspirações por sessão;
- Ao término da aspiração traqueal, promover a limpeza da sonda com água destilada e gaze, e realizar aspiração das vias aéreas superiores;



- Lavar a extensão do aspirador com água destilada e desprezar a sonda;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- Retirar os EPIs;
- Fechar fonte de vácuo;
- Deixar o paciente confortável;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreadabilidade), assinar e carimbar; 20 Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

### Resultados Esperados

- Manter as vias aéreas permeáveis.
- Reestabelecer as trocas gasosas melhorando a oxigenação arterial e pulmonar.
- Prevenir infecção.

### Ações Corretivas

- Instilação de SF 0,9% (até 5 ml) por via intrabronquica é indicada para promover fluidificação, mobilizar as secreções e estimular a tosse quando ocorrer formações de rolhas.
- O enfermeiro deve realizar ausculta pulmonar antes e após o procedimento para avaliação da necessidade de aspiração.
- Quando o paciente estiver em IOT, ficar atento aos dados vitais como SpO2, FR, FC, PA.
- Deve-se observar o aspecto da secreção do paciente (cor, consistência, quantidade e odor).
- Monitorar os parâmetros do ventilador, caso esteja em ventilação mecânica. Essa monitoração deve ser feita antes, durante e após procedimento.

|                                                |                  |                |
|------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 095: Realização Eletrocardiograma |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP              |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                    | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de Enfermagem                 |                  |                |

### Material Necessário

- Eletrocardiógrafo;
- Papel milimetrado;
- Eletrodo Cardioclip (Braçadeiras de ECG);
- Eletrodo descartável ou eletrodo de sucção (eletrodo precordial- Pêra de ECG);
- Álcool a 70%;
- Algodão seco ou gaze;
- Gel condutor;
- Dispositivo para realização de tricotomia (se necessário);
- Lençol;
- Lençol descartável.

### Manuseio do Material

- Chamar o paciente, confirmando o nome, apresentando-se ao paciente e explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Checar a prescrição/solicitação;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);

- Checar o funcionamento do eletrocardiógrafo, verificando a integridade do cabo de força, fio terra e cabo do paciente e conectado à rede de energia (atentar para orientações do fabricante);
- Solicitar a retirada e/ou retirar objetos metálicos e/ou eletrônicos;
- Solicitar e/ou posicionar o paciente em decúbito dorsal, com membros superiores e inferiores paralelos ao corpo, de forma não adjacente, relaxados, certificando-se que o paciente não esteja em contato com alguma parte metálica no leito;
- Solicitar e/ou expor tornozelos, punhos e tórax;
- Cobrir o paciente, com o auxílio do lençol, para que ele não fique totalmente exposto;
- Inserir papel milimetrado no local indicado;
- Ligar o aparelho e iniciar o ECG, seguindo as orientações do fabricante;
- Solicitar ao paciente que permaneça em repouso, evite tossir ou conversar, enquanto o ECG está sendo registrado;
- Efetuar a remoção de gordura, com algodão/gaze embebido em álcool a 70%, das faces internas dos punhos e das faces internas dos tornozelos (acima dos maléolos internos);
- Instalar/colocar eletrodos em membros superiores e membros inferiores, (conforme orientação do fabricante), para obtenção dos registros das derivações monopolares e bipolares, seguindo o seguinte arranjo com o cabo do paciente:
- Cabo vermelho (RA) em membro superior direito;
- Cabo amarelo (LA) em membro superior esquerdo;
- Cabo preto (RL) em membro inferior direito;
- Cabo verde (LL) em membro inferior esquerdo.
- Colocar os eletrodos de sucção (preferencialmente), ou eletrodos descartáveis no tórax, para obtenção dos registros das derivações precordiais, seguindo o seguinte arranjo com o cabo do paciente:
- Cabo vermelho (V1) em 4º espaço intercostal, à direita do esterno;
- Cabo amarelo (V2) em 4º espaço intercostal, à esquerda do esterno;
- Cabo verde (V3) em 5º espaço intercostal, diagonalmente entre V2 e V4;
- Cabo marrom (V4) em 5º espaço intercostal, na linha média clavicular;
- Cabo preto (V5) em 5º espaço intercostal, na linha axilar anterior;

- Cabo roxo (V6) em 5º espaço intercostal, na linha axilar média.
- Verificar, no aparelho, as luzes de alerta para: pilha/bateria, memória, saturação, ruído, eletrodo solto, filtro, ganho, velocidade, modo de operação, up/down, calibração e derivações e, caneta e haste de plotagem. Corrigir problemas que forem detectados;
- Iniciar o exame;
- Avaliar se o registro efetuado pelo equipamento é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico;
- Aguardar o sinal sonoro, que indica o término da aquisição dos potenciais elétricos;
- Retirar todos os eletrodos cardioclip (braçadeira);
- Realizar limpeza do tórax, membros superiores e membros inferiores;
- Retirar e/ou destacar folha do ECG;
- Identificar o ECG com: nome completo do paciente, idade, data de nascimento, data e hora da realização, carimbo e assinatura do profissional, nome da instituição;
- Desligar o aparelho, desconectando os cabos do paciente;
- Auxiliar o paciente a levantar da maca, se necessário;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

### **Resultados Esperados**

- Obter registro gráfico da atividade cardíaca para obtenção de diagnóstico, avaliação da terapêutica medicamentosa e evolução clínica.

### **Ações Corretivas**

- Paciente deve estar em repouso absoluto para a realização do procedimento, no mínimo 15 minutos e 30 minutos para quem estava fumando;
- Realizar tricotomia, caso seja necessário;





- Realizar limpeza imediata e eficaz das porções metálicas dos eletrodos Cardioclip (braçadeiras) e eletrodos de sucção, para não acumular sujidades e consequente alteração na capacidade de aquisição dos potenciais elétricos;
- Alertar o paciente quanto a possibilidade de pequenas lesões na utilização de eletrodos de sucção, que devem evoluir com regressão do hematoma em dois dias;
- Utilizar a convenção de programação com: ganho N, velocidade de aquisição de 25 mm/s, modo automático e derivação DII;
- É possível alteração na disposição das derivações precordiais quando elas estiverem voltadas para a direita (V1R, V2R, V3R, V4R, V5R, V6R) e com derivações posteriores à esquerda (V7, V8, V9, V10, V11, V12). Nos referidos casos, deve-se identificar as novas derivações no ECG;
- Em situações nas quais os eletrodos cardioclip (braçadeiras) não possam ser utilizados nos membros devido a amputações, imobilizações e/ou traumas, devem ser utilizados eletrodos descartáveis nas porções proximais dos membros;
- Em crianças, dependendo da idade, devemos utilizar eletrodos descartáveis nos membros, em substituição ao eletrodo cardioclip (braçadeiras);

|                                                      |                  |                |
|------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 096: Equipamento de Proteção Individual |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                    |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                          | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de Enfermagem                       |                  |                |

### Definição

- Obrigatoriedade de uso dos Equipamentos de Proteção Individual nas Unidades de Saúde.

### Objetivo

- Garantir a saúde e a proteção do servidor, minimizando e/ou evitando consequências negativas em casos de acidentes de trabalho. O EPI também é usado para garantir que o

profissional não será exposto a doenças ocupacionais, que podem comprometer a capacidade de trabalho e de vida durante e depois da fase ativa de trabalho.

### Descrição

- Utilizar em todos os locais/ situações de trabalho que possuam riscos ambientais capazes de causar danos à saúde dos servidores e/ou nas áreas identificadas por aviso;
- A Prefeitura Municipal de Campinas deverá fornecer os EPI's gratuitamente aos seus servidores cuja atividade exija a sua utilização, sendo obrigatório o uso nas circunstâncias ou situações de trabalho definidas no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA;
- Os EPI's, por questão de organização e higiene, devem ser de uso individual, ou seja, cada servidor deve possuir o seu;
- Os servidores poderão solicitar informação/ treinamento específico sobre EPI quando necessário;
- O servidor deverá ser responsabilizado pela conservação e guarda dos EPI's distribuídos, no caso de dano, perda ou extravio deles, o servidor deverá receber outro em substituição;
- A recusa, por parte do servidor, da utilização de qualquer EPI estabelecido pela Prefeitura, o sujeitará as sanções legais;
- Medidas de controle a serem adotadas: - Os Equipamentos de Proteção Individual devem ser utilizados durante todo o período em que a atividade realizada ofereça risco a segurança e saúde do servidor, não podendo levá-los para a residência e tão pouco a

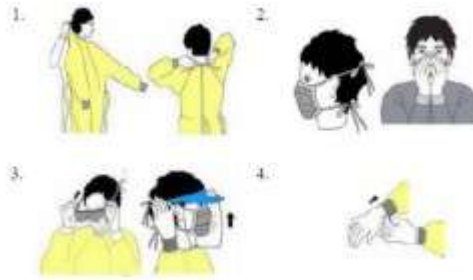
trabalhos realizados fora do expediente.

| EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL                                                                 |                    |                               |                    |              |                                            |                                       |                   |                    |                  |                                 |                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------|--------------------|--------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------|--------------------|------------------|---------------------------------|----------------|
| Atividade realizada/ EPI                                                                           | Óculos de proteção | Máscara Cirúrgica descartável | Máscara N95 / PFF2 | Luva térmica | Luva para proteção contra agentes químicos | Luva de procedimento (látex ou vinil) | Touca descartável | Bota em EVA ou PVC | Avental plástico | Avental descartável manga longa | Japona térmica |
| Vacina                                                                                             | X                  |                               |                    |              |                                            |                                       |                   |                    |                  |                                 |                |
| Expurgo / Lavagem de materiais                                                                     | X                  | X                             |                    |              | X                                          | X                                     | X                 | X                  | X                |                                 |                |
| Preparo e acondiciona/to. área limpa                                                               | X*                 | X                             |                    |              |                                            | X                                     | X                 |                    |                  |                                 |                |
| Pequenas cirurgias                                                                                 | X                  | X                             |                    |              |                                            | X<br>Luva estéril                     | X                 |                    |                  | X                               |                |
| Autoclave                                                                                          |                    |                               |                    | X            |                                            |                                       |                   |                    |                  |                                 |                |
| Assistência a pacientes com Tuberculose, Varicela (Catapora) e Herpes Zoster, Sarampo e Influenza. |                    |                               | X                  |              |                                            | X                                     |                   |                    |                  |                                 |                |
| Limpeza da Unidade (uso de produtos domissanitários)                                               |                    |                               |                    |              | X                                          |                                       |                   | X                  |                  |                                 |                |
| Motorista material de coleta                                                                       |                    |                               |                    |              |                                            | X                                     |                   |                    |                  | X                               |                |
| Atividades na câmara fria                                                                          |                    |                               |                    |              |                                            |                                       |                   | X                  |                  |                                 | X              |

| EPI                                                            | OBJETIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | MODELO                                                                                |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Avental descartável, manga longa                               | Proteger de respingos e contato com materiais biológicos tais como sangue, fluidos corporais, secreções ou excreções.                                                                                                                                                                                                                                                      |    |
| Avental plástico                                               | Proteger parte frontal do usuário contra riscos químicos, biológicos e físicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |
| Bota em PVC ou EVA                                             | Proteger os membros inferiores contra umidade e produtos químicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |
| Luva de procedimento descartável (látex, vinil e/ou nitrílica) | Proteger as mãos contra riscos biológicos e químicos. Obrigatório quando houver possibilidade de contato com sangue, secreções e excreções, como mucosas ou áreas da pele não íntegra, ferimentos, escaras e feridas cirúrgicas, procedimentos ginecológicos, etc.. As luvas estéreis estão indicadas para procedimentos invasivos e assépticos.                           |    |
| Luva em borracha nitrílica                                     | Proteger as mãos do usuário contra riscos químicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |
| Luva térmica em silicone                                       | Proteger as mãos do usuário contra agentes térmicos – temperatura até 250 C°.                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| Máscara cirúrgica descartável                                  | Proteger o servidor da Saúde de infecções por inalação de gotículas transmitidas à curta distância e pela projeção de sangue ou outros fluidos corpóreos que possam atingir suas vias respiratórias; minimizar a contaminação do ambiente com secreções respiratórias geradas pelo próprio servidor ou pelo paciente em condição de transporte.                            |  |
| Respirador semifacial PFF2 / N95                               | Proteger as vias respiratórias para evitar contaminação por agentes biológicos e químicos. Deve ser usada na assistência a pacientes em Precauções Aéreas, ou seja, sempre que houver possibilidade de contato com partículas suspensas no ar ( $\leq 5\mu m$ ), das seguintes doenças: Tuberculose, Varicela (Catapora) e Herpes Zoster, Sarampo e Influenza. (aerossóis) |  |
| Óculos de segurança lente incolor                              | Proteger durante procedimentos que haja a possibilidade de respingo de sangue e outros fluidos corpóreos, sendo indicados também durante a manipulação de produtos químicos em atividades no expurgo e desinfecção de materiais.                                                                                                                                           |  |
| Touca descartável                                              | Proteger o servidor contra exposição a fluidos infectantes; prevenir de contaminação dos cabelos dos funcionários (no expurgo) e a queda dos cabelos no preparo de produtos para a saúde (no preparo, esterilização e arsenal).                                                                                                                                            |  |

➤ Sequência de paramentação dos EPI's:

- 1 – Avental
- 2 – Máscara
- 3 – Óculos
- 4 – Luvas



- Retirada correta dos EPI's:

- 1 – Luvas
- 2 – Óculos
- 3 – Máscara
- 4 – Avental



#### Orientação higienização e conservação dos Equipamentos de Proteção Individual – EPI's:

- Caso o EPI seja lavável, prefira sempre realizar a lavagem com sabão neutro;
- Esteja atento para EPI's que devem ser higienizados com produtos específicos;
- Seque os EPI's na sombra, pois eles podem ser danificados quando expostos ao sol;
- Tome cuidado para não derrubar o EPI durante a higienização, pois isso pode comprometer sua integridade;
- Assim que utilizar o EPI, guarde-o corretamente em local seguro e livre de fatores potencialmente prejudiciais ao material do equipamento — como calor ou umidade;
- Nunca guarde o EPI molhado ou úmido, pois ele pode criar mofo ou outras bactérias;
- Não utilize os calçados de segurança sem meias;
- Se o EPI foi descartável sempre faça o descarte em um local adequado.

**Reutilização e guarda do respirador PFF2 / N95:**

- As PFF podem ser reutilizadas pela mesma pessoa enquanto estiverem em bom estado, isto é, com vedação aceitável, tirantes elásticos íntegros e não estiverem sujas ou contaminadas por fluidos corpóreos.
- Para a guarda recomenda-se colocá-la em embalagem individual não hermética, de forma a permitir a saída da umidade (por exemplo, embalagem plástica perfurada). Não é recomendável o uso de embalagem de papel ou de outro material que absorva umidade ou sirva de substrato para a proliferação do patógeno.

**Como colocar máscara cirúrgica descartável e PFF2 / N95:**

**Máscara cirúrgica descartável**

Colocar sobre o nariz, boca e queixo;

Adaptar a peça flexível sobre o nariz;

Amarrar logo acima das orelhas e na nuca;





## Respirador descartável PFF2/ N95



|                                    |                  |                |
|------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 097: Lavagem Gástrica |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP  |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023        | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de Enfermagem     |                  |                |

### Material Necessário

- EPI (luva de procedimento)
- Sonda nasogástrica calibrosa
- Gaze não estéril
- Gel hidrossolúvel
- Seringa de 20ml
- Soro Fisiológico 0,9%
- Equipo macro gotas
- Bolsa coletora

### Manuseio dos Materiais

- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Checar a prescrição;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
- Paramentar-se com o EPI;
- Proceder à técnica de Sondagem nasogástrica, se o paciente não estiver sondado;
- Se estiver com sonda, conectar o equipo da solução na sonda nasogástrica e infundir lentamente;
- Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo elevado com cabeça fletida, diminuindo a passagem do conteúdo gástrico para o duodeno durante a lavagem gástrica;
- Administrar volumes fracionados de SF 0,9% conforme prescrição médica, permitindo retorno do líquido infundido. Repetir o procedimento até que o líquido instilado retorne claro e não se observe resíduos;
- Retirar a sonda e recolher o material;
- Após a sondagem oferecer gargarejo para limpar a boca;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

### Resultados Esperados





- Diminuir a exposição dos agentes tóxicos por medidas de esvaziamento gástrico ou pela diminuição da absorção intestinal.
- Drenar secreções da cavidade gástrica.
- Limpar e remover secreções irritantes.
- Diagnosticar e tratar hemorragia gástrica.
- Obter conteúdo gástricos para análise laboratorial.
- Esvaziar o estômago para preparo de exame endoscópico.

### Passos Críticos

- Em crianças, utiliza-se SF 0,9% aquecido a 38°C para evitar hipotermia.
- Durante a lavagem, observar o volume de retorno, que deverá ser o mesmo do infundido.
- Checar a necessidade de coleta de material para análise laboratorial, que deve anteceder a lavagem gástrica.
- Observar continuamente qualquer alteração de nível de consciência e monitorar frequentemente os sinais vitais, pois a resposta vagal natural à intubação pode diminuir a frequência cardíaca do paciente.

|                                                  |                  |                |
|--------------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 098: Organização de Salas e Setores |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP                |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                      | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de Enfermagem                   |                  |                |

### Material Necessário

- Luvas de borracha
- Álcool a 70%
- Panos limpos
- Solução com hipoclorito de sódio 1% (para locais com presença de matéria orgânica)

- Lista com os materiais a serem reabastecidos na sala ou setor

### **Manuseio dos Materiais**

- Descartar materiais com validade vencida ou com a qualidade comprometida;
- Checar o funcionamento de todos os aparelhos e equipamentos do setor no início de cada plantão. Em caso de algum problema ou mau funcionamento, comunicar imediatamente o enfermeiro responsável;
- Higienizar as mãos;
- Calçar as luvas;
- Umedecer o pano limpo com álcool 70% e realizar a limpeza com bastante pressão utilizando sempre o mesmo sentido, de uma extremidade para outra e do mais alto para o mais baixo;
- Se houver locais com presença de matéria orgânica, proceder primeiro a limpeza com hipoclorito de sódio 1%, aguardar 10 minutos e remover com água e sabão. Após, secar a superfície e limpar com álcool a 70% conforme descrição no item anterior;
- Verificar os materiais em falta no setor e providenciar a reposição.

### **Resultados Esperados**

- Preparar o ambiente para suas atividades, mantendo a ordem e conservando equipamentos e instalações, evitando principalmente a disseminação de microrganismos responsáveis pelas infecções relacionadas à assistência à saúde.

### **Passos Críticos**

- As superfícies referidas neste protocolo compreendem: mobiliários, equipamentos para a saúde, bancadas, pias, macas, divãs, suporte para soro, balança, computadores e outros com os quais o profissional e os materiais terão contato durante o trabalho.
- Ao término do plantão a unidade deve estar limpa, organizada e com os materiais repostos. Nas situações em que isso não for possível, comunicar as pendências ao profissional a assumir a unidade e registrar os motivos no livro de ocorrência.



- Após a realização de procedimentos em que haja contaminação da sala por secreções ou produtos, deve ser realizada uma limpeza sistemática, concorrente ou terminal de acordo com cada situação a ser definida pelo enfermeiro na rotina de cada serviço.
- Enfermeiro deve ser responsável por determinar a execução e a periodicidade do procedimento de limpeza a fim de garantir o atendimento seguro ao paciente e ao profissional.

|                                           |                  |                |
|-------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF. 099: Realização de Curativos |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP         |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023               | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de Enfermagem            |                  |                |

**Material Necessário:**

- Mesa auxiliar ou bandeja
- Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente-de-rato e uma pinça Kelly
- Cabo e lâmina de bisturi (se necessário)
- Tesoura
- Pacote de gazes esterilizadas
- Atadura de rayon estéril
- Solução fisiológica 0,9% preferencialmente morno ou temperatura ambiente
- Agulha 25x12 ou 40x12
- Seringa de 20 ml
- Álcool 70%
- Luvas de procedimento e/ou estéril
- Micropore/ Esparadrapo
- Atadura de crepe de largura adequada a extensão da lesão
- Espátula
- Soluções, medicamentos e/ou coberturas conforme as características da lesão



- EPI (óculos, avental e máscara), se necessário
- Papel Toalha

### Manuseio dos Materiais

- Chamar o paciente, confirmar o nome e o número do prontuário, apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas, antes de iniciar a execução;
- Conferir a prescrição médica ou de enfermagem, se não houver, solicitar avaliação;
- Higienizar as mãos;
- Reunir todo o material, conforme o ambiente;
- Aquecer o soro;
- Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
- Higienizar novamente as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento e outros EPIs necessários;
- Observar o curativo anterior antes da remoção;
- Remover o curativo anterior com cuidado, umedecendo com SF 0,9%, se houver aderência, removendo a cobertura sem traumatizar a lesão;
- Caracterizar a ferida quanto ao tamanho (extensão e profundidade), evolução, tipo de tecido, exsudato, odor, bordas e pele ao redor, atentando-se a presença de sinais de infecção (edema, hiperemia, calor e dor). Solicitando reavaliação do caso pelo enfermeiro/médico se necessário;
- Na presença de sujidades em áreas próximas da ferida ou ao redor, proceder a limpeza com sabonete neutro, água corrente tratada, e secar com gaze ou papel toalha;
- Descartar curativo anterior e luvas no lixo apropriado;
- Abrir o pacote de curativo utilizando a técnica asséptica, arrumar as pinças no campo, abrir os pacotes de gazes e colocar junto às pinças;
- Calçar as luvas de procedimento e outros EPIs necessários;

- Perfurar o frasco de SF 0,9% com agulha 25X12 ou 40X12 realizando desinfecção prévia do local com álcool 70%. Utilizar preferencialmente o frasco de SF0,9% de 250 ml ou seringa de 20 ml para realizar a irrigação;
- Com o auxílio das pinças limpar a pele circundante da ferida com gaze umedecida em SF 0,9%;
- Limpar o leito da ferida irrigando com jatos de SF 0,9%, removendo detritos, bactérias, exsudatos, corpos estranhos, resíduos de agentes tópicos da superfície da ferida. Evitar limpeza mecânica e/ou fricção onde houver tecido de granulação;
- Na presença de tecido desvitalizado (leito/bordas, aderido/solto), solicitar a avaliação do enfermeiro para remoção/desbridamento;
- Secar apenas a região perilesional e bordas com gaze, a fim de evitar a maceração deles;
- Realizar a mensuração da ferida com régua de papel e/ou registro fotográfico (mediante autorização prévia do paciente), semanal ou quinzenalmente;
- Utilizar o produto e/ou cobertura primária prescrita pelo enfermeiro/médico\*, e ocluir o curativo conforme a necessidade (gazes, rayon, cobertura secundária, atadura de crepe);
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- Orientar o paciente quanto a periodicidade de troca de curativos primários/secundários conforme a prescrição do enfermeiro/médico, bem como os cuidados na manutenção do curativo e retornos programados a Unidade;
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

### Passos Críticos

- Os curativos crônicos devem ser avaliados pelo Enfermeiro desde o primeiro atendimento, contemplando a Sistematização da Assistência de Enfermagem, com a prescrição do cuidado a ser prestado, e se responsabilizando pelas subseqüentes

evoluções e avaliações periódicas necessárias, sendo delegada aos profissionais de nível médio a execução do procedimento.

- Para a realização de curativos, há a possibilidade de escolher a técnica estéril ou limpa considerando características da ferida, riscos de contaminação da lesão, características do paciente e local da realização do curativo. No domicílio recomenda-se a técnica limpa.
- Na Unidade a técnica limpa pode ser utilizada sempre criteriosamente e recomendasse o uso de instrumentais estéreis (pinças) ou utilizar luvas estéreis na ausência deles.
- A cobertura colocada diretamente sobre a lesão é denominada como primária e se houver outra cobertura, sobre o curativo primário, é chamado de secundário.
- A realização de curativo de imobilização ortopédica pode ser realizada por profissional de enfermagem capacitado (antes ou após a imobilização), sob indicação do médico (prescrição escrita do médico de referência para o procedimento ortopédico) e supervisão, direção e orientação do Enfermeiro, conforme parecer Coren 07/2015.
- \*O desbridamento só pode ser realizado por enfermeiros e médicos.
- A indicação dos produtos/coberturas deve ser feita considerando o momento evolutivo da lesão, tipo de tecido, patologia, adesão ao tratamento, recursos disponíveis, materiais padronizados e protocolo de uso da Secretaria Municipal de Saúde. Consultar o Manual de Curativos nov./2016 e o Guia de Tratamento de Feridas nov./2016 no site da SMS.

### **Resultados Esperados**

Manter a ferida limpa, prevenir infecções e traumas físicos, aliviar a dor, promover isolamento térmico, conforto físico e psicológico, permitir trocas sem traumas, manter a umidade no leito da ferida em proporções adequadas (absorver/controlar o excesso de exsudato) viabilizando o processo de cicatrização e cura.

### **Ações Corretivas**

É importante verificar se há contraindicações específicas da cobertura indicada ao tipo de tecido e/ou etiologia da lesão, e se o paciente apresenta alergia a algum componente do material a ser utilizado.

|                                          |                  |                       |
|------------------------------------------|------------------|-----------------------|
| POP Nº: ENF.100: Retirada de pontos      |                  |                       |
| Sugerido por: <b>Equipe Técnica IGPP</b> |                  |                       |
| Estabelecido em: <b>01/08/2023</b>       | Próxima revisão: | Nº Revisão: <b>01</b> |
| Executor: <b>Equipe de Enfermagem</b>    |                  |                       |

### Material Necessário

- EPIs: luvas de procedimentos e avental;
- Pacote de retirada de pontos: Tesoura de Íris, pinça Kelly, pinça anatômica, dente de rato ou Kocker;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Gazes (estéreis);

### Passos Críticos

- Reunir o material;
- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Higienizar as mãos;
- Paramentar-se com os EPIs;
- Expor a área na qual o procedimento será feito e realizar limpeza local com soro fisiológico;
- Tracionar o ponto pelo nó com a pinça e cortar, em um dos lados, próximo a pele com a tesoura de Íris;
- Colocar os pontos retirados sobre uma gaze;



- Cobrir a ferida se houver necessidade;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

### Manuseio dos Materiais

- Certificar-se do tipo de fio utilizado na sutura. Em geral, suturas com fios absorvíveis não precisam ser retiradas.
- Nos casos em que houver sinais de processos inflamatórios ou infecciosos, solicitar avaliação do enfermeiro.
- Retirada de pontos de curativos Pós-Operatórios devem ter a supervisão do Enfermeiro e a prescrição médica (Parecer nº 39/2013 COREN/SP).
- Entendemos que o Parecer 39/2013 excetua a retirada de pontos de ferimentos leves corto-contusos e sem sinais flogísticos.

### Resultados Esperados

- Retirada de fios colocados para aproximar as bordas de uma lesão (sutura)
- Facilitar a cicatrização

### Ações Corretivas

- Sinais de processos inflamatórios ou infecciosos.

|                                              |                  |                |
|----------------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF.101: Terapia de Reidratação Oral |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP            |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023                  | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de Enfermagem               |                  |                |





### Materiais Necessários

- Envelope de Soro de Reidratação Oral – SRO
- Água filtrada ou fervida (fria)
- Jarra de 1 litro (vidro ou plástico com tampa)
- Copo descartável

### Passos Críticos

- Reunir o material;
- Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Conferir prescrição de enfermagem ou médica;
- Higienizar as mãos;
- Diluir um envelope de SRO em 1 litro de água;
- Ofertar ao paciente em curtos intervalos toda vez que ele desejar;
- Solicitar reavaliação do paciente após o término da terapia;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados garantindo a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, registrar a produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

### Manuseio dos Materiais

- Crianças poderão receber o SRO no volume de 50 a 100 ml/kg de peso, por um período máximo de 4 a 6h.
- Considera-se fracasso da reidratação oral se as dejeções aumentam, se ocorrem vômitos incoercíveis, ou se a desidratação evolui para grave.



- Não apresentando melhora do quadro, solicitar a avaliação médica.
- Durante a permanência do paciente ou acompanhante no serviço de saúde, orientar a reconhecer os sinais de desidratação, preparar e administrar a Solução de Reidratação Oral, praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água e higienização dos alimentos).

### **Resultados Esperados**

- Corrigir o desequilíbrio hidroeletrólítico pela reidratação oral, prevenindo a desidratação e os seus agravos.

### **Ações Corretivas**

- Pacientes apresentando desidratação grave, impossibilitado de receber líquido por via oral na quantidade adequada, (íleo paralítico, abdômen agudo, alteração do estado de consciência ou convulsões e choque hipovolêmico), solicitar reavaliação médica e/ou enfermeiro.

|                                      |                  |                |
|--------------------------------------|------------------|----------------|
| POP Nº: ENF.102: Uso de Luva Estéril |                  |                |
| Sugerido por: Equipe Técnica IGPP    |                  |                |
| Estabelecido em: 01/08/2023          | Próxima revisão: | Nº Revisão: 01 |
| Executor: Equipe de Enfermagem       |                  |                |

### **Material Necessário**

- Luvas esterilizadas na numeração adequada.

### **Passos Críticos**

- Higienizar as mãos;

- Abrir a embalagem externa pela borda de abertura até o final;
- Retirar a embalagem interna, colocando-a sobre uma superfície limpa;
- Abrir as dobras horizontais do envelope;
- Abrir os dois lados das dobras verticais do papel pelas abas presentes nestas, expondo as luvas de forma a não contaminar o campo estéril;
- Segurar com o polegar e indicador da mão não dominante a dobra do punho da luva da outra mão, expondo a abertura dela;
- Unir os dedos da mão dominante, com a palma da mão voltada para cima e introduzi-la na abertura da luva, tracionando a luva com a mão não dominante em direção ao punho, até calçá-la por completo, desfazendo a dobra do punho;
- Ajustar os dedos da mão que estão dentro da luva na medida em que a traciona;
- Colocar os dedos da mão enluvada por baixo da dobra do punho da luva da outra mão, expondo a abertura;
- Unir os dedos da mão não dominante e introduzir na abertura da luva com a palma da mão voltada para cima, tracionando a luva em direção ao punho até calçá-la por completo, desfazendo a dobra do punho;
- Ajustar as luvas de ambas às mãos;
- Manter a mão enluvada longe do corpo e outras superfícies;
- Desprezar o papel envelope da luva apenas após término do procedimento asséptico a ser realizado.

## RETIRAR AS LUVAS

- Segurar com o polegar e o indicador de uma das mãos a luva da outra mão, próximo ao punho desta;
- Puxar a luva em direção aos dedos, virando-a para o lado avesso, à medida que vai sendo retirada;
- Segurar a luva retirada com a mão que encontra-se com luva; permitir a retirada das luvas, evitando a contaminação das mãos e do ambiente;
- Repetir o procedimento na outra mão, encapando a luva que era segura;



- Desprezar as luvas na lixeira correta (lixo comum ou infectante), dependendo da quantidade de sangue/secreção contida nestas;
- Higienizar as mãos.

### Manuseio dos Materiais

- Higienizar as mãos antes e depois de calçar as luvas. As luvas não oferecem proteção completa contra a contaminação, razão que justifica a importância da correta higienização das mãos antes de calçar as luvas.
- Utilizar luvas esterilizadas sempre que for manipular campos/materiais estéreis

### Resultados Esperados

- Evitar contaminação de procedimentos assépticos e contaminação das mãos na retirada da luva.

### Contraindicação

- Procedimentos que não necessitem de tal material.

### REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Cartilha de proteção respiratória contra agentes biológicos para trabalhadores de saúde. Brasília/DF; ANVISA; 1ª ed.; 2009. 95 p. tab, illus

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. NR 6 – Equipamento de proteção individual

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. NR 32 – Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.

BRASÍLIA. Luvas cirúrgicas e luvas de procedimentos: Considerações sobre seu uso. Boletim Informativo de Tecnovigilância. Brasília, n.2, abr.-jun, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 545/2017. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. Brasil, 2017.



CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte- tradicional ou eletrônico. Brasil, 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.

SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

VASCONCELOS, C. C. C. S. Eletrocardiograma. Natal, 2010.

FISCHBACH, F. T. Manual De Enfermagem: Exames Laboratoriais E Diagnósticos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

SOUZA, L. P; LIMA, M. G. Atuação Do Enfermeiro Na Realização e Interpretação do Eletrocardiograma (ECG) Em Unidade De Terapia Intensiva (UTI). UNINGÁ n.37, p.173-194, 2013

Processo de Enfermagem Drº Wanda Aguiarb Horta

ANDRADE.O.B. de – A Manual of norms and predures of Public Health Nursing services. Rev. Saúde públ. S. Paulo, 9: 455-66,1975.

COFEN - Manual de Procedimentos para padronização das rotinas de atendimento aos profissionais de Enfermagem.

POTTER P. A.; PERRY A. G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

HESS, C. T. Tratamento de Feridas e Úlceras. Rio de Janeiro: Editora Reichmann & Affonso, 2002

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. SÃO PAULO. Parecer 039/2013. Realização de sutura e retirada de pontos por profissionais de Enfermagem. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM.

Resolução nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte- tradicional ou eletrônico. 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012

## **SUSPEITA DE INFECÇÃO PELO CORONAVÍRUS – COVID-19**

### **OBJETIVO:**

Identificar e atender prontamente todos os casos suspeitos de infecção pelo novo Coronavírus.

### **DESCRIÇÃO:**

Os coronavírus são vírus conhecidos desde a década de 1960 que podem causar desde um resfriado comum até síndromes respiratórias agudas graves. O novo coronavírus (2019-nCoV) é uma nova variante identificada durante a investigação de pneumonias de causa desconhecida, diagnosticadas na cidade de Wuhan, na China.

Devido a presença de casos suspeitos no Brasil e centenas de casos confirmados em outros países, é importante ser estabelecido um fluxo de atendimento a todo caso suspeito de infecção pelo novo Coronavírus, a fim de evitar a transmissão entre pessoas e dar o suporte adequado ao paciente.

Todo caso suspeito deve ser notificado imediatamente (no máximo em até 24 horas). Orientações para notificação, vide abaixo.

### **1. CASO SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)**

**SITUAÇÃO 1 - VIAJANTE:** pessoa que apresente febre E pelo menos um dos sinais ou sintomas respiratórios E com histórico de viagem para país com transmissão sustentada OU área com transmissão local nos últimos 14 dias; OU

**SITUAÇÃO 2 - CONTATO PRÓXIMO:** pessoa que apresente febre OU pelo menos um sinal ou sintoma respiratório E histórico de contato com caso suspeito ou confirmado para COVID-19, nos últimos 14 dias.

### **2. CASO PROVÁVEL DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)**

**SITUAÇÃO 3 – CONTATO DOMICILIAR:** pessoa que manteve contato domiciliar com caso confirmado por COVID-19 nos últimos 14 dias E que apresente febre OU pelo menos um sinal ou sintoma respiratório. Nesta situação é importante observar a presença de outros sinais e sintomas como: fadiga, mialgia/artralgia, dor de cabeça, calafrios, manchas

vermelhas pelo corpo, gânglios linfáticos aumentados, diarreia, náuseas, vômitos, desidratação e inapetência.

### 3. CASO CONFIRMADO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)

**LABORATORIAL:** caso suspeito ou provável com resultado positivo em RT-PCR em tempo real, pelo protocolo Charité.

**CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO:** caso suspeito ou provável com histórico de contato próximo ou domiciliar com caso confirmado laboratorialmente por COVID-19, que apresente febre OU pelo menos um dos sinais ou sintomas respiratórios, nos últimos 14 dias após o contato, e para o qual não foi possível realizar a investigação laboratorial específica.

**SINAIS OU SINTOMAS:**

Tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O<sub>2</sub> <95%, sinais de cianose, batimento de asas de nariz, tiragem intercostal e dispneia.

**FEBRE:** Considera-se febre aquela acima de 37,8°. Vale lembrar que febre pode não estar presente em alguns casos como, por exemplo, em pacientes jovens, idosos, imunossuprimidos ou que em algumas situações possam ter utilizado medicamento antitérmico. Nestas situações, a avaliação clínica deve ser levada em consideração e a decisão deve ser registrada na ficha de notificação.

**CONTATO PRÓXIMO DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19:**

- Uma pessoa que teve contato físico direto (por exemplo, apertando as mãos);
- Uma pessoa que tenha contato direto desprotegido com secreções infecciosas (por exemplo, sendo tossida, tocando tecidos de papel usados com a mão nua);

- Uma pessoa que teve contato frente a frente por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 2 metros;
- Uma pessoa que esteve em um ambiente fechado (por exemplo, sala de aula, sala de reunião, sala de espera) por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 2 metros.
- Um profissional de saúde ou outra pessoa que cuida diretamente de um caso COVID-19 ou trabalhadores de laboratório que manipulam amostras de um caso COVID-19, seus acompanhantes ou cuidadores e os tripulantes que trabalharam na seção da aeronave em que o caso estava sentado.

#### CONTATO DOMICILIAR DE CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO DE COVID-19:

- Uma pessoa que reside na mesma casa/ambiente. Devem ser considerados os residentes da mesma casa, colegas de dormitório, creche, alojamento etc.
- A avaliação do grau de exposição do contato deve ser individualizada, considerando-se, o ambiente e o tempo de exposição.

#### BIOSSEGURANÇA E ISOLAMENTO:

##### PACIENTES, ACOMPANHANTES E EQUIPE DE CUIDADORES:

- Os pacientes e acompanhantes terão acesso a informações sobre os sintomas e as barreiras iniciais de precaução, bem como sobre a solicitação da máscara cirúrgica em cartaz que ficará disponível do lado externo do pronto socorro.
- A solicitação e disponibilização das máscaras cirúrgicas ao paciente e acompanhante ficará a cargo da equipe de cuidadores que direcionará o paciente à retirada de senha e então, à qualificação.
- Deverá ser orientado o uso adequado da máscara cirúrgica (cobertura completa de boca e nariz ajustada de forma que fique bem acoplada à face) até que o paciente seja alocado em quarto de isolamento e durante todo o período de atendimento.
- A Equipe de cuidadores deverá fazer uso contínuo de máscara cirúrgica, que deverá ser trocada a cada 2 horas ou antes de apresentar umidade.



#### QUALIFICAÇÃO/ENTREGA DA SENHA/ACOLHIMENTO INTERNO:

- Deve-se identificar precocemente os casos suspeitos e, de acordo com sinais clínicos identificados, encaminhar imediatamente ao consultório médico para avaliação, se estabilidade clínica, para avaliação prioritária.
- Caso o paciente esteja com sinais clínicos de alerta, deverá ser encaminhado imediatamente ao quarto de isolamento do pronto socorro e avisar o médico e enfermeiro de plantão para avaliação imediata deste paciente.
- A equipe de atendimento na qualificação, deverá fazer uso contínuo de máscara cirúrgica, que deverá ser trocada a cada 2 horas ou antes de apresentar umidade.
- Responsáveis pela entrega da senha, equipe do acolhimento interno, agentes de portaria do Pronto Socorro deverão fazer uso de máscara cirúrgica que deverá ser trocada a cada 2 horas ou antes se apresentar sinais de umidade.

#### ORIENTAÇÕES GERAIS PARA PACIENTES QUE NECESSITAREM DE INTERNAÇÃO:

- Todo caso suspeito deve ser inserido no CROSS.
- Após avaliação médica, para paciente estável e SEM necessidade de ventilação mecânica, transferir o paciente para leito de isolamento na Enfermaria. Se o paciente apresentar sinais de alerta, porém ainda sem necessidade de cuidados intensivos, alocar paciente no quarto de isolamento do Pronto Socorro e manter vigilância constante do paciente. Avaliações frequentes quanto a possibilidade de alta precoce.
- Para pacientes COM necessidade de ventilação mecânica: manter o paciente com sistema de aspiração fechado, no quarto de isolamento do Pronto Socorro e aguardar transferência via CROSS. Atentar às medidas de precaução e uso adequado de EPIs durante todo atendimento.

#### SITUAÇÕES DE CONTINGÊNCIA:

- Devido a constante superlotação e indisponibilidade de leitos, entendemos e orientamos que os casos suspeitos de coronavírus deverão sempre ser priorizados quanto às precauções e ao atendimento.



- Orientamos que os casos suspeitos de coronavírus, em hipótese alguma, sejam encaminhados para a sala de emergência.
- Se chegar ao pronto socorro algum caso suspeito de coronavírus que necessite de cuidados intensivos e o isolamento do pronto socorro estiver ocupado, o mesmo deverá ser desocupado imediatamente para que o paciente com suspeita de coronavírus receba as medidas de cuidados intensivos já no quarto de isolamento. Entendemos que nesta situação poderá não ser possível, inicialmente, a realização de limpeza terminal. Nessa situação, deverá ser realizada limpeza concorrente por parte das equipes de Higiene e Enfermagem.
- Se o quarto de isolamento já estiver ocupado por paciente com suspeita de coronavírus, porém ele estiver estável, deverá ser encaminhado para consultório da Clínica Médica (consultório 3) e deverão ser mantidas as precauções de contato e aerossóis, além de manter o paciente em uso de máscara cirúrgica de forma contínua, que deverá ser trocada a cada 2 horas ou antes se apresentar sinais de umidade. Caso esteja em uso de oxigênio, deverá ser mantido com suporte em torpedão de oxigênio
- Havendo mais de 1 caso suspeito, todos (cl clinicamente estáveis deverão ser alocados na forma de coorte no consultório médico 3 e deverão ser orientados a permanecer com o uso de máscara cirúrgica durante todo o período de observação intra-hospitalar e até o momento de alta e isolamento domiciliar.
- Se o quarto de isolamento estiver ocupado por outro paciente que não seja paciente com suspeita de coronavírus, o mesmo deverá ser removido imediatamente para outro local (sala de emergência, observação, consultório ou isolamento nas demais unidades de internação) a fim de liberar o quarto imediatamente para o caso suspeito de coronavírus. Se o paciente estiver em precaução respiratória (gotículas ou aerossóis), deverá ser mantido com máscara cirúrgica até estar em quarto adequado de isolamento. Se estiver intubado, deverá ser mantido com sistema fechado de aspiração em sala de emergência, preferencialmente no fundo da Sala de Emergência.

#### ORIENTAÇÕES GERAIS- EQUIPE MULTIPROFISSIONAL:

- Manter o paciente em precaução contato e aerossóis.



- Higienizar as mãos nos 5 momentos preconizados e sempre que necessário.
- Ao entrar no leito em isolamento, o colaborador deve utilizar os EPIs adequados (máscara N95 ou PFF2, protetor ocular, avental descartável, luvas descartáveis e óculos de proteção).
- Se for necessária a realização de procedimento invasivo (por exemplo: intubação orotraqueal, aspiração, coleta de material biológico), além dos EPIs descritos acima, deverá ser utilizado avental impermeável.
- Os equipamentos tipo estetoscópio, termômetro, esfigmomanômetro, oxímetro, glicosímetro, tesouras e demais utensílios utilizados na assistência deverão ser, preferencialmente, de uso exclusivo de cada paciente. Todos os equipamentos e utensílios deverão ser submetidos a limpeza e desinfecção após cada utilização.
- Eliminar ou restringir o uso de itens compartilhados por pacientes como canetas, pranchetas.
- Seguir a rotina de limpeza concorrente do setor. Solicitar limpeza terminal ao final do atendimento em consultório médico.
- Colaboradores da higiene durante as limpezas concorrente e terminal deverão fazer uso de máscara N95 ou PFF2 durante os procedimentos.
- Equipe de enfermagem deverá orientar o paciente e acompanhante para a necessidade da troca da máscara a cada 2 horas ou quando estiver úmida, bem como nos casos em que for necessário acompanhante, orientá-lo quanto à higienização frequente das mãos, uso de máscara cirúrgica durante todo o período e evitar a circulação.
- Não se deve circular pelo serviço utilizando os EPIs. Estes devem ser imediatamente removidos após a saída do quarto de isolamento, em lixeira infectante (branca).
- Máscara cirúrgica: descartar após o uso.
- Máscara N95 ou PFF2: é de uso individual e poderá ser reutilizada se estiver em bom estado de conservação. Após sair do quarto, a máscara deverá ser retirada e acondicionada envolta em papel toalha e dentro de saco plástico que poderá ser a própria embalagem na qual a máscara foi fornecida. Após retirada e armazenamento, realizar higienização das mãos.

- Óculos de proteção individual: deverá ser higienizado após a utilização.
- Os profissionais de saúde que atuarem na assistência direta aos casos suspeitos ou confirmados devem ser organizados para trabalharem somente na área de isolamento, evitando circulação para outras áreas de assistência.
- Para pacientes que não necessitem de internação, deverão ser orientados a manter repouso, isolamento social e retornar à Unidade de Saúde se necessário para reavaliação.

#### TRANSPORTE INTERNO DE PACIENTES:

- O deslocamento de pacientes com suspeita de infecção pelo novo coronavírus deve ser feito o mínimo possível, avaliando sempre a indicação de realização de exames de imagem.
- Se não for exame de urgência, fazer de madrugada, pelo menor número de pessoas circulando pela Unidade.
- Caso seja imprescindível a realização de exame fora do quarto de isolamento, o paciente deverá utilizar máscara cirúrgica durante todo o trajeto e realização do procedimento, até retornar ao quarto de isolamento, inclusive o acompanhante deve utilizar máscara cirúrgica se estiver presente. Orientar acompanhantes de pacientes adultos, que permaneçam no quarto aguardando o retorno do paciente, de modo a evitar circulação excessiva de pessoas sob precaução.
- O setor de origem deve comunicar o setor de destino para que tenham colaboradores devidamente paramentados no quarto ou setor de exame.
- Antes de iniciar o transporte e após retorno ao quarto de isolamento, deverá ser realizada limpeza concorrente da cama.
- Quanto aos profissionais de saúde que acompanharão o paciente, estes devem estar paramentados e ter um colaborador sem paramentação para abrir portas e chamar elevador (evitando o contato direto ou indireto do caso suspeito com as superfícies pela Unidade). Não deixar o prontuário junto ao paciente. O prontuário deverá ser carregado pelo colaborador que não estiver em contato com o paciente, dentro de saco plástico.

- Na necessidade de uso do elevador, este deve estar vazio. Caso tenham pessoas dentro do elevador (exceto pacientes graves), o paciente com suspeita tem prioridade no uso. As demais pessoas deverão sair e aguardar o transporte deste paciente.
- Os colaboradores que tiverem contato com o paciente suspeito deverão fazer uso de avental e luvas descartáveis. Não há a necessidade de manter uso de máscara, uma vez que o paciente utilizará máscara cirúrgica.
- Se o paciente estiver intubado, deverá manter sistema fechado de aspiração. Nesta situação, atentar para que não ocorra a desconexão acidental do circuito, pois desta forma haverá liberação de aerossóis. Para o transporte de pacientes sob intubação, além da paramentação para precaução de contato, os colaboradores deverão fazer uso de máscara N95, justamente, pelo risco exposto acima da possibilidade de contato com aerossóis.
- Deverá ser realizada limpeza terminal na sala de exame e equipamento utilizado pelo paciente.

#### TRANSPORTE EXTERNO/TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES:

- Os colaboradores que acompanharão o paciente deverão utilizar paramentação completa com máscara N95.
- Realizar higienização das mãos frequentemente com álcool gel.
- A janela interna da ambulância (comunicação com a cabine do motorista) deverá ser mantida fechada durante todo o transporte. As demais janelas deverão ser mantidas abertas, se possível, para melhorar a troca de ar durante o transporte.
- O motorista da ambulância, deverá fazer uso de máscara N95 caso haja necessidade de contato com o ambiente posterior da ambulância.
- Orientar o paciente e possível acompanhante quanto à necessidade e importância da higienização frequente das mãos.
- Acompanhantes deverão permanecer de máscara cirúrgica durante todo o transporte.
- Após finalizado o transporte, deverá ser realizada limpeza terminal de todas as superfícies internas da ambulância e dos equipamentos, pelas equipes de Enfermagem e Higiene.

#### DIAGNÓSTICO:

O diagnóstico depende da investigação clínico-epidemiológica e do exame físico. É recomendável que em todos os casos de síndrome gripal seja questionado o histórico de viagem para o exterior ou contato próximo com pessoas que tenham viajado para o exterior. Essas informações devem ser registradas no prontuário do paciente para eventual investigação epidemiológica.

O diagnóstico laboratorial para identificação do vírus 2019-nCoV é realizado por meio das técnicas de RT-PCR em tempo real e sequenciamento parcial ou total do genoma viral.

A descrição da técnica de coleta do material respiratório está descrita abaixo na seção “Coleta de material respiratório”.

#### TRATAMENTO:

Não há tratamento específico para as infecções causadas por coronavírus humano.

Está indicado o repouso e hidratação, além de administração de sintomáticos (antitérmicos, analgésicos).

No atendimento, deve-se levar em consideração os demais diagnósticos diferenciais pertinentes e o adequado manejo clínico. Em caso de suspeita para Influenza, não retardar o início do tratamento com Fosfato de Oseltamivir nos pacientes com risco aumentado de complicações, conforme protocolo do Ministério da Saúde de tratamento de Influenza.

#### NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA:

- Todo caso suspeito deve ser notificado ao Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde Nacional (IGPPS) em até 24 horas do atendimento.

o Segunda a sexta-feira das 7 às 13h, a Vigilância Epidemiológica fará a notificação.

o Finais de semana e feriados, o médico responsável pelo primeiro atendimento fará a notificação via link disponível no desktop como “NOTIFICAÇÃO CORONAVÍRUS” (<http://bit.ly/2019-ncov>).

- ♣ NÃO ESQUECER de salvar a cópia em PDF em pasta “Coronavírus” na pasta Z, com o nome do paciente.



- O enfermeiro do setor será o responsável por:  
o Segunda a sexta-feira das 7 às 13h: informar a Vigilância Epidemiológica sobre o caso suspeito.  
o Segunda a sexta-feira das 13h às 7h, finais de semana e feriados: coletar o material respiratório, entregar no Laboratório (guardar na geladeira da Farmacovigilância) e informar o NIR sobre o caso suspeito.
- O NIR ficará responsável, nos horários de não funcionamento da Vigilância epidemiológica, por enviar a notificação salva em PDF por e-mail ao IGPPS com cópia para a Vigilância epidemiológica

#### COLETA DE MATERIAL RESPIRATÓRIO:

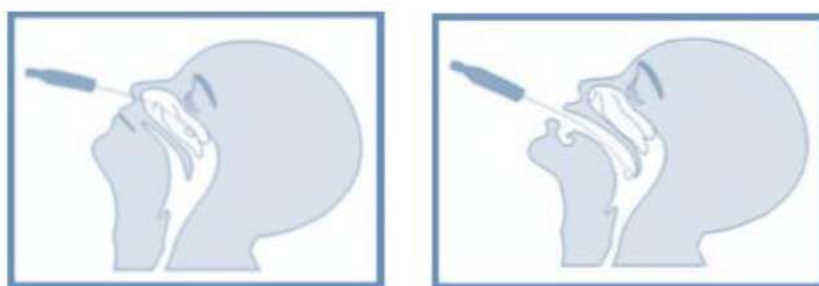
- Será feito pela equipe da Vigilância epidemiológica, de segunda a sexta-feira das 7 às 13h.
- Nos demais horários, a coleta será feita pelo enfermeiro do setor. Após a coleta, enviar o material ao Laboratório, em caixa de transporte.
- A coleta dos swabs devem ser feitos com a devida paramentação e em quarto de isolamento (isolamento do PS ou consultório vazio da Clínica Médica).

#### Técnica de coleta:

- É necessária à coleta de 1 tubo de amostras respiratórias por paciente: swab (naso/orofaringe) OU aspirado de nasofaringe (ANF) OU amostra de secreção respiratória inferior (escarro ou lavado traqueal ou lavado bronco-alveolar);
- Utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs): avental impermeável, luva descartável, óculos de proteção, máscara N95. Identificar os tubos ou frasco coletor com o nome legível e dados do paciente;
- Swabs combinados (nasofaringe e orofaringe): As secreções serão coletadas utilizando-se swabs de rayon de haste flexível. Total de swabs utilizados = três swabs por tubo: 1º Narina direita; 2º Narina esquerda; 3º Orofaringe (Figura 1).







A – Swab nasal.

B – Swab oral.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Guia para a Rede Laboratorial de Vigilância de Influenza no Brasil. 2016.

Figura 1: Técnica para a coleta de *swab* combinado.

- Os três swabs DEVERÃO ser acondicionados em um único tubo de rosca estéril tipo Falcon, contendo 3mL de soro fisiológico estéril e transportados na posição vertical para garantir que o swab fique imerso na solução fisiológica.

Fonte:

- Nota Técnica nº 04/2020 GVIMS/GGTES/ANVISA; Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (2019-nCoV).
- Boletim epidemiológico 04, volume 51, Ministério da Saúde – Jan/2020.
- Informe da Sociedade Brasileira de Infectologia sobre o novo Coronavírus – atualizado em 24/01/2020.
- Alerta: Infecção pelo novo Coronavírus (2019-nCoV), Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” – atualizado em 23/01/2020.
- Protocolo Laboratorial para a coleta, acondicionamento e transporte de amostras biológicas para investigação do novo coronavírus (2019-nCoV) – Instituto Adolfo Lutz.
- Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus (2019-nCoV) – 1ª edição, 2020 – Ministério da Saúde.

## Organização das Rotinas Operacionais e Assistenciais

### Sala de Medicação

- Retirar maleta de medicamentos na farmácia no início do turno de trabalho
- Conferir Check list específico dos medicamentos maleta
- Repor materiais e soros nas prateleiras e gavetas



- Verificar a funcionalidade do painel da rede de gases completando as faltas e solicitando consertos, se necessário (válvulas redutoras de oxigênio e de ar comprimido, válvulas de aspiração em ar comprimido e vácuo, fluxômetro de ar comprimido e oxigênio)
- Manter paredes montadas com umidificadores limpos, secos e com látex fechados na embalagem estéril
- Receber os pacientes de forma humanizada, identificando-se com nome e função
- Oferecer atendimento integral, não expondo o paciente (usar biombos)
- Puncionar acesso venoso periférico com Scalp e quando necessário com Abocath
- Encaminhar exames solicitados pelo médico emergencista (lab, ecg, tomo, rx) → Transportar paciente para exames de imagem e, conforme gravidade, permanecer acompanhando-o
- Encaminhar consultorias solicitadas, registrar no caderno de controle.
- Consultoria da saúde mental é necessário a presença de 1 acompanhante e orientar pacientes e familiares horário que será avaliado.
- Administrar medicação conforme prescrição médica, conferindo os 9 certos
- Explicar para os pacientes todos os procedimentos que serão realizados
- Rotular com data e turno, equipos, abocath, cânulas, polifix, extensores de soros, soros e medicações
- SEMPRE lavar as mãos antes e após procedimentos ou manuseio de pacientes
- SEMPRE usar luvas de procedimentos
- Usar EPIs (máscaras, aventais e luvas) quando paciente em isolamento
- Comunicar ao médico e enfermeira QUALQUER alteração com o paciente
- Auxiliar médico e enfermeira em procedimentos preparando o material a ser utilizado
- Manter ambiente limpo e organizado
- Os empréstimos de materiais permanente ou MAT/MED somente com MEMORANDO e autorização do enfermeiro
- Manter bacias, baldes, comadres e papagaios limpos no expurgo da emergência
- Lavar o material, secar e guardar em local adequado utilizado durante procedimentos
- Manter organizado o material em estoque

- MANTER SILÊNCIO Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
- Solicitar presença de familiares para efetuar internação ou acionar assistente social
- Transferir o paciente unidade de Retaguarda, conforme orientação médica, SOMENTE APÓS exames encaminhados e medicação administrada
- Encaminhar pacientes para outras unidades somente com autorização da enfermeira
- Ao final do turno de trabalho informar à farmácia, em folha específica e devidamente assinada pelo enfermeiro, o número da FA e o medicamento usado pelo paciente
- Carimbar e assinar na FA todos os procedimentos feitos

## Sala de Emergência

### Rotina da sala de emergência (vermelha)

- Organizar a sala e repor os materiais diariamente;
- Verificar lote e prazo de validade dos materiais e dos medicamentos;
- Solicitar a troca e reposição dos medicamentos, se necessário;
- Limpar com pano umedecido e detergente ou com álcool 70%, mesa, armário, balcão da pia;
- Checar diariamente o funcionamento da rede elétrica (tomadas 110v e 220v, devidamente identificadas, lâmpadas, focos etc.).
- Conferir material da sala diariamente ou conforme a rotina da unidade e após o atendimento de urgência;
- Diariamente testar o funcionamento do aspirador de parede e manual, do laringoscópio, checar as pilhas, verificar a luminosidade das lâmpadas das lâminas;
- Manter os frascos coletores do aspirador limpos e secos;
- Trocar as extensões de borracha e encaminhar para lavagem
- Deixar a ponta da extensão do aspirador protegido com saquinho de plástico;
- Deixar o frasco umidificador de oxigênio seco, colocar água somente no momento do uso, após o uso proceder com a lavagem.
- Anotar todos os procedimentos realizados em impresso apropriado, preenchendo todos os dados, com letra legível e a assinatura e número do coren.

### **Atendimento da Sala de Emergência**

- Afastar outros pacientes curiosos e deixar acesso livre para passagem de maca e ambulância.
- A sala vermelha é o local destinado ao atendimento a pacientes com agravos à saúde, independente da sua etiologia, portanto, com agravos clínicos, traumáticos e psiquiátricos, sejam eles adulto, criança, gestante ou idoso. Desta forma o atendimento ao paciente grave, na sala de urgência, exige requisitos, que estão diretamente relacionados ao sucesso da assistência, cabendo à equipe atitudes decisivas, rápidas e com grande capacidade de julgamento.
- Para o desenvolvimento das atividades, caberá ao enfermeiro a responsabilidade no planejamento, organização e manutenção da sala de emergência, coordenando a equipe de enfermagem, e zelando pelo bom atendimento juntamente com os demais profissionais. Para tanto alguns pontos básicos e essenciais, deverão ser cumpridos conforme rotina previamente estabelecida, que envolvem requisitos específicos e os referentes à equipe de enfermagem.

### **Requisitos específicos:**

- A disposição dos materiais e equipamentos, na sala vermelha, deverá obedecer a critérios estabelecidos pela equipe (ordem alfabética, ordem numérica, padronização de cores por sistemas, sistematização dos a-b-cs etc.), disposto de forma organizada, devidamente identificado, com fácil acesso, que permita um atendimento adequado, sem atropelos de pessoal circulante, sem o armazenamento de materiais semelhantes em vários pontos, e não muito distante do paciente;
- A quantidade de materiais e medicamentos, a ser estipulada, deverá obedecer a casuística do serviço, obedecendo as peculiaridades de cada local, de forma a permitir um atendimento rápido e seguro, sem que a falta deles venha prejudicar o atendimento;
- Todo material e medicamento de consumo deverão ser discriminados e quantificados em uma relação (checklist), facilitando a conferência, que deverá ser realizada



diariamente, a reposição deverá ser realizada após cada atendimento, ou no máximo, no final de cada plantão;

- Checar no início de cada plantão ou, se possível, após cada atendimento, o funcionamento da rede de gases, o aspirador com as extensões de borracha, o monitor/desfibrilador, eletrocardiograma, ressuscitador manual, laringoscópio, dentre outros equipamentos.
- Após o uso do aspirador, encaminhar ao expurgo para lavagem com água e sabão, mantendo-o sempre limpo e seco, protegendo a ponta da extensão do aspirador com um saquinho plástico, ou ainda, conectada a uma sonda própria para aspiração;
- Deixar o frasco do umidificador de oxigênio seco, colocando água somente no momento do uso, e após encaminhá-lo para lavagem e desinfecção;

### **Sala de Curativo**

Técnica de Curativos - Colocar somente o material necessário a ser utilizado para realização do curativo (solução fisiológica, gaze, esparadrapo, fita adesiva, conjunto com 3 pinças, cobertura previamente escolhida, luvas de procedimento, bisturi descartável, recipiente para descarte de material perfurocortante, recipiente para material contaminado, cesto de lixo); - Explicar ao paciente o que será realizado; - Remover o curativo existente;

- Proceder à limpeza com S.F 0,9%, sobre a lesão; - Não provocar atrito desnecessário; - Remover todo tecido desvitalizado (necrose, fibrina ou queratose); - Aplicar novamente o jato de S.F. a 0,9%; - Secar toda a pele ao redor da lesão; - Aplicar cobertura indicada;
- Ao terminar o curativo: retirar as luvas, lavar as mãos, digitar procedimento no Sistema de Informação e descrever o aspecto da lesão ( tipo de secreção, quantidade, característica do tecido) - As soluções antissépticas degermante são contraindicadas em lesões abertas, pois os tensoativos afetam a permeabilidade das membranas celulares, produzem hemólise e são absorvidos pelas proteínas, interferindo prejudicialmente no processo cicatricial, interrompendo a síntese do colágeno.

### **Leitos de Observação**



### Rotinas e Regras - Atendimento na Clínica Médica e Pediátrica

- Assinatura e/ou confecção da prescrição médica no máximo até as 15h (prazo de validade de uma prescrição) porém preferencialmente no período da manhã.
- Fornece informações ao enfermeiro e demais componentes da equipe multiprofissional do andar sobre a situação clínica dos pacientes, programando em conjunto o plano terapêutico e os cuidados a serem seguidos.
- Assinatura e/ou confecção da prescrição médica no máximo até as 15h (prazo de validade de uma prescrição) porém preferencialmente no período da manhã.
- Fornece informações ao enfermeiro e demais componentes da equipe multiprofissional do andar sobre a situação clínica dos pacientes, programando em conjunto o plano terapêutico e os cuidados a serem seguidos.
- Para melhor adequação da relação interprofissional e por conseguinte mais eficiência do plano assistencial, portar-se de maneira respeitosa com todos os componentes da equipe multiprofissional do andar, evitando atitudes que configurem autoritarismo e desrespeito pessoal.
- Obedecer à política que define os critérios de internação e transferência de pacientes da CM.
- Obedecer rigorosamente ao fluxo institucional de internação e alocação de pacientes em leitos, evitando reservar leitos diretamente no andar.
- Obedecer às normas de preenchimento de prontuários, com todas as anotações de internação, alta, prescrição, autenticação de ordens verbais, evolução médica com letra legível e com identificação adequada.
- Disponibilizar BIP ou telefones para contato, respondendo prontamente, quando acionados pela equipe multiprofissional, e atualizando regularmente seu cadastro junto à diretoria clínica.
- Atuar de acordo com normas Institucionais com relação à política antitabagismo, evitando autorizar o tabagismo nas dependências da Unidade, em particular nos quartos.
- Atuar de acordo com normas Institucionais com relação à política para pacientes psiquiátricos, obedecendo aos critérios estritos para internação desses pacientes e

colaborando com a adesão às recomendações de restrição de saídas do leito e obrigatoriedade de permanência de acompanhantes.

- Atuar de acordo com normas Institucionais com relação à entrada de profissionais externos à Instituição, no cuidado ao paciente (enfermeiros, cuidadores etc.).
- Adesão a protocolos institucionais para atendimento de urgência/emergência.
- Atuar de acordo com normas Institucionais com relação à política para prevenção de infecções, incluindo uso racional de antibioticoterapia profilática em procedimentos cirúrgicos.
- Adesão a protocolos médicos institucionais, respeitando sua avaliação clínica do caso (analgesia, heparinização).
- Atuar de acordo com normas institucionais relacionadas à alta do paciente, assinando a alta em horário que viabilize a não-ocorrência de nova diária, preferencialmente até 8 horas da manhã.
- Atuar de acordo com normas Institucionais relacionadas à alta do paciente evitando dar licenças aos pacientes. Na eventual necessidade desta prática, seguir a norma de dar alta e reinternação posterior.
- No atendimento ao paciente não fazer distinção de origem, raça, sexo, religião, cor idade, diagnóstico ou qualquer forma de preconceito.
- Portar sempre crachá de identificação ao se deslocar dentro das instalações da Unidade.
- Participar ativamente de fóruns de especialidades da Instituição.

### Programa De Segurança Do Paciente

Existe hoje uma vasta literatura sobre Segurança do Paciente, com revistas científicas como “BMJ Quality and Safety”, e diversos trabalhos multicêntricos. Todos usam a nomenclatura internacional proposta pela OMS. Em 2009 a Organização Mundial de Saúde publicou um relatório com uma recomendação de classificação dos eventos adversos relacionados aos cuidados de saúde.

A Aliança Mundial para Segurança do Paciente convocou um grupo de expertises para iniciar e levar adiante um trabalho de estabelecer, definir, harmonizar os conceitos de



grupos de segurança do paciente; em uma classificação acordada internacionalmente, de forma a possibilitar uma aprendizagem e melhorar a segurança do paciente entre os sistemas.

O objetivo da Classificação Internacional para a Segurança do Paciente é permitir a categorização de paciente, informações de segurança usando conjuntos padronizados de conceitos com definições acordadas, condições preferenciais e as relações entre eles baseando-se em uma ontologia de domínio explícito (por exemplo, a segurança do paciente). Os ICPS são projetados para ser uma verdadeira convergência de percepções internacionais das principais questões relacionadas com a segurança do paciente, a fim de facilitar a descrição, comparação, medição de monitorização, análise e interpretação de informações para melhorar a assistência.

Classificar e organizar a informação de maneira padronizada facilita o tratamento dos processos que demonstram maior quantidade de desvio do resultado esperado.

#### **- Implantação Do Núcleo De Segurança Do Paciente**

Atendendo às recomendações do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), cujo objetivo é prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos nos serviços de saúde, o Núcleo de Segurança do Paciente tem como objetivo principal estabelecer políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura voltada para a segurança dos pacientes, através do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas e tecnologias, que visem garantir a qualidade dos processos na Instituição, incluídas ações de controle sanitário e regulamentação, imprescindíveis para identificar precocemente a ocorrência de eventos que afetam a segurança do paciente.

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) de cada unidade será constituída por representantes dos setores de Farmácia, Enfermagem, Serviço Social, Radiologia, Nutrição, Qualidade, Fisioterapia e Comissão de Controle de Infecção.

A Diretoria Técnica e Clínica participa prestando assessoria ao Núcleo.

A atuação se dará em áreas como: prevenção de infecções; procedimentos cirúrgicos; prescrição, transcrição, dispensação e administração de medicamentos; processos de identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos serviços de saúde; prevenção





de quedas e úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais.

São atribuições do Núcleo de Segurança do Paciente: Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente; Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente; Identificar pontos críticos para a segurança do paciente; Aprovar e implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores; Definir políticas, diretrizes e estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde; Elaborar e viabilizar junto à Administração a implementação de ações para instituir sistemas mais seguros.

Depois de implantado o Núcleo, a equipe terá prazo estipulado para definir protocolos e pensar estratégias de funcionamento, visando a segurança do paciente e a prevenção de riscos futuros.

#### - Implantação Dos Protocolos De Segurança Do Paciente

Os protocolos desenvolvidos visam orientar profissionais na ampliação da segurança do paciente nos serviços de saúde. Além deles, o programa criou Núcleos de Segurança do Paciente nos serviços de saúde, tanto públicos como particulares, e prevê a notificação de eventos adversos associados à assistência do paciente, bem como a chamada pública do setor produtivo da saúde para apresentação de medidas de ampliação da segurança dos pacientes em serviços de saúde.

Os protocolos e seus objetivos:

O [Protocolo de Identificação do Paciente](#) tem a finalidade de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina.

Já o [Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão](#) visa a prevenir a ocorrência dessa e de outras lesões da pele, visto que é uma das consequências mais comuns da longa permanência em hospitais. Sua incidência aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de riscos, entre eles, idade avançada e restrição ao leito.

O [Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso, e Administração de Medicamentos](#) objetiva a promoção de práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos





de saúde. Segundo o protocolo, estima-se que os erros de medicação em hospitais provoquem mais de sete mil mortes por ano nos Estados Unidos, acarretando custos tangíveis e intangíveis.

O [Protocolo para Cirurgia Segura](#) diz respeito ao estabelecimento de medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela OMS.

O [Protocolo para a Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde](#) aborda informações sobre a instituição e promoção da higiene das mãos nos serviços de saúde do país. Seu intuito é prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (Iras), visando à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados aos pacientes.

A sexta e última norma, o [Protocolo de Prevenção de Quedas](#) tem como meta reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais.

### - Implantação Do Gerenciamento De Riscos

Garantir a Segurança dos pacientes é uma preocupação e um movimento mundial. O IGPP institui sua Política de Gerenciamento de Riscos e Segurança do Paciente que pressupõe uma série de ações que visam à identificação, prevenção, avaliação, monitoramento e a redução do risco de dano e eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que o cliente/paciente, colaborador e instituição podem estar expostos e que possam afetar a segurança, a saúde, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

Os objetivos gerais do Gerenciamento de Riscos são:

- Segurança dos pacientes e comunidade usuária



- Preservação da organização
- Redução de perdas
- Atendimento à legislação vigente
- Alinhamento aos padrões para certificação de qualidade
- Desenvolver a cultura da interdisciplinaridade e cooperação entre as diversas áreas para construir respostas às demandas
- Incentivar a mudança de postura nas relações interpessoais

## 1. Definições Importantes

### Conceitos Importantes

a. **Incidente** é um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o paciente (International Classification for Patient Safety. Final Technical Report. WHO, 2009).

b. **Evento** é algo que acontece ou envolve um paciente (International Classification for Patient Safety. Final Technical Report. WHO, 2009).

c. **Evento adverso (incidente com dano)** é um incidente que resulta em dano para o paciente (International Classification for Patient Safety. Final Technical Report. WHO, 2009).

### - Grau de Dano

**Grau I - Sem danos ou nenhum dano:** A consequência no paciente, cliente ou profissional da saúde é assintomática ou sem sintomas detectados e não necessita tratamento.

**Grau II - Dano leve:** A consequência no paciente, cliente ou profissional da saúde é sintomática, com sintomas leves, perda de funções ou danos mínimos ou intermédios de curta duração, sem intervenção ou com uma intervenção mínima requerida (por exemplo: observação extra, inquérito, análise ou pequeno tratamento).

**Grau III - Dano moderado:** A consequência no paciente, cliente ou profissional da saúde é sintomática, requerendo intervenção (por exemplo: procedimento suplementar, terapêutica adicional), um aumento na estadia, ou causou danos permanentes ou em longo prazo ou perda de funções.



**Grau IV - Dano grave:** A consequência no paciente, cliente ou profissional da saúde é sintomática, requerendo intervenção para salvar a vida ou grande intervenção médico/cirúrgica, encurta a esperança de vida ou causa grandes danos permanentes ou em longo prazo ou perda de funções.

**Grau V – Catastrófico / Óbito:** No balanço das probabilidades a morte foi causada ou antecipada em curto prazo, pelo incidente.

d. **Evento sem danos** é quando um erro não resulta num evento adverso para o paciente e a ausência de dano é devida ao acaso. Difere do *near miss*, na medida em que o dano não existe porque o erro foi detectado. Ocorre um incidente que atinge o paciente, mas não resulta em nenhum dano para este. O dano é evitado por acaso ou devido a circunstâncias atenuantes do dano. (International Classification for Patient Safety.Final Technical Report. WHO, 2009).

e. **Near miss** é um incidente que não alcançou o paciente, por exemplo: uma unidade de sangue que está sendo conectado ao paciente errado, mas o erro é detectado antes da infusão ser iniciada (International Classification for Patient Safety. Final Technical Report. WHO, 2009).

## 2- Identificação dos Riscos:

- Para diminuir a probabilidade da ocorrência de falhas, atuais ou potenciais, em processos;
- Para aumentar a confiabilidade dos processos já em operação por meio da análise das falhas que já ocorreram;
- Para diminuir os riscos de erros e aumentar a qualidade em procedimentos clínicos administrativos.

## GERENCIAMENTO DOS RISCOS:

Aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.



A implantação de um programa de gerenciamento do risco prevê a aplicação de um processo lógico e sistemático de identificação, quantificação, análise do impacto do evento na assistência, tratamento com implantação de medidas seguras e a comunicação dos riscos de maneira a possibilitar que a organização diminua a ocorrência de efeitos indesejáveis.

### Classificação de Riscos:

**Risco clínico:** risco associado à ação direta ou indireta dos profissionais da área da saúde, resultante da ausência ou deficiência de políticas e ações organizadas na prestação de cuidados de saúde. Exemplos:

- ☐ Risco de cirurgia não segura;
- ☐ Risco de identificação incorreta do paciente;
- ☐ Falha na segurança medicamentosa;
- ☐ Risco de aquisição de infecção;
- ☐ Risco de comunicação;
- ☐ Risco de queda.

**Riscos não clínicos:** àqueles relacionados à segurança das instalações ou atendimento aos processos de prestação de cuidados aos pacientes. Inclui aqui também os riscos gerados por quebra nas condições adequadas de trabalho.

Exemplos:

- ☐ Riscos relativos à utilização de equipamentos: defeito no equipamento, erro de utilização do usuário, uso em circunstâncias impróprias, falta de manutenção preventiva.
- ☐ Riscos relativos à segurança predial: laudo de para raio, manutenção de elevadores, manutenção do sistema de ar-condicionado, segurança dos vasos de pressão- autoclave, caldeira, sistema de vapor, gases medicinais, vácuo, ar comprimido, proteção radiológica, condições da água e sistema de aterramento.
- ☐ Riscos relativos à segurança ocupacional: situação vacinal, exames periódicos, risco de incêndio e acidentes ocupacionais.

### CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE QUALIDADE

| Meta de Segurança                                                    | Ações                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Prazo                          |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Identificação do paciente                                            | Implantação do protocolo;<br>Auditoria da adesão ao processo de Identificação.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | A partir do 1º mês de contrato |
| Comunicação efetiva entre profissionais de saúde e entre as unidades | Expansão do protocolo:<br>- Comunicação resultados críticos (expansão);<br>- Implantação do protocolo de transferência;<br>- Implantação do instrumento de passagem de plantão.                                                                                                                                                                                                                          | Até o 3º mês de contrato       |
| Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.  | Implantação do protocolo, com ações centradas em:<br>- Estimular DUPLA CHECAGEM na dispensação e antes da administração de medicamentos;<br>- Auditoria de adesão a DUPLA CHECAGEM;<br>- Divulgar o protocolo de utilização de medicamentos potencialmente perigosos (MPPs);<br>- Retirada das ampolas de KCl 19,1% dos carrinhos de emergência;<br>- Retirada das soluções concentradas das unidades de | A partir do 1º mês de contrato |

|                                                              |                                                                                                                                                            |                                |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
|                                                              | abastecimento, ou armazenamento em locais devidamente identificados;<br>- Auditoria dos erros de prescrição;<br>- Auditoria da adesão ao Protocolo de MPPs |                                |
| Higiene das mãos                                             | Divulgação do protocolo e suas atualizações;<br>Realização de atividades educativas sobre higienização das mãos;<br>Auditoria de adesão.                   | A partir do 1º mês de contrato |
| Estimular a notificação dos Eventos Adversos                 | Visitas às unidades e divulgação pessoa-a-pessoa                                                                                                           | A partir do 1º mês de contrato |
| Investigar os Eventos Adversos                               | Investigar 100% dos eventos adversos graves e óbitos;<br>Estimular os setores a trabalharem os eventos para processo de melhoria.                          | A partir do 1º mês de contrato |
| Disseminação sistemática da cultura de segurança do paciente | Divulgação da agenda Positiva – Boas Práticas;<br>Reportagens;<br>Boletins de divulgação dos eventos                                                       | Até o 3º mês de contrato       |
| Educação continuada em segurança do paciente                 | Sensibilização dos residentes;<br>Sensibilização dos colaboradores;<br>Atividades periódicas voltadas para Segurança do Paciente;                          | Contínuo                       |

|                                                                               |                                                                    |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada | Campanha de sensibilização do paciente pela segurança do paciente; | Até o 3º mês de contrato |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------|

## Protocolos de Enfermagem na Área de Pronto Atendimento

### DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS

Dentre as atividades assistenciais prestadas, podemos elencar:

1. Executar procedimentos de enfermagem, dentro dos limites de sua função, de acordo com a prescrição médica.
2. Reconhecer os sinais de disfunção respiratória nas patologias mais prevalentes: crise asmática, DBPOC, Infecções respiratórias, quadros de obstrução por corpo estranho, edema agudo de pulmão; adotando medidas de tratamento.
3. Aferir sinais vitais: frequência cardíaca, respiratória, tensão arterial, temperatura, saturação, controle de glicemia.
4. Reconhecer sinais de doenças circulatórias aguda: infarto agudo do miocárdio, angina instável, arritmias, AVC, quadros isquêmicos e edema agudo de pulmão, assim como seu tratamento.
5. Realizar monitorização cardíaca e eletrocardiográfica.
6. Reconhecer e adotar medidas para controle e tratamento inicial dos quadros de Intoxicação exógena, sobretudo nos casos de libação alcoólica.
7. Reconhecer sinais de gravidade na vítima traumatizada grave: sinais de disfunção ventilatória, respiratória e circulatória. E prestar atendimento inicial nas medidas de suporte básico e avançado de vida.
8. Reconhecer e tratar sinais de agravos metabólicos agudos tais como: diabetes descompensado, coma hiperglicêmico, coma hipoglicêmico e coma hiperosmolar.
9. Adotar medidas no manejo do trauma raquimedular, trauma cranioencefálico, trauma torácico, trauma abdominal, trauma de extremidades, trauma em face, controle de choques e hemorragias, trauma na gestante, queimaduras, afogamento, lesões por eletricidade, acidentes com múltiplas vítimas e acidentes com produtos perigosos.



10. Reconhecer sinais de gravidade das patologias psiquiátricas em situações de urgência.
11. Realizar procedimentos de suporte ventilatório: intubação traqueal, cricotireoidostomia, drenagem torácica, toracocentese, assim como manejo dos equipamentos de suporte ventilatório básico e avançado.
12. Realizar manobras de reanimação cardiorespiratória básica e avançada.
13. Realizar as técnicas de imobilização e remoção.
14. Prestar o atendimento inicial à gestante em trabalho de parto normal e prevenir complicações.

#### Organização do local de trabalho

##### No início do plantão:

- Verificar a ordem e limpeza das salas e materiais;
- Fazer assepsia com álcool 70% nos otoscópio e a limpeza dos cones auriculares. Realizar a assepsia com o álcool 70% de termômetros e estetoscópios antes e após o uso;
- Durante o plantão, acionar o serviço de limpeza sempre que necessário (presença de secreções e sangue).

##### Ao final do plantão:

- Providenciar a limpeza e desinfecção dos materiais:- limpar aparelhos e equipamentos com pano úmido, secando após, se necessário usar água e sabão e álcool 70%;
- Repor material de consumo e impressos.

#### Rotina da sala de medicação

- Organizar a sala e repor os materiais diariamente;
- Controlar psicotrópicos, glicosímetro e oxigênio
- Limpar com pano umedecido e detergente ou com álcool 70%, mesa, armário, balcão da pia;



- Desinfecção dos artigos de inalação: lavar as máscaras com água e sabão, secar e imergir em solução de glutaraldeído 2% por 30 minutos, enxaguar abundantemente em água corrente, sem colocar dentro da pia que é contaminada, secar e acondicionar em recipiente fechado.
- Verificar a data de validade da solução de desinfecção;
- Certificar-se da prescrição quando houver dúvidas, nome do cliente, medicação, via de administração, tempo de tratamento, data e outros;
- Na soroterapia identificar o frasco.
- Anotar os procedimentos realizados, preenchendo os dados com letra legível, assinatura e número do coren.
- Fazer contagem dos procedimentos realizados: injetáveis, aerossol, verificação de PA, teste de sensibilidade, tro, glicosimetria, soroterapia etc., e registrar em impresso apropriado;

#### Rotina da sala de emergência (vermelha)

- Organizar a sala e repor os materiais diariamente;
- Verificar lote e prazo de validade dos materiais e dos medicamentos;
- Solicitar a troca e reposição dos medicamentos, se necessário;
- Limpar com pano umedecido e detergente ou com álcool 70%, mesa, armário, balcão da pia;
- Checar diariamente o funcionamento da rede elétrica (tomadas 110v e 220v, devidamente identificadas, lâmpadas, focos etc.).
- Conferir material da sala diariamente ou conforme a rotina da unidade e após o atendimento de urgência;
- Diariamente testar o funcionamento do aspirador de parede e manual, do laringoscópio, checar as pilhas, verificar a luminosidade das lâmpadas das lâminas;
- Manter os frascos coletores do aspirador limpos e secos;
- Trocar as extensões de borracha e encaminhar para lavagem
- Deixar a ponta da extensão do aspirador protegido com saquinho de plástico;

- Deixar o frasco umidificador de oxigênio seco, colocar água somente no momento do uso, após o uso proceder com a lavagem.
- Anotar todos os procedimentos realizados em impresso apropriado, preenchendo todos os dados, com letra legível e a assinatura e número do coren.

#### Atendimento da sala de emergência

- Afastar outros pacientes curiosos e deixar acesso livre para passagem de maca e ambulância.
- A sala vermelha é o local destinado ao atendimento a pacientes com agravos à saúde, independente da sua etiologia, portanto, com agravos clínicos, traumáticos e psiquiátricos, sejam eles adulto, criança, gestante ou idoso. Desta forma o atendimento ao paciente grave, na sala de urgência, exige requisitos, que estão diretamente relacionados ao sucesso da assistência, cabendo à equipe atitudes decisivas, rápidas e com grande capacidade de julgamento.
- Para o desenvolvimento das atividades, caberá ao enfermeiro a responsabilidade no planejamento, organização e manutenção da sala de emergência, coordenando a equipe de enfermagem, e zelando pelo bom atendimento juntamente com os demais profissionais. Para tanto alguns pontos básicos e essenciais, deverão ser cumpridos conforme rotina previamente estabelecida, que envolvem requisitos específicos e os referentes à equipe de enfermagem.

#### Requisitos específicos:

- A disposição dos materiais e equipamentos, na sala vermelha, deverá obedecer a critérios estabelecidos pela equipe (ordem alfabética, ordem numérica, padronização de cores por sistemas, sistematização dos a-b-cs etc.), disposto de forma organizada, devidamente identificado, com fácil acesso, que permita um atendimento adequado, sem atropelos de pessoal circulante, sem o armazenamento de materiais semelhantes em vários pontos, e não muito distante do paciente;



- A quantidade de materiais e medicamentos, a ser estipulada, deverá obedecer a casuística do serviço, obedecendo as peculiaridades de cada local, de forma a permitir um atendimento rápido e seguro, sem que a falta deles venha prejudicar o atendimento;
- Todo material e medicamento de consumo deverão ser discriminados e quantificados em uma relação (checklist), facilitando a conferência, que deverá ser realizada diariamente, a reposição deverá ser realizada após cada atendimento, ou no máximo, no final de cada plantão;

## DESCRIÇÃO DAS ROTINAS DE ENFERMAGEM NOS SETORES CRÍTICOS

### PROCESSO: CONSULTÓRIOS

Descrição do Processo: É de responsabilidade do profissional de enfermagem:

1. Organizar a sala;
2. Realizar limpeza concorrente a cada início do plantão;
3. Solicitar ao zelador que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal;
4. Checar o funcionamento dos equipamentos da sala: balança, megascópio chamando a manutenção se necessário e comunicando o enfermeiro;
5. Encaminhar espelhos de otoscópio para desinfecção na Central de Material;
6. Trocar almotolias semanalmente;
7. Repor materiais e impressos próprios e específicos.

### PROCESSO: SALA DE COLETA

Descrição do Processo: É de responsabilidade do profissional de enfermagem:

1. Organizar a sala de coleta no dia anterior;
2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início da coleta;
3. Solicitar ao zelador que realize limpeza concorrente ao término da coleta;
4. Realizar a coleta e recebimento de material conforme norma de procedimento técnico;



5. Encaminhar as caixas após a devolução do laboratório ao Expurgo;
6. Repor material de acordo com a necessidade.

#### PROCESSO: SALA DE CURATIVO

Descrição do Processo: É de responsabilidade do profissional de enfermagem:

1. Organizar a sala;
2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início de cada plantão;
3. Solicitar ao zelador que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal;
4. Trocar as almotolias semanalmente colocando novas soluções, previamente limpos identificados e datados. As almotolias devem ser preenchidas 50% do volume;
5. Verificar a data de validade de materiais esterilizados;
6. Repor materiais necessários, conforme a rotina da unidade;
7. Realizar os curativos conforme prescrição médica e/ ou do enfermeiro;
8. Executar rotina de troca de curativo (conforme orientação do manual de normas técnicas);
9. Colocar o material utilizado em solução com água e sabão, encaminhando-o ao expurgo ao término do plantão;
10. Após a realização de curativos contaminados solicitar ao zelador limpeza concorrente e descontaminação se necessário;
11. Desprezar o resíduo em recipiente adequado.

#### PROCESSO: SALA DE ESTERILIZAÇÃO

Descrição do Processo: É de responsabilidade do profissional de enfermagem da sala de esterilização:

1. Organizar a sala;
2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início do plantão;



3. Solicitar ao zelador que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal;
4. Verificar o funcionamento do equipamento (autoclave). Solicitar manutenção e reparo, quando necessário e comunicar ao enfermeiro, registrando em planilha o motivo e o conserto realizado
5. Prover a sala de materiais necessários;
6. Montar as caixas (curativo, DIU, sutura, biópsia, retirada de pontos etc.) conforme kit de material em anexo, verificando condições de uso dos mesmos e se necessário, comunicar ao enfermeiro responsável a necessidade de troca;
7. Identificar todos os pacotes a serem esterilizados e identificar data de esterilização/ nome de quem preparou;
8. Colocar os materiais para serem esterilizados em autoclave de acordo com suas especificidades;
9. Esterilizar:
  - A autoclave deve ser ligada conforme a especificação do fabricante;
  - Retirar o material da autoclave e colocá-los sobre superfície protegida por um campo limpo. É de extrema importância observar a coloração da fita de autoclave que deverá estar com listras marrons;
10. Guardar o material esterilizado depois de frio em armário/ local fechado;
11. Reesterilizar todo o material que perder a integridade (campo danificado, caixa entreaberta, papel rasgado) ou sete dias após a data de esterilização;
12. Realizar limpeza semanal em autoclave;
13. Realizar teste biológico conforme rotina da instituição;
14. Registrar número de ciclos diários realizados (conforme planilha em anexo);
15. Esgotar a água da autoclave 2 vezes por semana.

#### PROCESSO: SALA DO EXPURGO

Descrição do Processo: É de responsabilidade do profissional de enfermagem do expurgo:



1. Organizar a sala;
2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início do plantão;
3. Solicitar ao zelador que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal;
4. Abastecer as salas com recipientes com tampa, contendo; água e detergente, para as salas de ginecologia e procedimentos e hipoclorito a 1% para a sala de inalação. Os recipientes devem ser trocados uma vez por plantão;
5. Lavar os materiais criteriosamente, retirando os resíduos, usando equipamentos de proteção individual (Luvas de borracha, máscara, óculos, avental e sapatos fechados), em seguida enxaguá-los em água corrente e colocá-los sobre um campo limpo;
6. Secar o material com pano limpo;
7. Observar durante a lavagem e secagem as condições de uso dos materiais e comunicar ao enfermeiro necessidade de conserto e/ ou reposição;
8. Manter a sala limpa, organizada e abastecida;
9. Realizar lavagem das caixas térmicas de coleta de material, no mesmo dia que retornar do laboratório;
10. Realizar contagem/ pesagem de roupas que são encaminhadas e recebidas da lavanderia.

#### PROCESSO: SALA DE INALAÇÃO

Descrição do Processo: É de responsabilidade do profissional da sala de inalação:

1. Organizar a sala;
2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início de cada plantão;
3. Solicitar ao zelador que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal;
4. Checar o funcionamento do compressor, chamando a manutenção se necessário e comunicando o enfermeiro; proceder a sangria do sistema ao final de cada dia;

5. Preparar material necessário para o plantão, trocar o soro fisiológico utilizado no procedimento a cada 24 horas;
6. Executar os procedimentos conforme prescrição médica e/ ou do enfermeiro, anotando no verso na própria receita com letra legível a data, horário, nome e COREN, preenchendo boletim de produção;
7. Lavar criteriosamente os inaladores logo após o uso com água e sabão os materiais, retirando os resíduos, em seguida enxaguá-los em água corrente e colocá-los sobre um campo limpo;
8. Secar o material com pano limpo;
9. Observar durante a lavagem e secagem as condições de uso dos materiais e comunicar ao enfermeiro necessidade de reposição;
10. Colocar o material seco em imersão no hipoclorito à 1%- em caixa fechada - por 30 minutos, registrando em formulário o horário de início do processo;
11. Enxaguar o material em água corrente, secar e armazenar em local fechado e limpo;
12. Manter a sala limpa, organizada e abastecida, verificando diariamente a validade dos medicamentos;
13. Ao final do expediente retirar os extensores e proceder a limpeza e desinfecção conforme rotina das máscaras de inalação, desprezar o hipoclorito de sódio e lavar a caixa;
14. Anotar a validade do hipoclorito.

#### PROCESSO: SALA DE PROCEDIMENTOS

Descrição do Processo: É de responsabilidade do profissional de enfermagem da sala de procedimento:

1. Organizar a sala;
2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início de cada plantão;
3. Solicitar ao zelador que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal;



4. Checar o volume, vazamento e funcionamento do cilindro de oxigênio, e verificar chamando a manutenção se necessário e comunicando o enfermeiro;
5. Repor e checar materiais e medicamentos;
6. Executar os procedimentos conforme prescrição médica e/ou do enfermeiro, checando na própria receita e/ ou prontuário com data, horário, COREN e nome legível e preenchendo boletim de produção;
7. Manter a sala limpa, organizada e abastecida.

#### PROCESSO: SALA DE URGÊNCIA

Descrição do Processo: É de responsabilidade do profissional de enfermagem da sala de urgência:

1. Organizar a sala;
2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início de cada plantão e a cada paciente pós-alta;
3. Solicitar ao zelador que realize limpeza terminal sempre que houver atendimento de urgência;
4. Checar funcionamento dos equipamentos - aspirador, cilindro de oxigênio e eletrocardiógrafo, chamando a manutenção se necessário e comunicando o enfermeiro;
5. Checar medicação e material de urgência, conforme padronizados pela Secretaria Municipal de Saúde, diariamente. Solicitar reposição após uso;
6. Manter a sala limpa, organizada e abastecida.

#### MANUAL DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

##### 1 – INTRODUÇÃO

Este manual tem por finalidade guiar a prática de enfermagem na unidade, padronizando os procedimentos de forma a racionalizar recursos materiais e humanos.

#### ROTINA DE TRABALHO

Horários dos Plantões:





#### Técnico de Enfermagem

1º turno – 7:00 às 19:00 horas → escala de plantão 12 X 36

2º turno – 19:00 às 7:00 horas → escala de plantão 12 X 36

#### Enfermeiros

1º turno – 7:00 às 19:00 horas → escala de plantão 12 X 36

2º turno – 19:00 às 7:00 horas → escala de plantão 12 X 36

Ao assumir seu plantão, verificar se todo material necessário para a perfeita execução do seu trabalho está em ordem.

Verificar as pendências do plantão anterior e tomar providências no sentido de saná-las e durante o dia dar baixa (colocar OK, carimbar e uma rubrica) quando da realização delas.

#### ROTINA PARA ATENDIMENTO:

##### Acolhimento:

Ao chegar à UNIDADE o paciente primeiro passa pela recepção. Após a elaboração de Ficha de Atendimento Ambulatorial – FAA, o paciente é encaminhado ao acolhimento, onde um enfermeiro ou técnico de enfermagem após questionar a queixa do paciente classifica se tem risco e se tem prioridade. Pacientes classificados como risco no acolhimento, trazidos por unidades móveis de remoção, vão imediatamente para o atendimento prioritário da sala vermelha, ficando um acompanhante responsável pelo cadastro na recepção.

##### Classificação de risco:

Na classificação de risco, o enfermeiro encarregado do plantão chama pela ordem o próximo paciente indicando para qual sala da classificação de risco ele deve seguir.

Proporcionar agilidade no atendimento e maior qualidade nos serviços prestados pelo Pronto Socorro é a finalidade classificação de risco. O objetivo desse procedimento é realizar uma anamnese, verificar os sinais vitais do paciente, medicamentos que estão sendo usados, seus sintomas atuais, suas alergias, bem como o histórico de sua saúde.



A pré-consulta de enfermagem prioriza o atendimento médico, respeitando-se a condição clínica do paciente embasada nas informações obtidas na história clínica e nos exames preliminares. A equipe de enfermagem, priorizando os casos mais graves, direciona o paciente para o atendimento pelo médico.

A Classificação de Risco se dará nos seguintes níveis:

**VERMELHO:** prioridade 0 – emergência. Necessitam de atendimento imediato. Não serão submetidos à Classificação de Risco. Deverão ser encaminhados diretamente para Sala Vermelha;

**AMARELO:** prioridade I – urgência. Sem risco imediato de morte, porém apresentam risco potencial de agravamento ou morte. Necessitam de atendimento médico prioritário. Deverão ser encaminhados diretamente a sala de consulta de enfermagem para Classificação de Risco e posteriormente aguardar atendimento médico em cadeira, em local pré-determinado.

**VERDE:** prioridade II – menor urgência. Não apresenta risco iminente ou risco potencial de morte. Também aguardarão atendimento em cadeira, mas serão informados que o tempo de espera será maior, e que pacientes mais graves serão atendidos antes.

Incluem-se aqui situações especiais (Idade superior a 60 anos, gestantes, pacientes escoltados, deficientes físicos e impossibilitados de andar, retorno com tempo inferior a 24 horas, paciente psiquiátricos).

**AZUL:** prioridade III – Não urgente. Não apresentam agudização que justifique atendimento na unidade de urgência e emergência. Necessitam de redirecionamento para o atendimento ambulatorial, conforme pactuação prévia.

Vale esclarecer que as emergências são prioritárias devido ao risco eminente de vida, podendo ocasionar certo atraso nos demais atendimentos, devido à necessidade do empenho de todas as equipes do pronto socorro.

Os pacientes classificados como VERDE e AZUL, voltam para a recepção e aguardam até serem chamados pelo sistema, que indicam para qual consultório devem seguir.

Após a dispensa, alta ou óbito do paciente, encaminhar o prontuário para a recepção para que sejam tomadas as devidas providências para arquivamento dele.

- É obrigatório fazer todos os registros solicitados no sistema.

#### ROTINA PARA ENCERRAMENTO DO PLANTÃO

- Registrar no Livro de Ocorrências as pendências do dia, recados e anotações importantes, bem como os prontuários que deverão retornar para arquivo.

#### 2 – CÓDIGO DE ÉTICA, CONSIDERAÇÕES

Art. 1º- A Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais.

Art. 2º - O profissional de Enfermagem participa, como integrante da sociedade, das ações que visem satisfazer às necessidades de saúde da população.

Art. 3º - O profissional de Enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 4º- O profissional de Enfermagem exerce suas atividades com justiça, competência, responsabilidade e honestidade.

Art. 5º- O profissional de Enfermagem presta assistência à saúde visando a promoção do ser humano como um todo.

Art. 6º- O profissional de Enfermagem exerce a profissão com autonomia, respeitando os preceitos legais da Enfermagem.

#### 3 – ATRIBUIÇÕES DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

##### Enfermeiro

- a) Elaborar plano de enfermagem a partir do levantamento e análise das necessidades prioritárias de atendimento aos pacientes e doentes;
- b) Planejar, organizar e dirigir os serviços de enfermagem, atuando técnica e administrativamente, a fim de garantir um elevado padrão de assistência;

- c) Supervisionar e orientar os servidores que auxiliem na execução das atribuições típicas da classe;
- d) Supervisionar o controle de estoque e os pedidos periódicos de suprimentos;
- e) Elaborar as escalas mensais de trabalho e supervisionar a escala de serviço diário do pessoal de enfermagem para as atividades internas e externas;
- f) Supervisionar a manutenção do controle dos aparelhos, verificando sistematicamente o funcionamento e a qualidade dos aparelhos utilizados na área de enfermagem, providenciando a reparação ou substituição quando necessários;
- g) Planejar, executar e/ou participar dos programas de treinamento do pessoal de enfermagem;
- h) Proceder ao registro dos procedimentos realizados, bem como de dados estatísticos;
- i) Executar outras atribuições afins.
- j) Cumprir e fazer cumprir os horários estabelecidos pela Direção da Unidade bem como as Ordens de Serviço, Rotinas, Protocolos, e outros instrumentos administrativos em vigor.

#### Técnico de Enfermagem

- a) Prestar assistência de enfermagem de caráter preventivo e/ou curativos internos da unidade, executar serviços de enfermagem especializados, ou de rotina, sob orientações de enfermeiro;
- b) Observar as prescrições médicas;
- c) Proceder à limpeza, conservação e assepsia do material, equipamento, instrumental e oxigênio em uso na unidade, proceder à esterilização de material e instrumental em uso;
- d) Aplicar injeções e soros, ministrar medicamento, administrar inalação terapêutica;
- e) Controlar sinais vitais, verificando a temperatura, pulso e respiração (T.P.R) e pressão arterial (P.A) anotando no prontuário;
- f) Fazer curativos e colher material para exames de laboratório;
- g) Registrar as ocorrências relativas ao paciente;
- h) Manter sigilo absoluto sobre tudo que se relacione com o paciente;

- i) Comunicar ao médico ou enfermeiro-chefe as ocorrências do estado do paciente, havidas na ausência do primeiro;
  - j) Cumprir as ordens de serviço oriundas das chefias imediatas;
  - k) Participar da organização do arquivo central da unidade, bem como dos arquivos dos programas específicos;
  - l) Executar e auxiliar na supervisão e no controle de material permanente, de consumo e no funcionamento de equipamentos;
  - m) Colaborar na elaboração de relatórios;
  - n) Proceder ao registro de dados estatísticos e dos procedimentos realizados;
  - o) Cumprir os horários estabelecidos pela Direção da Unidade bem como as Ordens de Serviço, Rotinas, Protocolos, e outros instrumentos administrativos em vigor;
- Obs: Estar legalmente habilitado para o exercício da função. Inscrito no COREN – SP

#### 4 – EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

O equipamento de proteção individual (EPI) deve ser usado quando se prevê uma exposição a material biológico e a produtos químicos tóxicos. Tem por objetivo a proteção do funcionário, podendo também ser utilizado na proteção do paciente ou de materiais que se esteja manipulando e se deseje garantir a não contaminação. A adequação do EPI está diretamente vinculada a atividade desenvolvida. São indicados nas áreas clínicas e de apoio diagnóstico. Deve-se almejar a proteção total quando se identifica um risco aumentado de exposição.

Tipos de EPI:

máscara cirúrgica – indicada para proteção da mucosa oro - nasal bem como para a proteção ambiental de secreções respiratórias do profissional.

máscara N95 – indicada para a proteção de doenças por transmissão aérea [tuberculose, varicela, sarampo e SARG (síndrome aguda respiratória grave)].

luva de borracha – proteção da pele à exposição de material biológico e produtos químicos. Deve possuir cano longo quando se prevê uma exposição até antebraço.



óculos de acrílico – proteção de mucosa ocular. Deve ser de material acrílico que não interfira com a acuidade visual do profissional e permita uma perfeita adaptação à face. Deve oferecer proteção lateral e com dispositivo que evite embaçar.

protetor facial de acrílico – proteção da face. Deve ser de material acrílico que não interfira com a acuidade visual do profissional e permita uma perfeita adaptação à face. Deve oferecer proteção lateral. Indicado durante limpeza mecânica de instrumentais (Central de Esterilização, Expurgos), área de necrópsia e laboratórios.

avental impermeável, capote de manga comprida – para a proteção da roupa e pele do profissional.

bota ou sapato fechado impermeável – proteção da pele do profissional, em locais úmidos ou com quantidade significativa de material infectante (centros cirúrgicos, expurgos, central de esterilização, áreas de necrópsia, situações de limpeza ambiental e outros).

gorro – proteção de exposição dos cabelos e couro cabeludo à matéria orgânica ou produtos químicos, bem como proteção ambiental a escamas do couro cabeludo e cabelos.

Para o manuseio de produtos químicos orienta-se:

Hipoclorito de sódio (1%) – máscara cirúrgica, luva de borracha de cano longo e avental impermeável.

Álcool a 70%- luva de borracha.

## 5 – HIGIENE E CONFORTO

### 5.1 TÉCNICA DE LAVAGEM DAS MÃOS

1. Retirar anéis, pulseiras e relógio.
2. Abrir a torneira e molhar as mãos sem encostar na pia. 7. Enxugar as mãos com papel toalha.
3. Colocar nas mãos aproximadamente 3 a 5 ml de sabão.
4. Ensaboar as mãos friccionando-as por aproximadamente 15 segundos.



5. Friccionar a palma, o dorso das mãos com movimentos circulares, espaços interdigitais, articulações, polegar, extremidades dos dedos e unhas.
6. Enxaguar as mãos retirando totalmente o resíduo do sabão.
7. Enxugar as mãos com papel toalha.
8. Fechar a torneira utilizando o papel toalha.

#### QUANDO LAVAR AS MÃOS

No início e no fim do turno de trabalho.

Antes de preparar medicação.

Antes e depois de contato com pacientes.

Antes e depois de manusear cateteres vasculares, sonda vesical, tubo orotraqueal e outros dispositivos.

Entre os diversos procedimentos realizados no mesmo paciente.

Após manipulação de material contaminado.

Após remoção de luvas.

Após usar sanitários, assoar nariz, manusear dinheiro.

Sempre que visualmente suja.

#### 5.2 CALÇAR E RETIRAR LUVAS

O procedimento de calçar um par de luvas estéril requer técnica correta, para evitar a contaminação da luva, fato este que pode ocorrer com facilidade, por isso requer muita atenção. Atenção, esta técnica sofre pequenas variações quando associadas ao uso de aventais estéreis, mas não foge da regra. As luvas estéreis devem ser utilizadas sempre que ocorrer a necessidade de manipulação de áreas estéreis. Existem vários procedimentos que exigem a utilização de luvas estéreis, entre eles os procedimentos cirúrgicos, aspiração endotraqueal, curativos extensos que se tornam difíceis realizar somente com o material de curativo.

Resumindo, em qualquer ocasião que for necessário o auxílio manual em locais estéreis ou em lesões, usa-se as luvas esterilizadas.



Podem ser encontradas nos tamanhos P, M ou G, ou até mesmo em tamanhos numeradas como 6.0, 6.5, 7.0 até 9.0. E pode variar de acordo com o fabricante.

Após realizar a lavagem correta das mãos (observar as indicações de qual lavagem utilizar), abra o pacote de luva sobre uma superfície limpa, e a altura confortável para sua manipulação.

Agora, prepare-se para calçar a luva na mão dominante. Com sua mão não-dominante, segure a luva pela face interna da luva (que vem dobrada propositalmente). Lembre-se: enquanto você estiver sem luvas, segure apenas pela face onde a luva irá entrar em contato com sua pele, ou seja, face interna.

Agora, introduza os dedos da mão dominante, calmamente, procurando ajustar os dedos internamente. Realize esta etapa da melhor maneira possível, mas não se preocupe se os dedos ficaram mau posicionados dentro da luva. Continue o procedimento mesmo com os dedos posicionados de forma errada (é muito arriscado tentar arrumar a posição dos dedos, você pode contaminá-la).

Após esta etapa, introduza até que sua mão entre completamente na luva, sempre segurando-a pela face interna da luva.

#### BANHO NO LEITO

Procedimento de limpeza da pele capaz de proporcionar conforto ao paciente:

- 1- Manter o cliente coberto durante o banho no leito, evitando desconforto e resfriamento.
- 2- Antes do início do banho, remover as sujidades.
- 3- O momento do banho pode ser usado para inspeção do corpo e algumas orientações podem ser ministradas nesse momento.

O EPI recomendado é avental plástico descartável e luva de látex, podendo ser alterado conforme as condições do cliente.

#### MATERIAL:



Avental plástico, Sabão em pedaço individual, 2 Luvas de procedimento (2 pares), Frasco com álcool à 70%, Balde e bacia esterilizados, Comadre, Roupas de cama, roupa de uso pessoal, toalha ou similar, Biombo, Hamper, Álcool glicerinado, 2 panos para banho

SEQUÊNCIA PROPOSTA:

- 1- Explicar o procedimento ao cliente.
- 2- Lavar as mãos.
- 3- Calçar luvas.
- 4- Vestir o avental plástico.
- 5- Soltar a roupa de cama.
- 6- Lavar a cabeça e fazer a barba se necessário.
- 7- Lavar os olhos, limpando-os no sentido da parte interna para a externa.
- 8- Lavar, enxaguar e enxugar o rosto, orelhas e pescoço.
- 9- Remover camisola ou camisa do pijama, mantendo o tórax protegido com a toalha/similar ou lençol protetor.
- 10- Lavar, enxaguar e enxugar o braço e a mão do lado distal para depois proximal.
- 11- Lavar, enxaguar e enxugar o tórax e abdome.
- 12- Cobrir a região limpa com o lençol de cobertura.
- 13- Lavar, enxaguar e enxugar as pernas.
- 14- Lavar os pés imergindo-os na bacia.
- 15- Enxugar os pés, especialmente os espaços interdigitais.
- 16- Posicionar o cliente em decúbito lateral.
- 17- Lavar, enxaguar e enxugar as costas, nádegas e cóccix.
- 18- Colocar forro limpo ou similar sob as costas.
- 19- Virar o cliente sobre a comadre.
- 20- Lavar a região perineal, com outro pano para banho e água limpa.
- 21- Posicionar o cliente em decúbito lateral.
- 22- Retirar a comadre.
- 23- Passar álcool glicerinado nas mãos enluvadas antes da pegar a roupa limpa.
- 24- Passar álcool 70% no colchão antes de proceder a troca das roupas.



- 25- Proceder arrumação do leito, conforme técnica, incluindo a fralda se necessário.
- 26- Vestir o cliente.
- 27- Pentear o cabelo do cliente.
- 28- Trocar a fronha.
- 29- Colocar as roupas usadas no hamper.
- 30- Encaminhar bacias, baldes e comadre para o expurgo.
- 31- Proceder a limpeza da unidade do paciente conforme técnica.
- 32- Retirar as luvas.
- 33- Lavar as mãos.
- 34- Checar a prescrição de enfermagem com o nome legível sobre o horário do procedimento realizado.
- 35- Realizar as anotações de enfermagem sobre as reações do cliente, condições de pele e movimentação no leito.

#### ASSEIO ÍNTIMO FEMININO

##### MATERIAL:

Pano de banho, sabonete para uso individual, Balde ou jarra com água morna, Comadre, Luva, Hamper, Biombo se necessário, Forro, Toalha ou similar

O EPI recomendado é avental plástico descartável e luva de látex, podendo ser necessário a inclusão de outros equipamentos, conforme a situação do cliente.

##### SEQUÊNCIA PROPOSTA:

- 1- Calçar luvas.
- 2- Colocar o hamper próximo ao leito.
- 3- Colocar a cliente em posição ginecológica.
- 4- Colocar forro sob a região perineal.
- 5- Posicionar a cliente sobre a comadre.
- 6- Lavar a região perineal com água e sabão no sentido de cima para baixo e ântero posterior, deixando o ânus por último.
- 7- Enxaguar com água limpa.



- 8- Enxugar a região.
- 9- Retirar a comadre.
- 10- Retirar o forro.
- 11- Retirar luvas.
- 12- Lavar as mãos.
- 13- Checar a prescrição de enfermagem, escrevendo o nome legível sobre o horário em que o procedimento foi realizado.
- 14- Realizar as anotações de enfermagem sobre as reações do paciente durante o procedimento.

#### ASSEIO ÍNTIMO MASCULINO

##### MATERIAL:

Pano de banho, Sabonete individual, Balde ou jarra com água morna, Comadre, Luva, Hamper, Biombo se necessário, Forro, Toalha ou similar

O EPI recomendado é avental plástico descartável e luva de látex, podendo ser incluído outros equipamentos dependendo das condições do cliente.

##### SEQUÊNCIA PROPOSTA:

- 1- Explicar o procedimento ao cliente.
- 2- Lavar as mãos.
- 3- Calçar luvas.
- 4- Colocar o hamper próximo ao leito.
- 5- Posicionar o cliente, expondo somente a área necessária.
- 6- Colocar forro sob a região glútea.
- 7- Colocar comadre sob região glútea.
- 8- Lavar a região com água e sabão, afastando o prepúcio, ensaboando o meato urinário, prepúcio, glândula e depois o corpo do pênis por último o ânus.
- 9- Enxaguar a região com água limpa.
- 10- Enxugar a região.
- 11- Retirar a comadre.



- 12- Retirar o forro.
- 13- Retirar luvas.
- 14- Lavar as mãos.
- 15- Checar a prescrição de enfermagem com o nome legível de quem realizou o procedimento sobre a hora determinada.
- 16- Realizar as anotações de enfermagem sobre as reações do cliente.

#### APLICAÇÃO DE CALOR E FRIO

##### TIPO DE APLICAÇÕES:

SECO: bolsa térmica

ÚMIDO: banho e compressa

O EPI recomendado depende das condições do cliente.

##### PRINCÍPIOS GERAIS RELACIONADOS À APLICAÇÕES SECAS:

- 1- As bolsas térmicas precisam ser inspecionadas quanto à integridade da tampa e vedação.
- 2- A bolsa térmica pode ser usada com gelo ou água quente, devendo ser preenchida de  $\frac{1}{3}$  a  $\frac{2}{3}$  de sua capacidade, dependendo da região a ser aplicada, para proporcionar contato homogêneo.
- 3- A bolsa térmica com água quente deve ser apoiada em uma superfície plana para retirada de todo o ar de seu interior, evitando aumento da pressão interna.
- 4- As aplicações de bolsa térmica devem ser inspecionadas frequentemente quanto a temperatura da água e aspecto da pele no local para evitar queimaduras.
- 5- As bolsas térmicas devem ser protegidas com tecido, evitando contato direto com a pele.
- 6- A bolsa térmica não deve ser aplicada em locais que resultem em compressão, pois pode ocorrer extravasamento.
- 7- A bolsa térmica deve ser guardada limpa e seca com ar em seu interior, para evitar colapamento de suas paredes.



8- As aplicações de calor seco através de foco de luz artificial deverão obedecer a uma distância necessária para não haver queimaduras, dependendo da tolerância do cliente e potência da lâmpada.

9- As aplicações de calor ou frio seco deverão ter duração máxima de 30 minutos, para não comprometer a circulação local.

#### PRINCÍPIOS GERAIS RELACIONADOS À APLICAÇÕES ÚMIDAS:

1- As aplicações de compressas frias devem ser realizadas nas seguintes regiões: fronto-temporal, axilar e inguinal, devido a presença de vasos calibrosos superficiais, favorecendo a liberação de calor para redução da temperatura.

2- As aplicações úmidas devem ter duração de 15 a 20 minutos, para não comprometer a circulação e a integridade da pele.

3- As aplicações de compressas frias podem ser realizadas com solução de água e álcool, sendo metade de cada um.

4- Durante a aplicação de compressas frias, deve ser realizado rodízio dos locais, molhando várias vezes as compressas na solução.

#### TRANSPORTE DE PACIENTES

Do leito para a maca com auxílio de um lençol.

1- Soltar o lençol da cama.

2- Trazer o cliente para um dos lados da cama com auxílio do lençol.

3- Posicionar o cliente em decúbito lateral (de costas para a maca)

4- Colocar a maca paralela ao leito e travá-la.

5- Proteger o espaço entre a maca e a cama com cobertor ou lençol.

6- Colocar a prancha deslizante com a costura em uma das bordas

7- Posicionar o corpo do paciente sobre o lençol, parcialmente sobre a prancha deslizante.

8- Posicionar os pés sobre o lençol em cima da prancha deslizante.

9- As quatro pessoas posicionadas de modo a uma apoiar a cabeça, segurando a parte superior do lençol, outra a parte inferior, a terceira e a quarta pessoa, seguram o lençol do lado oposto (atrás da maca) puxando o paciente sobre o deslizante através do lençol.

10- Após a transferência, proceder a desinfecção da prancha deslizante através de fricção de um pano limpo embebido em álcool 70% em toda a superfície.

A finalidade da prancha é diminuir a força exercida na coluna lombar dos participantes na transferência.

Esse procedimento deve ser realizado na transferência da maca para o leito, invertendo-se o sentido.

Do leito para a cadeira de rodas quando o cliente auxilia:

- 1- Sentar o cliente na beira da cama.
- 2- Colocar a cadeira com as costas para o pé da cama, ao lado da mesma.
- 3- Travar as rodas da cadeira.
- 4- Levantar o apoio dos pés da cadeira.
- 5- Calçar o cliente.
- 6- Solicitar ao cliente que levante apoiando no ombro do funcionário, que o segura pela cintura.
- 7- Virar e sentar o cliente na cadeira.
- 8- Certificar-se do conforto e segurança do cliente.

Do leito para a cadeira de rodas (cliente incapacitado):

- 1- Elevar a cabeceira da cama.
- 2- Colocar a cadeira paralela ao leito, com as costas para a cabeceira do leito.
- 3- Travar as rodas.
- 4- Uma pessoa segura o cliente passando o antebraço pela região axilar, e a segunda apoia as regiões posteriores do joelho e perna.
- 5- Colocar o cliente na cadeira

## 6 – CONTROLES

### 6.1 PRESSÃO ARTERIAL:



**DEFINIÇÃO:** Pressão que o sangue exerce na parede da artéria. A pressão diastólica ocorre durante o relaxamento do ventrículo esquerdo, indicando a resistência dos vasos sanguíneos (60 a 80 mmHg.).

Os fatores determinantes são: força de contração do coração, resistência periférica, volume de sangue circulante, viscosidade do sangue e elasticidade da parede do vaso.

A pressão sistólica é a pressão máxima produzida durante a contração do ventrículo esquerdo. (90 a 140 mmHg.).

A pressão diastólica ocorre durante o relaxamento do ventrículo esquerdo, indicando a resistência dos vasos sanguíneos (60 a 80 mmHg.).

Pressão de pulso é a diferença numérica entre a medida da pressão sistólica e a medida da pressão diastólica.

A proporção entre as pressões sistólica, diastólica e pulso é 3;2;1 Ex. 12/8/4.

#### PRINCÍPIOS GERAIS:

- 1- O indivíduo deve estar em repouso ou isento de fatores estimulantes, (frio, fumo, tensão, álcool), por 10 minutos antes da verificação, para que o resultado seja fidedigno.
  - 2- O manguito deve estar posicionado 3 cm acima da prega do cotovelo.
  - 3- O membro deve ser posicionado no nível do coração.
  - 4- A desinfecção das olivas do estetoscópio e do diafragma do estetoscópio deve ser realizada com álcool.
- 70% através de fricção antes e após cada verificação.
- 5- O tamanho do manguito deve ser proporcional à circunferência do membro a ser verificado a pressão arterial.
  - 6- As regiões de verificação da pressão arterial são: terço médio do braço (artéria braquial) e coxa (artéria poplítea).
  - 7- A pressão arterial não pode ser verificada em membros com fístula arteriovenosa e cateteres venosos, evitando a obstrução por estase sanguínea.
  - 8- Em situações que seja necessário repetir a verificação, esgotar o ar do manguito e aguardar 20 a 30 segundos para restabelecer a circulação normal.

**MATERIAL:**

Esfigmomanômetro, Estetoscópio, Algodão embebido em álcool 70%

**SEQUÊNCIA PROPOSTA:**

- 1- Lavar as mãos.
- 1- Posicionar o cliente confortavelmente com o antebraço apoiado e a palma da mão para cima.
- 2- Posicionar o esfigmomanômetro próximo ao cliente.
- 3- Escolher o manguito adequado ao cliente.
- 4- Envolver o braço do cliente com o manguito.
- 5- Localizar a artéria braquial no espaço ante cubital (se a verificação for no membro superior).
- Colocar o estetoscópio sobre a artéria.
- 6- Fechar a pêra e insuflar até 20 mm acima do local onde desapareceu o som.
- 7- Abrir a válvula na mesma velocidade de insuflação.
- 8- Observar o valor onde ocorreu o primeiro ruído (anote o valor como pressão sistólica).
- 9- Continue observando o manômetro até ouvir o último ruído (anote o valor como pressão diastólica).
- 10- Remover o ar do manguito.
- 11- Retirar o manguito.
- 12- Friccionar as olivas e o diafragma do estetoscópio com álcool 70%.
- 13- Lavar as mãos.

**6.2 PULSO**

**DEFINIÇÃO:** O pulso que se palpa em qualquer local do organismo é causado pela contração do ventrículo esquerdo, que impele uma certa quantidade de sangue para dentro da artéria aorta, que para acomodar-se ao volume de sangue, distende-se quando os ventrículos relaxam e retrai-se a seguir, deslocando o sangue para dentro da



artéria. A onda de sangue no interior das artérias elásticas, causa uma distensão e uma retração ao longo do trajeto das artérias. Essa onda que se palpa é o pulso.

#### PRINCÍPIOS GERAIS:

1- A pulsação deve ser verificada durante um minuto, para possibilitar a identificação de alterações.

2- O executante deve utilizar o dedo indicador e médio na verificação, para não confundir com a sua própria pulsação.

3- O valor normal da pulsação no indivíduo adulto é de 60 a 80 batimentos por minuto.

4- As características mais comuns a serem observadas no pulso:

Regular: intervalos entre os batimentos são iguais.

Irregular: intervalo entre os batimentos são desiguais.

Taquicárdico: frequência aumentada.

Bradi cárdico: frequência diminuída.

Fraco/ Débil/ Filiforme: redução na força ou volume do pulso periférico, facilmente desaparece à compressão.

Forte: aumento na força ou volume do pulso periférico, difícil de desaparecer à compressão.

5- Fatores que podem modificar a frequência do pulso: emoções (medo, angústia e alegria); dor; atividade física; alteração da temperatura; ingestão de uma refeição; idade; drogas; repouso prolongado; obesidade; gravidez; doenças; hipóxia.

6- O pulso apical é o verificado através da ausculta com estetoscópio sobre a ponta do coração.

7- Os locais mais usados para verificação são nas artérias: radial, braquial, carótida, poplítea, pediosa, temporal e femoral.

8- O pulso não pode ser verificado em locais comprometidos por problemas neurológicos, fístulas artéria - venosas ou qualquer outro problema que afete a circulação local.

O EPI a ser utilizado depende das condições do paciente.



MATERIAL:

- Relógio com ponteiro de segundos.

SEQUÊNCIA PROPOSTA:

- 1- Lavar as mãos.
- 2- Explicar o procedimento ao cliente.
- 3- Identificar artéria a ser verificado o pulso.
- 4- Localizar o pulso com o dedo indicador ou médio.
- 5- Contar as pulsações durante um minuto.
- 6- Anotar o dado obtido na ficha de controle.
- 7- Lavar as mãos.

### 6.3 RESPIRAÇÃO

DEFINIÇÃO: A verificação da frequência respiratória é o número de ventilações, (uma inspiração mais uma expiração), que ocorre em um minuto.

PRINCÍPIOS GERAIS:

- 1- As características a serem observadas na respiração são: frequência, profundidade e ritmo, sendo:

Eupneia: frequência profundidade e ritmo apropriado à idade.

Dispneia: respiração difícil.

Taquipneia: frequência aumentada.

Bradipneia: frequência diminuída.

Apneia: ausência de respiração.

Hiperventilação: aumento na frequência e profundidade.

Hipoventilação: diminuição na frequência e profundidade.

Hiperpneia: aumento da profundidade com frequência normal.

Respiração CHEYNE-STOKES: ciclo de ventilação com aumento da frequência e profundidade até determinado ponto, depois diminui a frequência e profundidade, seguido de um período de apneia (20 segundos). O ciclo da respiração dura em média 30 a 40 segundos antes de cada episódio de apneia está relacionada ao aumento da



pressão intracraniana, insuficiência cardíaca congestiva, doença renal, excesso de droga, meningite.

Respiração KUSSMAUL: aumento na frequência e profundidade, respiração difícil, arfante. Tem relação com acidose metabólica e insuficiência renal.

2- Os fatores que afetam a frequência respiratória: emoções; temperatura corporal; idade; concentração de CO<sub>2</sub> e Hidrogênio no sangue; diminuição do volume sanguíneo; gravidez; doenças inflamatórias e dor.

3- O padrão respiratório normal inclui intervalo regular, simetria na elevação do tórax, ausência de esforço e ruído.

4- A frequência respiratória no indivíduo normal adulto é 16 a 20 movimentos por minuto.

5- A verificação da respiração deve ser realizada durante um minuto, dado a possibilidade de alterações.

#### MATERIAL:

Relógio com ponteiro de segundos

#### SEQUÊNCIA PROPOSTA:

- 1- Lavar as mãos.
- 2- Explicar o procedimento ao cliente.
- 3- Posicionar o cliente com o braço apoiado confortavelmente.
- 4- Colocar os dedos no pulso do cliente.
- 5- Contar os movimentos respiratórios (inspiração e expiração) durante um minuto.
- 6- Anotar frequência na ficha de controles
- 7- Realizar a anotação de enfermagem sobre as características constatadas.

#### 6.4 – TEMPERATURA (Princípios)

DEFINIÇÃO: A temperatura corporal é a medida da concentração de calor no corpo. A temperatura interna guarda diferenças em relação à temperatura externa do corpo.

#### PRINCÍPIOS GERAIS:

1- A desinfecção do termômetro deve ser realizada com algodão embebido em álcool 70%, no sentido do pedúnculo para o bulbo.

2- Antes da verificação o nível da coluna de mercúrio deve ser baixado abaixo de 35°C.

3- Os valores da temperatura normal em adultos podem ser considerados dependente do local de verificação, sendo:

Axilar: 35,8 à 37°C

Oral: 36,3 a 37,4°C

Retal: 37 à 38°C

#### 6.4.1 Temperatura axilar

##### MATERIAL:

Bolas de algodão embebida em álcool a 70%, Termômetro.

O EPI a ser utilizado depende das condições do paciente.

##### PROCEDIMENTO:

- 1- Lavar as mãos.
- 2- Orientar o cliente sobre o procedimento.
- 3- Descer a coluna de mercúrio para 35 graus.
- 4- Enxugar delicadamente a axila e inserir o termômetro perpendicularmente à axila.
- 5- Solicitar ao cliente para fixar o braço de encontro ao corpo sobre o tórax, se possível.
- 6- Retirar o termômetro após 7 a 10 minutos.
- 7- Proceder a leitura.
- 8- Retornar a coluna de mercúrio.
- 9- Desinfetar o termômetro através de fricção com álcool 70%.
- 10- Lavar as mãos.
- 11- Checar a prescrição de enfermagem, escrevendo o nome legível, sobre o horário em que o procedimento foi realizado.
- 12- Registrar o dado obtido na ficha de controles.

#### 6.4.2 Temperatura Oral

**MATERIAL:**

Termômetro, Recipiente com bolas de algodão com álcool 70%

**SEQUÊNCIA PROPOSTA:**

- 1- Lavar as mãos.
- 1- Certificar-se de que o cliente não fumou, realizou higiene oral ou ingeriu alimentos quentes nos últimos 30 minutos.
- 2- Acomodar o cliente em decúbito dorsal.
- 3- Descer a coluna de mercúrio do termômetro está abaixo de 35 graus.
- 4- Introduzir o termômetro sob a língua e deslizá-lo lentamente ao longo da linha da gengiva, em direção à porção posterior da boca.
- 5- Solicitar ao cliente, que seque os lábios ao redor do termômetro.
- 6- Retirar o termômetro após cinco minutos.
- 7- Realizar a leitura.
- 8- Lavar o termômetro com água e sabão.
- 9- Desinfetar o termômetro através de fricção com álcool à 70%.
- 10- Retornar a coluna de mercúrio.
- 11- Lavar as mãos.
- 12- Realizar a anotação do dado obtido na ficha de controles.
- 13- Checar a prescrição de enfermagem, escrevendo o nome legível sobre o horário em que o procedimento foi realizado.

**6.4.3 Temperatura Retal**

**MATERIAL:**

Termômetro, Lubrificante (vaselina líquida), Luvas, Biombo, Recipiente com bolas de algodão com álcool 70%

O EPI recomendado é luva de látex, podendo ser necessário o uso de outros equipamentos, dependendo da situação do cliente.

**SEQUÊNCIA PROPOSTA:**



- 1- Lavar as mãos.
- 2- Explicar o procedimento ao cliente.
- 3- Acomodar o cliente em decúbito lateral esquerdo
- 4- Observar se a coluna de mercúrio está abaixo de 35 graus.
- 5- Calçar luva.
- 6- Lubrificar a ponta a ser introduzida.
- 7- Solicitar ao cliente que inspire durante a introdução.
- 8- Introduzir o termômetro no ânus por aproximadamente 4cm.
- 9- Permanecer segurando o termômetro.
- 10- Retirar o termômetro após dois minutos.
- 11- Realizar a leitura.
- 12- Anotar o dado obtido na ficha de controle.
- 13- Colocar o termômetro em solução de hipoclorito de sódio 1% por 30 minutos.
- 14- Retirar a luva.
- 15- Lavar as mãos.
- 16- Enxaguar o termômetro em água corrente.
- 17- Enxugar o termômetro.
- 18- Retornar a coluna de mercúrio.
- 19- Checar a prescrição de enfermagem, escrevendo o nome legível sobre o horário em que o procedimento foi realizado.

## 6.5 VERIFICAÇÃO DE PESO E ALTURA

### PRINCÍPIOS GERAIS:

- 1- A balança precisa ser aferida antes do uso.
- 2- A verificação do peso e altura do cliente internado deve obedecer a uma rotina de horário, sendo preferencialmente em jejum, para possibilitar a avaliação das alterações.

### MATERIAL:

Balança antropométrica, Papel toalha.

### SEQUÊNCIA PROPOSTA:

- 1- Conferir a aferição da balança.



- 2- Forrar o piso da balança com papel toalha.
- 3- Solicitar ao cliente para retirar sapatos e roupas pesadas.
- 4- Posicionar o cliente de frente para a escala.
- 5- Constatar o peso.
- 6- Posicionar o cliente de costas para a escala e olhando para a frente.
- 7- Constatar a estatura.

## 7- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS – NORMAS GERAIS

### PRINCÍPIOS GERAIS:

- 1- Todo medicamento a ser administrado deve ser prescrito pelo médico.
- 2- As mãos devem ser higienizadas, conforme técnica pré- procedimento invasivo, antes do início do preparo dos medicamentos.
- 3- As mãos devem ser higienizadas conforme técnica básica ou com álcool glicerinado, antes e após administração dos medicamentos em cada paciente.
- 4- As prescrições médicas devem ser identificadas com data, nome do cliente, número do registro, nome do medicamento, via de administração, dosagem, frequência e assinatura do médico.
- 5- O nome da enfermaria e número do leito devem ser acrescentados na identificação da prescrição médica, dos pacientes internados.
- 6- O local de preparo de medicamentos deve ser mantido organizado e limpo (álcool 70%).
- 7- O profissional de enfermagem não deve fumar, alimentar-se ou ingerir líquidos, bem como manter plantas, alimentos, bebidas e medicamentos de uso pessoal na área de preparo e administração de medicamentos. (resolução RDC n.45 de 12 de março de 2003 da ANVISA).
- 8- Antes do preparo, certificar-se das condições de conservação do medicamento: sinais de decomposição, turvação, deterioração, precipitação, data de validade e outros.
- 9- O preparo e a administração devem seguir técnica asséptica e a regra dos 5 certos:
  - Cliente certo



- Via certa
  - Dose certa
  - Horário certo
  - Medicamento certo
- 10- Os medicamentos que não forem administrados devem ter o horário circulado na folha de prescrição médica e justificado na anotação de enfermagem.
- 11- Antes de administrar o medicamento, certificar-se do nome completo do paciente.
- 12- Medicamentos sem rótulo, com prazo de validade vencido e em má condição de conservação, devem ser desprezados.
- 13- O rótulo do medicamento deve ser lido 3 (três) vezes antes do preparo
- Antes de retirar do recipiente.
  - Antes de preparar o medicamento
  - Antes de guardar o recipiente
- 14- Durante o preparo, não conversar evitando contaminação e desvio da atenção.
- 15- A prescrição deve ser mantida à vista do executante.
- 16- Em situações de dúvida, nunca administrar o medicamento até esclarecê-la.
- 17- Se o preparo e distribuição de medicamentos não forem individualizados, os recipientes e seringas devem ser identificados com: nº do leito, nome do cliente, via, nome do medicamento.
- 18- Medicamentos fotossensíveis devem ser protegidos da luz.
- 19- O medicamento ministrado deve ser checado imediatamente na prescrição médica sobre o respectivo horário, com o nome de quem ministrou.
- 20- O cliente deve ser orientado quanto ao nome do medicamento, sua ação, modo de administração e efeitos colaterais.

#### 7.1 VIA ORAL

##### PRINCÍPIOS GERAIS:

- 1- Antes de preparar, certificar se há prescrição de jejum ou restrição hídrica.
- 2- O manuseio de frascos deve ser de forma a evitar danos ao rótulo.





3- Não retornar medicamento para o frasco de origem.

#### 7.1.1 CLIENTE COM Sonda NASOGÁSTRICA

##### PRINCÍPIOS GERAIS:

- 1- Lavar as mãos.
- 2- Calçar a luva.
- 3- Certificar-se da localização da sonda através dos testes estabelecidos.
- 4- Manter a cabeceira elevada durante e após a administração por 30 minutos
- 5- O medicamento, em estado não líquido, deve estar triturado, dissolvido em água e ministrado separadamente.
- 6- Os medicamentos devem ser injetados individualmente através de seringa conforme prescrição médica.
- 7- Após a administração de medicamentos, injetar água para evitar obstrução da sonda e propiciar o aproveitamento total do medicamento.
- 8- Manter a sonda fechada por 30 minutos evitando o refluxo do medicamento, favorecendo total absorção.
- 9- Lavar as mãos.
- 10- Checar na prescrição médica escrevendo o nome legível do executante e a hora em que foi ministrado o medicamento.

O EPI recomendado é luva de látex e óculos de sobrepor, podendo ser necessário o uso de outros equipamentos de proteção individual, conforme as condições do cliente.

#### 7.1.2 COMPRIMIDOS, CÁPSULAS, DRÁGEAS e SOLUÇÕES LÍQUIDAS

##### MATERIAL:

Medicamento prescrito, Recipiente descartável

##### SEQUÊNCIA PROPOSTA:

- 1- Lavar as mãos.
- 2- Verificar a prescrição médica.
- 3- Identificar o medicamento prescrito de acordo com a apresentação.



- 4- Colocar o medicamento em copo descartável.
- 5- Identificar o cliente.
- 6- Orientá-lo sobre o medicamento a ser administrado.
- 7- Verificar as condições de deglutição do cliente.
- 8- Posicionar o cliente de forma favorável à deglutição.
- 9- Administrar a medicação sem tocá-la com as mãos.
- 10- Verificar se a medicação foi deglutida.
- 11- Lavar as mãos.
- 12- Checar na prescrição médica com o nome do executante sobre a hora em que foi ministrado o medicamento.

#### 7.1.3 GOTAS, XAROPE E SUSPENSÃO

##### MATERIAL:

Medicamento prescrito, Recipiente descartável.

##### SEQUÊNCIA PROPOSTA:

- 1- Lavar as mãos.
- 2- Verificar a prescrição médica.
- 3- Identificar o medicamento prescrito.
- 4- Agitar o frasco antes do uso.
- 5- Colocar o medicamento em copo descartável.
- 6- Identificar o cliente.
- 7- Orientar o cliente sobre a medicação a ser administrada.
- 8- Posicionar o cliente em posição favorável à deglutição.
- 9- Solicitar ao cliente para deglutir a medicação.
- 10- Certificar-se que a medicação foi deglutida.
- 11- Lavar as mãos.
- 12- Checar na prescrição médica com o nome do executante sobre a hora em que foi ministrado o medicamento.

#### 7.2 VIA SUBLINGUAL



O EPI recomendado é luva de látex e óculos de sobrepor, podendo ser necessário o uso de outros equipamentos, conforme a condição do cliente.

PRINCÍPIOS GERAIS:

- 1- Antes da administração do medicamento fornecer água para remoção de resíduos alimentares, se possível.
- 2- O medicamento deve ser colocado sob a língua, orientando o paciente a não o deglutir até dissolução.
- 3- Checar a prescrição médica escrevendo o nome legível do executante e a hora em que foi ministrado o Medicamento.

### 7.3 VIA RETAL

PRINCÍPIOS GERAIS:

- 1- Manter o cliente lateralizado ou em posição de Sims (decúbito lateral esquerdo) para facilitar a introdução do medicamento.
- 2- Orientar o cliente para reter o medicamento.
- 3- Clientes com diarreia é contraindicado a administração de medicamentos por essa via.
- 4- Checar a prescrição médica, escrevendo o nome sobre o horário em que o medicamento foi ministrado.

O EPI recomendado é luva de látex e óculos de sobrepor e avental plástico, podendo ser necessário o uso de outros equipamentos, conforme a condição do cliente.

### 7.4 VIA RESPIRATÓRIA INSTILAÇÃO NASAL

PRINCÍPIOS GERAIS:

- 1- Frasco com medicamento e conta- gota são de uso individual.
- 2- Evitar que o conta- gota toque a mucosa nasal.

O EPI recomendado é luva de látex e óculos de sobrepor, podendo ser necessário o uso de outros equipamentos, conforme a condição do cliente.

MATERIAL:

Gazes, Medicamento prescrito.



SEQUÊNCIA PROPOSTA:

- 1- Verificar a prescrição médica.
- 2- Identificar o medicamento prescrito.
- 3- Individualizar o conta-gotas.
- 4- Identificar o cliente.
- 5- Orientar o cliente quanto ao medicamento a ser administrado.
- 6- Posicionar o cliente em decúbito dorsal, com hiperextensão do pescoço.
- 7- Introduzir o conta-gotas e instilar o medicamento, conforme prescrição médica, diretamente no fundo da cavidade nasal.
- 8- Limpar o excesso de medicamento com gazes.
- 9- Orientar o cliente para permanecer alguns minutos em decúbito dorsal.
- 10- Lavar as mãos.
- 11- Checar na prescrição médica escrevendo o nome legível do executante e a hora em que foi ministrado o medicamento.

7.5 VIA RESPIRATÓRIA INALAÇÃO

PRINCÍPIOS GERAIS:

- 1- Inalação\ nebulização com medicamentos é prescrição médica.
- 2- Na instalação, verificar a formação de névoa para garantir o efeito satisfatório.
- 3- A orientação do cliente deve ser feita no sentido de inspirar pelo nariz e expirar pela boca, para melhor resultado.
- 4- A desinfecção dos inaladores deve ser feita, após cada uso inalação na CME.
- 5- A extensão de PVC, quando em uso, deve ser desinfetada externamente uma vez por semana com álcool a 70% através de fricção.

MATERIAL:

Inalador com medicação ou água destilada, Lenço de papel, Fio intermediário.

O EPI recomendado é conforme as condições do paciente.

SEQUÊNCIA PROPOSTA:

- 1- Lavar as mãos.
- 1- Verificar prescrição médica.
- 2- Preparar o inalador conforme prescrição médica.
- 3- Identificar o cliente.
- 4- Orientar o cliente.
- 5- Posicionar o cliente em Fowler ou sentado preferencialmente.
- 6- Instalar o inalador em ar comprimido ou oxigênio, conforme prescrição médica.
- 7- Solicitar ao cliente que respire profundamente pelo nariz e expire pela boca.
- 8- Sustentar o inalador, caso o paciente esteja impossibilitado, e inspecionar o procedimento.
- 9- Oferecer lenço de papel para tosse ou escarro.
- 10- Desligar o inalador.
- 11- Encaminhar o inalador para desinfecção.
- 12- Lavar as mãos.
- 13- Checar na prescrição médica escrevendo o nome legível do executante e a hora em que foi ministrado o medicamento.

#### 7.6 VIA AURICULAR

##### PRINCÍPIO GERAL:

- 1- O frasco de medicação e conta- gota deve ser de uso individual para evitar infecção cruzada.

##### MATERIAL:

Frasco de remédio com conta-gotas.

O EPI recomendado é luva de látex e óculos de sobrepor, podendo ser necessário o uso de outros equipamentos, conforme a condição do cliente

##### SEQUÊNCIA PROPOSTA:

- 1- Verificar prescrição médica.
- 2- Identificar o medicamento prescrito de acordo com a apresentação.
- 3- Identificar o cliente.



- 4- Orientar o cliente.
- 5- Posicionar o cliente em decúbito lateral.
- 6- Instilar o medicamento conforme dose prescrita.
- 7- Orientar o cliente para permanecer em decúbito lateral por alguns minutos.
- 8- Proceder a instilação do lado oposto se prescrito.
- 9- Lavar as mãos.
- 10- Checar na prescrição médica escrevendo o nome legível do executante e a hora em que foi ministrado o medicamento.

#### 7.7 VIA CUTÂNEA OU TÓPICA

O EPI recomendado é luva de látex, podendo ser necessário o uso de outros equipamentos, conforme a condição do cliente

##### PRINCÍPIOS GERAIS:

- 1- Antes de aplicar o medicamento, verificar se a pele está limpa e seca.
- 2- Testes de sensibilidade são indicados anteriormente à aplicação.
- 3- A aplicação deve ser feita delicadamente sem massagem ou fricção, apenas se indicado.
- 4- Lavar as mãos.
- 5- Checar na prescrição médica escrevendo o nome legível do executante sobre a hora em que foi ministrado o medicamento.

#### 7.8 VIA VAGINAL

##### PRINCÍPIOS GERAIS:

- 1- Lavar as mãos.
- 2- Antes da aplicação, realizar a higiene íntima(externa).
- 2- Usar luva de procedimento não estéril como proteção individual.
- 4- O aplicador e o medicamento devem ser de uso individual.
- 5- A introdução do aplicador deve ser de aproximadamente 10 cm. e de forma delicada, com a cliente em posição ginecológica.

6- As aplicações vaginais devem ser realizadas preferencialmente à noite, para maior contato e absorção do medicamento.

7- Clientes com hímen íntegro utilizar aplicador especial.

8- Lavar as mãos após aplicação.

9- Checar na prescrição médica escrevendo o nome legível do executante e a hora em que foi ministrado o medicamento.

O EPI recomendado é luva de látex, óculos de sobrepor, podendo ser necessário o uso de outros equipamentos, conforme a condição do cliente.

## 7.9 VIA OCULAR

### PRINCÍPIOS GERAIS:

1- O frasco de medicamento com conta-gotas e os tubos de pomada devem ser de uso individual.

2- Se houver secreção ocular, providenciar a higiene com gaze antes de aplicar o medicamento.

### MATERIAL:

Medicamento prescrito com conta gotas, Gazes, Luva para procedimento não estéril

O EPI recomendado é luva de látex, podendo ser necessário o uso de outros equipamentos, conforme a condição do cliente.

### SEQUÊNCIA PROPOSTA:

1- Lavar as mãos.

2- Verificar prescrição médica.

3- Identificar o medicamento prescrito de acordo com a apresentação.

4- Identificar o cliente.

5- Calçar a luva. 2- A vacina BCG intradérmica, por padronização universal, é aplicada na área de inserção inferior do deltoide direito e a limpeza da pele deve ser feita com água e sabão para não interferir na ação da droga.

6- Explicar o procedimento ao cliente.

7- Posicionar o cliente em decúbito dorsal, com hiperextensão do pescoço, olhando para cima.



- 8- Aplicar o medicamento na conjuntiva ocular, abaixando a pálpebra inferior, sem tocar a membrana ocular.
- 9- Solicitar ao cliente que feche os olhos para dispersar o medicamento.
- 10- Limpar a região periorbital com gaze.
- 11- Retirar a luva
- 12- Lavar as mãos.
- 13- Checar na prescrição médica escrevendo o nome legível do executante e a hora em que foi ministrado o medicamento.

#### 7.10 VIA INTRADÉRMICA

##### PRINCÍPIOS GERAIS:

- 1- Locais de aplicação: face interna do antebraço ou região escapular, locais com menor pilosidade, pigmentação e distante de vasos sanguíneos.
- 2- A vacina BCG intradérmica, por padronização universal, é aplicada na área de inserção inferior do deltoide direito e a limpeza da pele deve ser feita com água e sabão para não interferir na ação da droga.
- 3- O volume a ser administrado não deve ultrapassar de 0,25ml devido a pequena expansibilidade.
- 4- Ao final da administração do medicamento, não pressionar ou friccionar o local da Punção.

##### MATERIAL:

Uma agulha 25/8, Uma agulha 13/4, uma seringa de 1 ml, Algodão com álcool 70%, Medicamento prescrito.

O EPI recomendado é luva de látex e óculos de sobrepor, podendo ser necessário o uso de outros equipamentos, conforme a condição do cliente.

##### SEQUÊNCIA PROPOSTA:

- 1- Verificar a prescrição médica.
- 2- Identificar o recipiente com o medicamento prescrito.





- 3- Aspirar o medicamento na dose prescrita.
- 4- Trocar a agulha por uma 13x4.
- 5- Identificar o cliente.
- 6- Orientar o cliente.
- 7- Escolher o local de aplicação.
- 8- Calçar luva para procedimento não estéril.
- 9- Proceder a assepsia local com álcool 70%.
- 10- Fixar a pele com uma das mãos.
- 11- Introduzir a agulha num ângulo de aproximadamente 15 graus, com o bisel para cima, ficando visível através da pele.
- 12- Injetar o medicamento lentamente, quando surgirá uma pápula.
- 13- Retirar a agulha.
- 14- Não desconectar a agulha da seringa antes de descartar em local próprio para perfurocortantes.
- 15- Não friccionar o local nem utilizar algodão embebido em álcool.
- 16- Retirar a luva.
- 17- Lavar as mãos.
- 18- Checar na prescrição médica escrevendo o nome legível do executante e a hora em que foi ministrado o medicamento.

#### 7.11 VIA SUBCUTÂNEA

##### PRINCÍPIOS GERAIS:

- 1- O ângulo a ser posicionada a agulha, depende da constituição do subcutâneo do cliente e do tamanho da agulha, para não ultrapassar o tecido (45 ou 90 graus).
  - 2- Locais de aplicação: face externa do braço, região glútea, face anterior externa da coxa, região periumbilical, região escapular, região infra mamária e flanco direito ou esquerdo.
  - 3- O volume a ser administrado não deve ultrapassar 2ml.
- O EPI recomendado é luva de látex e óculos de sobrepor, podendo ser necessário o uso de outros equipamentos, conforme a condição do cliente.



**MATERIAL:**

Uma agulha 25/7, Uma agulha 13/4, uma seringa, Algodão com álcool 70%

**SEQUÊNCIA PROPOSTA:**

- 1- Lavar as mãos.
- 2- Verificar a prescrição médica.
- 3- Identificar o recipiente com o medicamento.
- 4- Aspirar o medicamento na dose prescrita.
- 5- Trocar a agulha por uma 13x4 preferencialmente.
- 6- Identificar o cliente.
- 7- Orientar o cliente.
- 8- Escolher o local de aplicação.
- 9- Calçar luva para procedimento não estéril.
- 10- Proceder a antisepsia local com bola de algodão embebida em álcool 70%.
- 11- Esticar a pele no local de aplicação.
- 12- Introduzir a agulha num ângulo de 90 graus.
- 13- Aspirar para descartar a possibilidade de ter puncionado um vaso sanguíneo.
- 14- Injetar o medicamento lentamente.
- 15- Retirar a agulha.
- 16- Não desconectar a agulha da seringa antes de descartar em local próprio para perfuro- cortantes.
- 17- Fazer leve compressão, sem friccionar o local, para absorção gradativa.
- 18- Retirar a luva.
- 19- Lavar as mãos.
- 20- Checar na prescrição médica escrevendo o nome legível do executante e a hora em que foi ministrado o medicamento.

**7.12 VIA INTRAMUSCULAR**

**PRINCÍPIOS GERAIS:**

- 1- Locais de aplicação: Deltoide, dorso glúteo, ventroglútea e anterolateral da coxa.



2- O local de aplicação deve ser avaliado, evitando-se áreas inflamadas, com parestias, plegias, hipotróficas ou com nódulos que dificultariam a absorção do medicamento.

3- No deltoide e face lateral da coxa, aplicar um volume máximo de 3 ml. e nas outras regiões no máximo 5 ml.

4- Se for aspirado sangue, retirar a agulha com a seringa e desprezar, preparando novamente o medicamento com outro material.

#### MATERIAL:

Agulha descartável (30/7 ou 25/7), Seringa, Medicação prescrita, Bolas de algodão embebida em álcool 70%, Luva de procedimento não estéril

O EPI recomendado é luva de látex e óculos de sobrepor, podendo ser necessário o uso de outros equipamentos de proteção individual, conforme as condições do paciente.

#### SEQUÊNCIA PROPOSTA:

- 1- Verificar a prescrição médica.
- 2- Identificar o recipiente com medicamento.
- 3- Preparar o medicamento seguindo normas assépticas e dose prescrita.
- 4- Identificar o cliente.
- 5- Orientar o cliente.
- 6- Escolher a região em que será aplicado a medicação.
- 7- Calçar luva para procedimentos
- 8- Realizar assepsia da pele no local com álcool 70%
- 9- Introduzir a agulha num ângulo de 90 graus, com o bisel lateralizado.
- 10- Aspirar para descartar a possibilidade de punção acidental de algum vaso sanguíneo.
- 11- Injetar o medicamento vagarosamente.
- 12- Retirar a agulha.
- 13- Pressionar o local com algodão e álcool 70%
- 14- Não desconectar a agulha da seringa antes de descartar em local para perfurocortantes.
- 15- Retirar luva.
- 16- Lavar as mãos

17- Checar na prescrição médica escrevendo o nome legível do executante e a hora em que foi ministrado o medicamento.

### 7.13 VIA INTRAVENOSA

#### PRINCÍPIOS GERAIS:

- 1- Aplicar lentamente o medicamento em veias superficiais de grande calibre: região cubital, dorso da mão e antebraço, observando as reações do paciente.
- 2- Não pode haver presença de ar na seringa, prevenindo embolia gasosa.

#### MATERIAL:

Garrote, Medicamento prescrito, Bolas de algodão com álcool 70%, Seringa, Agulha (25x8 ou 25x7) esterilizada, Seringa esterilizada, Luva para procedimento não estéril.

O EPI recomendado é luva de látex e óculos de sobrepor, podendo ser necessário o uso de outros equipamentos, conforme a condição do cliente.

#### SEQUÊNCIA PROPOSTA:

- 1- Lavar as mãos.
- 2- Verificar a prescrição médica.
- 3- Identificar o medicamento.
- 4- Preparar o medicamento seguindo normas assépticas, conforme prescrição médica.
- 5- Identificar o cliente.
- 6- Orientar o cliente.
- 7- Posicionar o cliente em decúbito dorsal.
- 8- Identificar a veia a ser puncionada, garroteando o membro.
- 9- Calçar luvas.
- 10- Realizar a assepsia do local a ser puncionado com algodão embebido em álcool 70%.
- 11- Introduzir a agulha, num ângulo de aproximadamente 15º, com o bisel voltado para cima, pouco abaixo do local a ser alcançada a veia.
- 12- Retirar o garrote e verificar o refluxo de sangue.
- 13- Colocar uma bola de algodão com álcool sobre a agulha após introdução do medicamento e retirar a agulha num só movimento.

- 14- Elevar o braço acima do nível do coração, pressionando o local com o algodão por aproximadamente 2 minutos. (não dobrar o membro).
- 15- Não soltar a agulha da seringa antes de descartar em local próprio para perfurocortantes.
- 16- Retirar luvas.
- 17- Lavar as mãos.
- 18- Checar na prescrição médica escrevendo o nome legível do executante e a hora em que foi ministrado o medicamento.

## 8 – PREPARO DO CORPO APÓS MORTE

DEFINIÇÃO: Adequação do corpo para o encaminhamento pertinente.

PRINCÍPIOS GERAIS:

- 1- O preparo do corpo deve iniciar após constatação do óbito, por escrito, pelo médico.
- 2- Os corpos a serem encaminhados ao IML ou necropsia não devem ser tamponados.
- 3- A limpeza terminal da unidade do cliente deve ser realizada após a saída do corpo.
- 4- As extensões de látex que não estiverem em bom estado devem ser descartadas junto com as plásticas.
- 5- Os frascos de drenagem devem ser esvaziados no vaso sanitário do banheiro e encaminhados ao expurgo.
- 6- Respiradores, bombas de infusão e outros equipamentos devem ser encaminhados ao DML

MATERIAL:

1 rolo de algodão, 1 fita adesiva, 1 esparadrapo, Luva para procedimento, 1 vidro de éter, gaze, 1 pinça cheron, 1 frasco de sabão líquido, 1 espátula, 1 tesoura, ataduras de crepe, 1 aparelho de tricotomia, 2 máscaras, 1 seringa de 10ml, Avental plástico, Saco próprio para o corpo, 2 etiquetas, Maca sem colchão, Álcool 70%

SEQUÊNCIA PROPOSTA:

- 1- Comunicar o serviço de internação por telefone.
- 2- Desligar os equipamentos.
- 3- Fechar as pálpebras.



- 4- Colocar próteses dentárias se houver.
- 5- Posicionar a cama na horizontal.
- 6- Vestir o avental
- 7- Colocar máscara.
- 8- Calçar luvas.
- 9- Soltar os lençóis e retirar o travesseiro.
- 10- Retirar sondas, cânulas, drenos e encaminhar ao expurgo o material a ser reaproveitado.
- 11- Barbear o cliente se necessário.
- 12- Realizar a higiene do corpo se necessário.
- 13- Refazer curativos se necessário.
- 14- Tamponar profundamente os orifícios naturais do corpo, com algodão seco montado em pinça longa.
- 15- Sustentar a mandíbula com atadura de crepe.
- 16- Fixar as mãos sobre a cintura.
- 17- Fixar os pés unidos.
- 18- Colocar o corpo dentro do saco próprio e fechar.
- 19- Passar o corpo para a maca.
- 20- Fixar a segunda via do impresso de óbito nos pés do corpo.
- 21- Entregar os pertences à família.
- 22- Colocar a roupa de cama no hamper.
- 23- Encaminhar o corpo para a anatomia patológica através do elevador de carga suja.
- 24- Colocar o corpo na geladeira.
- 25- Limpar a maca com álcool 70%.
- 26- Retirar o avental, luvas e máscaras no hamper e lixo da anatomia patológica.
- 27- Lavar as mãos.
- 28- Subir com a maca pelo elevador de carga limpa.
- 29- Terminar a organização do quarto.

#### 9- ORGANIZAÇÃO DO LOCAL DE TRABALHO



No Início do plantão:

- Verificar a ordem e limpeza das salas e materiais;
- Manter o termômetro em recipiente seco;
- Fazer assepsia com álcool 70% nos otoscópio: e a limpeza dos cones auriculares. Realizar a assepsia com o álcool 70% de termômetros e estetoscópios antes e após o uso;
- Durante o plantão, acionar o serviço de limpeza sempre que necessário (presença de secreções e sangue).

Ao final do plantão:

- Providenciar a limpeza e desinfecção dos materiais;
- Checar na receita médica.
- Limpar aparelhos e equipamentos com pano úmido, secando após, se necessário usar água e sabão e álcool 70%;
- Repor material de consumo e impressos.

OBSERVAÇÕES:

- Lavar as mãos antes e após cada procedimento.
- Após cada banho de criança, lavar a banheira com água e sabão, fazer a desinfecção com hipoclorito de sódio a 1% (400ml de água sanitária + 600ml de água) por 30 minutos e enxaguar.

#### 9.1 ROTINA DA SALA DE MEDICAÇÃO

- Organizar a sala e repor os materiais diariamente.
- Verificar lote e prazo de validade dos materiais e dos medicamentos.
- Controlar psicotrópicos, glicosímetro e oxigênio.
- Limpar com pano umedecido e detergente ou com álcool 70%, mesa, armário, balcão da pia.
- Desinfecção dos artigos de inalação: lavar as máscaras com água e sabão, secar e imergir em solução de glutaraldeído 2% (ou similar) por 30 minutos, enxaguar



abundantemente em água corrente, sem colocar dentro da pia que é contaminada, secar e acondicionar em recipiente fechado.

- Verificar a data de validade da solução de desinfecção.
- Certificar-se da prescrição quando houver dúvidas, nome do cliente, medicação, via de administração, tempo de tratamento, data e outros.
- Na soroterapia identificar o frasco.
- No teste de sensibilidade à penicilina usar seringa individual e seguir orientações pré-estabelecidas.
- Anotar os procedimentos realizados, preenchendo os dados com letra legível, assinatura e número do COREN.
- Checar na receita médica.
- Fazer contagem dos procedimentos realizados: injetáveis, aerossol, verificação de PA, teste de sensibilidade, glicosimetria, soroterapia etc., e registrar em impresso apropriado.

## 9.2 ROTINA DA SALA DE EMERGÊNCIA (VERMELHA)

- Organizar a sala e repor os materiais diariamente;
- Verificar lote e prazo de validade dos materiais e dos medicamentos;
- Solicitar a troca e reposição dos medicamentos para a funcionária da farmácia, se necessário;
- Limpar com pano umedecido e detergente ou com álcool 70%, mesa, armário, balcão da pia;
- Checar diariamente o funcionamento da rede elétrica (tomadas 110v e 220v, devidamente identificadas, lâmpadas, focos etc.);
- Conferir material da sala diariamente ou conforme a rotina da Unidade e após o atendimento de urgência;
- Diariamente testar o funcionamento do aspirador de parede e manual, do laringoscópio, checar as pilhas, verificar a luminosidade das lâmpadas das lâminas;
- Manter os frascos coletores do aspirador limpos e secos;
- Trocar as extensões de borracha e encaminhar para o expurgo para lavagem;



- Deixar a ponta da extensão do aspirador protegido com saquinho de plástico;
- Deixar o frasco umidificador de oxigênio seco, colocar água somente no momento do uso, após o uso proceder com a lavagem.
- Certificar-se da prescrição quando houver dúvidas;
- Anotar todos os procedimentos realizados em impresso apropriado, preenchendo todos os dados, com letra legível e a assinatura e número do COREN.

### 9.3 ATENDIMENTO DA SALA DE EMERGÊNCIA (VERMELHA)

Os funcionários da recepção estão previamente orientados quando chegar EMERGÊNCIA a chamar o Enfermeiro e encaminhar diretamente para Sala Vermelha, onde receberá atendimento médico imediato.

- Afastar outros pacientes curiosos e deixar acesso livre para passagem de maca e ambulância.
- A sala vermelha é o local destinado ao atendimento a pacientes com agravos à saúde, independente da sua etiologia, portanto, com agravos clínicos, traumáticos e psiquiátricos, sejam eles adulto, criança, gestante ou idoso. Desta forma o atendimento ao paciente grave, na sala de urgência, exige requisitos, que estão diretamente relacionados ao sucesso da assistência, cabendo à equipe atitudes decisivas, rápidas e com grande capacidade de julgamento.
- Para o desenvolvimento das atividades, caberá ao enfermeiro a responsabilidade no planejamento, organização e manutenção da sala de emergência, coordenando a equipe de enfermagem, e zelando pelo bom atendimento juntamente com os demais profissionais. Para tanto alguns pontos básicos e essenciais, deverão ser cumpridos conforme rotina previamente estabelecida, que envolvem requisitos específicos e os referentes à equipe de enfermagem.

Requisitos específicos:

- A disposição dos materiais e equipamentos, na sala vermelha, deverá obedecer a critérios estabelecidos pela equipe (ordem alfabética, ordem numérica, padronização de cores por sistemas, sistematização dos A-B-Cs etc.), disposto de forma organizada,



devidamente identificado, com fácil acesso, que permita um atendimento adequado, sem atropelos de pessoal circulante, sem o armazenamento de materiais semelhantes em vários pontos, e não muito distante do paciente;

- A quantidade de materiais e medicamentos, a ser estipulada, deverá obedecer a casuística do serviço, obedecendo as peculiaridades de cada local, de forma a permitir um atendimento rápido e seguro, sem que a falta deles venha prejudicar o atendimento;
- Todo material e medicamento de consumo deverão ser discriminados e quantificados em uma relação (CHECKLIST), facilitando a conferência, que deverá ser realizada diariamente, podendo ser alternando os turnos, por exemplo, (1M, 2T, 3N, 4M), porém a reposição deverá ser realizada após cada atendimento, ou no máximo, no final de cada plantão;
- Checar no início de cada plantão (M-T-V-N) ou, se possível, após cada atendimento, o funcionamento da rede de gases, o aspirador com as extensões de borracha, o monitor/desfibrilador, eletrocardiograma, ressuscitador manual, laringoscópio, dentre outros equipamentos (estes itens poderão estar no checklist diário);
- Após o uso do aspirador, encaminhar ao expurgo para lavagem com água e sabão, mantendo-o sempre limpo e seco, protegendo a ponta da extensão do aspirador com um saquinho plástico, ou ainda, conectada a uma sonda própria para aspiração;
- Deixar o frasco do umidificador de oxigênio seco, colocando água somente no momento do uso, e após encaminhá-lo para lavagem e desinfecção;
- O controle de validade dos materiais e medicamentos da sala de urgência poderá ser realizado mensalmente, através de um impresso próprio (checklist), que contenha a quantidade, lote e data de validade, devendo ser solicitado a troca antes do vencimento;

Equipe de enfermagem:

- A equipe de enfermagem deverá estar preparada para atender os diversos agravos à saúde, lembrando-se, que nem sempre tomará ciência antecipadamente do caso, devendo, portanto, estar preparada para o inesperado.



- Deverá seguir sempre o bom senso, os conhecimentos adquiridos, obedecer à Lei do Exercício Profissional e o código de ética, aceitando suas limitações e trabalhando com dignidade, em equipe, e respeitando seus colegas e o paciente.
- A equipe que desenvolve suas atividades na sala de emergência deverá ter conhecimento em áreas clínicas, traumáticas e psiquiátricas, ter habilidade de avaliação, julgamento e priorização, rapidez e agilidade técnica, gostar de trabalhar na área.
- Deverá obedecer à sistematização do atendimento inicial utilizando todo material disponível para tal, e para organização dos procedimentos, deve-se utilizar uma escala de funções, onde em determinado plantão, todos possuam uma função muito bem definida no atendimento, evitando atropelos, acidentes de trabalho, perda de tempo, dentre outros. Por exemplo:

Funcionário A- responsável em auxiliar o médico nos procedimentos;

Funcionário B- responsável pelo preparo e administração dos medicamentos;

Funcionário C – responsável pelo acesso venoso e encaminhamentos etc.

#### 9.4 ROTINA DA SALA DE SUTURA E CURATIVO

- Organizar a sala e repor os materiais diariamente;
- Verificar lote e prazo de validade dos materiais e dos medicamentos;
- Limpar com pano umedecido e detergente ou com álcool 70%: mesa, armário, balcão da pia;
- Na presença de matéria orgânica, retirá-la com papel toalha e chamar o auxiliar de limpeza;
- Encaminhar no balde seco os instrumentais contaminados para expurgo.
- Anotar todos os procedimentos realizados em impresso apropriado, preenchendo todos os dados, com letra legível, assinatura e número do COREN (carimbo).

#### 9.5 ROTINA DA SALA DE ESTERILIZAÇÃO:

- Limpar diariamente com pano úmido com álcool 70% mesa, balcão e armários;
- Limpar semanalmente com pano úmido com álcool 70% gavetas e armários de materiais esterilizados;



- Conferir a validade e quantidade dos materiais/instrumentais;
- Usar EPI.

Cuidados básicos a serem observados:

- Carregar autoclave com o mesmo tipo de materiais;
- Colocar os materiais de modo a facilitar a penetração, circulação do vapor e a eliminação do ar, isto é, os pacotes maiores na parte inferior e os menores na parte superior da câmara, carregar com 80% da capacidade do aparelho, com objetivo de facilitar o fluxo do vapor no interior da câmara;
- Realizar o controle de qualidade do equipamento, conforme estabelecido.
- Informar ao enfermeiro alterações no funcionamento do equipamento e de materiais.
- Atentar-se para a validade dos materiais esterilizados e as condições de acondicionamento.
- Realizar a limpeza da autoclave conforme estabelecido.

#### 9.6 ROTINA DA SALA DE EXPURGO

- Limpar diariamente com pano úmido com álcool 70% mesa, balcão e armários;
- Limpar semanalmente com pano úmido com álcool 70% gavetas e armários de materiais esterilizados;
- Usar EPI;
- Receber materiais e instrumentais em balde seco, preparar solução do detergente enzimático e imergi-los por 5 minutos;
- Lavar e secar os materiais/ instrumentais.
- Obedecer ao fluxo dos materiais contaminados e limpos, para não ter o cruzamento deles;

OBS: Nunca utilizar solução de hipoclorito de sódio para instrumental, devido a oxidação do material, essa solução não está padronizada para este fim.

USO OBRIGATÓRIO de EPI:- óculos de proteção, máscaras, avental impermeável e luvas de borracha.



PERFUROCORTANTES – desprezar os artigos perfurocortantes em recipientes próprios, com paredes rígidas, não ultrapassar a indicação do fabricante, lidar cuidadosamente fechar, embalar no saco branco e identificar, para que o auxiliar de serviços gerais possa transportar com segurança e armazenar em local adequado até que seja recolhido pela coleta especial e dado destino adequado (incinerador).

## 10 PROCEDIMENTOS DE CUIDADOS COM O PACIENTE

### 10.1 PROCEDIMENTOS PARA REALIZAR O CURATIVO

- Lavar as mãos antes e após a realização de cada curativo.
- Ler o prontuário, inteirando-se do tipo de curativo.
- Descobrir o paciente expondo somente a área do curativo.
- Colocar o paciente em posição adequada e confortável
- Registrar no prontuário: aspecto da ferida secreção ou drenagem se houver.
- Hora e data que foi realizado curativo.
- Soluções usadas e produtos

#### Cicatrização da ferida

- Reação do paciente e assinatura de quem realizou o curativo
- Utilizar sempre material estéril
- Nunca poderá ser reutilizadas pinças de um paciente para outro
- Nunca tocar diretamente na ferida aberta ou recente.
- Colher secreção se houver, após a limpeza de ferida com soro fisiológico, enviar ao laboratório amostra para fazer cultura e antibiograma.
- Ferida operatória limpa após 24 ou 48 horas não há necessidade de cobrir
- Em presença de foco infeccioso na proximidade da ferida cirúrgica: dreno, colostomia, infecção de pele circunvizinha, manter o curativo semi oclusivo.
- Nas feridas com exsudação manter o curativo com a finalidade de absorvê-las
- Os recipientes das soluções do carinho de curativo devem permanecer tampados, devendo seu conteúdo ser renovado semanalmente lavar os recipientes com água e sabão, esperar secar e nunca completar as soluções.

- Limpar a ferida com Soro Fisiológico morno
- Usar seringa 20ml com agulha 40/12 para irrigar a ferida
- Usar a técnica de tampão rotativo para limpeza, evitando movimentos de vaivém, usando cada vez uma gaze.
- Remover secreções, corpos estranhos e tecidos necrosados
- Observar sinais de infecção: hiperemia, edema, exsudato, calor local e dor
- Nunca colocar o material de curativo, esparadrapo, micropore, sobre o leito
- Ao abrir o pacote de curativo arrumar as pinças, colocando-as em ordem evitando assim que se passe o braço por cima durante a realização do curativo.
- As pinças, durante o curativo, devem estar com as pontas para baixo, prevenindo contaminação
- Evitar conversar durante a realização do curativo
- Limpar a ferida a partir da área menos contaminada para a mais contaminada
- Passar a pomada com espátula estéril sobre a gaze esterilizada, após colocar a mesma sobre a ferida
- Manter o leito da ferida úmido.

## IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS

### PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS E PROTOCOLOS CLÍNICOS

#### CONCEITUAÇÃO

Os protocolos assistenciais dizem respeito à descrição minuciosa de linhas de cuidado específicas, integrando na sua estrutura as normas, rotinas e procedimentos relativos ao problema/condição de saúde determinada.

São um conjunto de dados que permitem direcionar o trabalho e registrar oficialmente os cuidados executados na resolução ou prevenção de um problema. Protocolo descreve uma situação específica de assistência/cuidado, com detalhes operacionais e especificações sobre o que fazer, quem fazer e como fazer.

Conduz os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Pode prever ações de avaliação/diagnóstica ou de



cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, independentes de enfermagem ou compartilhadas com outros profissionais. Um protocolo contém vários procedimentos.

Na maioria das vezes, os protocolos são multiprofissionais e interdisciplinares, pois visam ao atendimento integral do ser cuidado. O avanço científico e tecnológico se contrapõe com trabalhos isolados, fragmentados, onde ganha ênfase o trabalho em equipe multiprofissional. Nesta concepção, o protocolo vem refletir o desejo de um trabalho compartilhado, consolidado e que aponta para resultados que irão trazer um grande diferencial ao processo de trabalho.

Um protocolo deve ser construído de maneira coletiva, com bases sólidas ético, legais e científicas. A saúde baseada em evidências deve ser o norte dos protocolos. Os protocolos eliminam as decisões baseadas apenas no conhecimento adquirido na prática cotidiana individual. A atividade do cuidar, além de complexa, exige confiabilidade à assistência prestada por meio de procedimentos seguros. A construção de protocolos é imprescindível para a execução das ações nas quais a enfermagem está envolvida.

O grande objetivo dos protocolos é resguardar o serviço, pois: agilizam e uniformizam o atendimento; facilitam condutas descentralizadas; diminuem a margem de erro; importantes nos processos de Gestão do atendimento à clientela; muito valorizados atualmente por possibilitar qualidade e eficácia nos serviços; facilitam o gerenciamento de pendências judiciais (Min. da Saúde e medicamentos de alto custo etc.); melhora a qualidade de serviços prestados aos clientes; padroniza as condutas; melhora o planejamento e controle da Instituição, dos seus procedimentos e dos resultados; garante maior segurança; otimiza a utilização dos recursos operacionais; reduz custos; rastreia todas as atividades operacionais e clínicas; realiza um controle mais apurado sobre os estoques; pode gerar um prontuário eletrônico; otimiza a produtividade dos trabalhadores; garante uma assistência livre de riscos e danos aos paciente (CANAVEZI, 2008).

O IGPP desenvolve e implementa Protocolos Assistenciais com o objetivo de melhorar os desfechos clínicos e permitir que mais pacientes beneficiem-se do conhecimento científico sobre as melhores práticas.

Os protocolos assistenciais são desenvolvidos com base, sempre que possível, nas evidências científicas da literatura e na experiência do corpo clínico e adaptados aos recursos locais disponíveis. Estas recomendações buscam fornecer um fluxo padronizado para o manejo do paciente com determinada condição clínica e são elaborados por equipes multidisciplinares.

### PROTOSCOLOS CLÍNICOS

Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são o consenso sobre a condução da terapêutica para determinada patologia.

Estabelecem os critérios de diagnóstico, o tratamento preconizado com os medicamentos disponíveis nas respectivas doses corretas, os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação de resultados, a racionalização da prescrição e do fornecimento dos medicamentos.

Se destinam a orientar o tratamento de determinada patologia e criar mecanismos para garantia da prescrição segura e eficaz.

São instrumentos desenvolvidos para auxiliar os profissionais da área de saúde na tomada de decisões — sejam elas simples ou complexas — que exijam paradigmas clínicos e subsídios teóricos realmente confiáveis para que possam ser aplicados pelos médicos na assistência de seus pacientes. Estes protocolos resultam, entre outras coisas, na redução da necessidade de realizar exames desnecessários, que incorram em riscos de complicação para o paciente e custos para o sistema de saúde.

### OBJETIVOS:

Estabelecer um padrão assistencial baseado nas melhores práticas clínicas.

Otimizar os recursos assistenciais disponíveis.

Circunscrever a variabilidade das práticas clínicas.

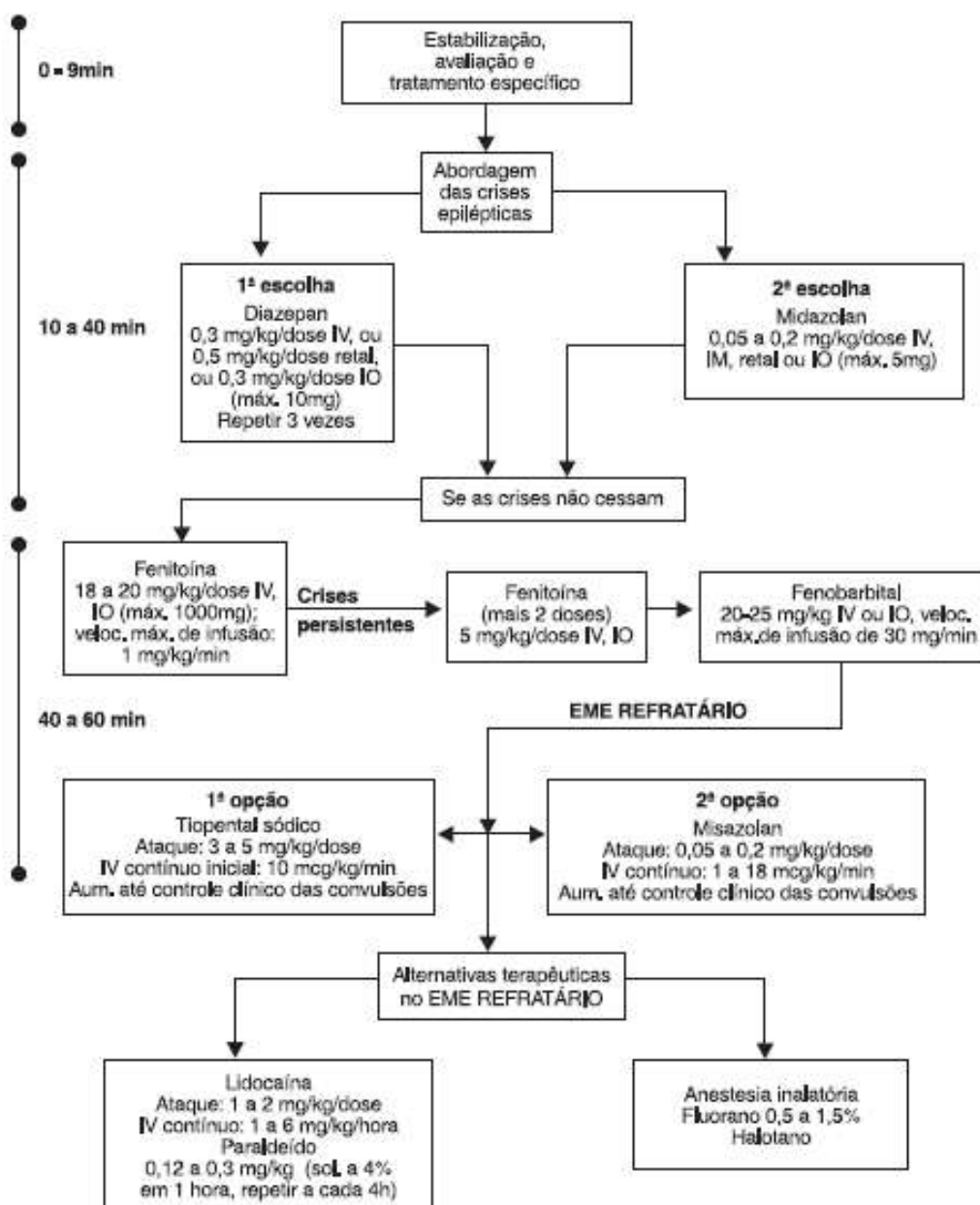
Mensurar os resultados obtidos junto aos pacientes a partir das condutas assistenciais.





Utilizar os protocolos assistenciais como ferramenta de melhoria da qualidade assistencial

## PROTOCOLO PARA CRISE EPILÉTICA PROLONGADA



## PROTOCOLO QUEIMADURAS

A queimadura é uma lesão no tecido resultante da exposição a chamas ou líquidos quentes, do contato com objetos quentes, da exposição a atrito ou fricção, de corrosivos químicos ou radiação, do contato com corrente elétrica.

### Achados Clínicos

As queimaduras são consideradas lesões sérias quanto inibem ou alteram as funções dos órgãos. A profundidade do dano causado pela queimadura ao tecido e, em grande parte, dependente da temperatura e duração da energia térmica aplicada à pele. O contato da pele com o calor, substâncias químicas ou eletricidade resulta na destruição do tecido em graus variáveis.

Consideração especial deve ser dada ao paciente muito jovem ou idoso por terem a pele mais fina; nesse caso, as queimaduras podem ser mais profundas e mais severas do que parecem inicialmente.

### Queimaduras de primeiro grau:

São queimaduras superficiais, envolvendo somente a epiderme.

A pele apresenta-se vermelha e supersensível.

### Queimaduras de segundo grau:

Envolvem a epiderme e parte da derme.

A pele apresenta-se vermelha, geralmente com bolhas e edematosa.

O paciente pode se queixar de dor intensa porque nervos sensoriais são parcialmente danificados.

### Observação:

Queimaduras de primeiro e segundo grau são queimaduras de espessura parcial

### Queimaduras de terceiro grau:

São queimaduras de espessura total que destroem as duas camadas da pele e têm uma aparência que pode ser esbranquiçada ou enegrecida.



Os nervos sensoriais são destruídos nas queimaduras de espessura total; portanto toda a sensação tátil é perdida na área queimada.

A pele morta coagulada em queimaduras de terceiro grau forma uma escara dura e coriácea.

Ocasionalmente a árvore vascular pode ser visível, assim como em crianças de tenra idade pode ter uma coloração vermelha viva.

Para determinar a extensão da queimadura vários métodos estão disponíveis.

A “Regra dos Nove” é um guia universal e o mais comumente usados para a avaliação inicial da extensão da queimadura. Essa regra é baseada no fato de que, nos adultos, várias regiões anatômicas representam 9% ou um múltiplo desse número da área de superfície corporal total (SCT).

Na criança, a regra altera-se devido à grande superfície de área da cabeça e menor área dos membros inferiores. Para determinar a extensão da queimadura através da “Regra dos Nove”, deve-se considerar que a criança ao nascer tem a superfície corporal da cabeça e 18% e cada membro inferior de 14%.

Assim, para calcular a porcentagem do corpo queimado da criança:

- Subtrair 1% da cabeça, para cada ano acima de um ano de idade
- Somar 1/2% a cada membro inferior, para cada ano acima de um ano de idade

Exemplo: uma criança de 2 anos teria 16% de superfície corporal na cabeça e 15% em cada um dos membros inferiores.

Deve ser encaminhado à unidade de queimados o paciente:

- Com queimaduras, de espessura parcial, superiores a 10% da SCT;
- Com queimaduras que envolvem face, mãos, pés, genitália, períneo e articulações importantes;
- Com queimaduras de terceiro grau em grupos de qualquer idade;
- Com queimaduras causadas por eletricidade, inclusive lesão por raio;
- Com queimaduras químicas;
- Com lesão por inalação ou suspeita de tal ocorrência;
- Com queimaduras e com doenças pré-existentes que podem complicar os cuidados, prolongar a recuperação ou influenciar a mortalidade;

- Com queimaduras associadas a traumas (tais como fraturas, TCE, trauma em coluna etc.) para o qual as queimaduras apresentam o maior risco de morbidade ou mortalidade. Em casos em que o trauma apresente o risco imediato maior, o paciente pode ser inicialmente estabilizado em um centro traumatológico antes de ser transferido para uma unidade de queimados. A decisão do médico será necessária em tais situações e deve estar de acordo com o plano de controle médico-regional e com os protocolos de triagem;
- Que seja criança e que esteja sem pessoal qualificado ou equipamentos para os devidos cuidados;
- Que necessite intervenção especial social, emocional e/ou longo período reabilitativo.

#### Exames Complementares

- Hemograma
- Eletrólitos
- Ureia
- Urina tipo I (E.A.S.)
- Radiografia do tórax
- ECG (quando queimadura térmica)
- Gasometria arterial
- Carboxihemoglobina
- Glicemia (em crianças e diabéticos)

#### Conduta Terapêutica

- Aplicar o ATLS quando indicado
- Interromper o processo da queimadura.

Dependendo do tipo da extensão da queimadura, da distância do transporte, os seguintes procedimentos podem ser implementados no ambiente pré-hospitalar ou unidade de emergência receptora na Unidade:



Remover toda a roupa das áreas envolvidas



Lavar com jato de água todas as áreas em contato com produtos químicos



- ↗ Retirar do contato elétrico, no caso de lesão por eletricidade
- ↗ Remover todos os anéis, relógios e outras joias dos membros atingidos para prevenir isquemia devido ao efeito torniquete

- Controle de vias respiratórias.

Administrar oxigênio.

Estar preparado para aspirar vias respiratórias e manter a ventilação, se necessário.

Ministrar 100% de oxigênio para qualquer paciente com queimaduras com 20% ou mais da superfície total do corpo.

- Controle circulatório.

Solução de Ringer com lactato deve ser iniciada sem demora.

Logo que possível, o paciente deve ser pesado para permitir uma determinação precisa das necessidades de reposição de líquidos.

A fórmula de consenso de líquidos para as primeiras horas após a queimadura é:

- ↗  $2-4 \text{ ml ringer com lactato} \times \text{peso do corpo em kg} \times \% \text{ da área corporal queimada}$

Nas primeiras oito horas, após a lesão, ministrar metade do total calculado.

Depois dar 25% nas próximas oito horas e 25% nas oito horas finais.

Observação: a quantidade de líquido infundido pode variar, tendo-se como parâmetro a diurese do paciente que deve ser mantida entre 30 e 50 ml/hora no adulto ou 0,5 a 1 ml/kg/h ou 0,5 ml/hora e 1 ml/kg/h na criança

- Monitorar os sinais vitais em intervalos frequentes
- Inserção de sonda nasogástrica
- Inserção de cateter de Foley
- Avaliar a dor.

A morfina é indicada para controle da dor associada a queimaduras.

Mudanças no volume de líquido e tecido circulatório fazem a absorção de qualquer droga ministrada de modo intramuscular ou subcutâneo imprevisível.

As vias intramusculares ou subcutâneas não devem ser usadas e analgésicos somente devem ser ministrados intravenosamente e em doses não superiores àquelas necessárias ao controle da dor.

- Avaliar pulsos periféricos regularmente.
- Estimular a limitação ventilatória.

Queimaduras circunferenciais no tórax podem reduzir a excursão ventilatória e uma escarotomia do tórax pode ser necessária em adultos e criança

- Providenciar apoio emocional

Procedimentos iniciais específicos ao tipo de queimadura:

Queimaduras térmicas

Cobrir a área queimada com um pano limpo e seco.

Cobrir todos os ferimentos e evitar que correntes de ar causem dor em queimadura de espessura parcial.

Nunca deve ser usado gelo diretamente na queimadura, devido à possibilidade de ulceração.

Compressas frias, se usadas, devem ser breves de modo que a temperatura do corpo não seja reduzida

Lesões por eletricidade

Uma corrente elétrica passando por um paciente pode causar um dano interno extenso.

Uma preocupação maior é o efeito que a corrente elétrica tem na atividade elétrica cardíaca normal.

Arritmias sérias podem ocorrer mesmo depois que um ritmo estável tenha sido obtido.

Portanto, é necessária uma monitoração cardíaca contínua durante as primeiras 24 horas após a lesão.

Notar que, mesmo se a superfície visível da lesão não se apresentar grave, pode haver uma lesão severa e profunda dos tecidos de modo não aparente.

Queimaduras químicas

Medidas profiláticas da PCR:

- Detectar precocemente e tratar as situações de risco como os distúrbios do ritmo cardíaco, hipoxemia, distúrbios metabólicos e hidroeletrólitos

- Respeitar os protocolos de tratamento de paciente isquêmico, mantendo-o sob monitoração contínua em unidade coronariana até estabilização do quadro
- Realizar profilaxia para TVP em paciente cirúrgico e acamado.

### Choque

O choque pode ser definido como um estado no qual alterações da perfusão tecidual resultam em disfunção orgânica. O não tratamento imediato ou a refratariedade ao tratamento instituído leva a lesões orgânicas permanentes e à morte.

Tipos de choque:

- Cardiogênico

Existe comprometimento da contratilidade miocárdica (IAM, Insuficiência Cardíaca Congestiva, miocardite aguda)

- Hipovolêmico

Existe redução do volume efetivo circulante (hemorragia, desidratação, queimadura)

- Distributivo

Existe alteração da permeabilidade vascular levando à disfunção da microcirculação (sepses, pancreatite aguda, anafilaxia)

- Obstrutivo

Existe obstrução mecânica à contração cardíaca (tamponamento, pneumotórax hipertensivo, TEP)

### Achados Clínicos

A má perfusão tecidual pode ser identificada pela presença de alterações do nível de consciência, que vão da confusão mental ao torpor, queda do fluxo sanguíneo renal a menos que 30ml/h, taquipnéia devido à acidose metabólica e redução dos níveis pressóricos que podem não estar presentes

- Choque Cardiogênico:

Extremidades pálidas e frias com PVC elevada

- Choque Hipovolêmico:

Extremidades pálidas e frias com PVC baixa



- Choque Distributivo:

Extremidades quentes e coradas na fase inicial e, frias e cianóticas na fase final com PVC inicialmente baixa

- Choque Obstrutivo:

Extremidades frias e pálidas com abafamento de bulhas cardíacas, grandes estases jugulares e PVC extremamente elevada

Diagnósticos Diferenciais

Avaliar os parâmetros hemodinâmicos do paciente:

- Choque cardiogênico

Débito cardíaco baixo

Pressões de enchimento de VE altas

Resistência vascular sistêmica alta

- Choque hipovolêmico

Débito cardíaco baixo

Pressões de enchimento de VE baixas

Resistência vascular sistêmica alta

- Choque distributivo

Débito cardíaco normal ou elevado

Pressões de enchimento de VE baixas

Resistência vascular sistêmica baixa

- Choque obstrutivo

Débito cardíaco baixo

Equilíbrio das pressões de enchimento das câmaras cardíacas direita e esquerda

Resistência vascular sistêmica aumentada

O diagnóstico diferencial deve ser feito ainda com patologias que podem levar à redução dos níveis da pressão arterial sem, entretanto, haver comprometimento agudo da perfusão tecidual, como o coma mixedematoso, a doença de Addison, hiponatremia grave, hipocalcemia, hepatopatias crônicas, desnutrição grave.





Importante:

Níveis pressóricos abaixo dos parâmetros habituais não significa que haja comprometimento da oxigenação tecidual.

Devem ser avaliados: nível de consciência, perfusão periférica e presença de diurese para chegar ao diagnóstico de choque

#### Exames Complementares

São necessários exames para avaliar as condições metabólicas do paciente:

- Gasometria arterial, lactato sérico, Na, K, Mg, glicemia, hemograma
- Radiografia do tórax para avaliar comprometimento pulmonar, área cardíaca e muitas vezes para confirmar diagnóstico (nos casos de pneumotórax, tamponamento cardíaco, presença de foco infeccioso pulmonar etc.)
- ECG para avaliar desempenho miocárdico, presença de isquemia ou arritmias
- Como método diagnóstico definitivo (padrão ouro), introdução do cateter de Swan Ganz, que possibilita:

espaço a determinação do débito cardíaco

- a resistência vascular sistêmica
- a pressão de enchimento de VE
- a resistência vascular pulmonar
- a oferta e extração de oxigênio pelos tecidos, entre outras informações

#### Conduta Terapêutica

Identificado o tipo de choque responsável pelo quadro clínico, inicia-se o tratamento da causa básica e procura-se restabelecer rapidamente a perfusão tecidual.

Nos choques distributivo e hipovolêmico, deve-se realizar a ressuscitação volêmica rigorosa com soluções cristalóides inicialmente, podendo, se necessário, utilizar colóides, amidos sintéticos e solução hipertônica de cloreto de sódio a 7,5%. Neste caso, o objetivo a ser atingido é de PVC acima de 12 cmH<sub>2</sub>O, diurese de, no mínimo, 50ml/h e normalização dos níveis de lactato sérico

Quando a ressuscitação volêmica não for suficiente se atingir o objetivo, pode-se lançar mão de drogas vasoativas, sendo a noradrenalina de escolha nos choques distributivo e hipovolêmico e a dobutamina no choque cardiogênico.

Não esquecer que a oferta de oxigênio para os tecidos depende não somente de condições hemodinâmicas adequadas (volemia, débito cardíaco e resistência vascular sistêmica) mas, também de ventilação alveolar, difusão do oxigênio dos alvéolos para os capilares pulmonares e da presença de hemácias em número adequado para transportar esse oxigênio.

Deve-se, portanto, ficar atento para prestar assistência ventilatória quando sat O<sub>2</sub> abaixo de 90% e manter níveis de hemoglobina acima de 8g%

## TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO

O Traumatismo Cranioencefálico (TCE) é definido como qualquer agressão que acarrete lesão anatômica ou comprometimento funcional do encéfalo e de seus envoltórios. O traumatismo craniano leve ou concussão é definido como uma alteração da consciência em consequência de trauma não penetrante ao cérebro. A lesão axonal difusa é aplicada ao coma de origem traumática de duração superior a 6 horas, decorrente da aceleração e desaceleração brusca. As contusões cerebrais são hemorragias focais do parênquima, que decorrem do impacto contra protuberâncias ósseas da base do crânio, principalmente nas regiões frontal e temporal. As lesões consideradas secundárias são os hematomas epidurais, devido ao sangramento no espaço epidural por lesões arteriais ou venosas, hematomas epidurais, quando o sangramento preenche o espaço virtual entre as membranas durais e aracnoides, sendo geralmente de origem venosa.

### Achados Clínicos

Os achados clínicos decorrem da gravidade das lesões cranianas: uma maneira simples de estratificá-las é através da Escala de Glasgow (EG), sendo consideradas:

|                 |                                                              |
|-----------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>Mínima</b>   | com 15 pontos na escala, sem perda da consciência ou amnésia |
| <b>Leve</b>     | com 14 pontos, com breve perda da consciência ou amnésia     |
| <b>Moderada</b> | de 9 a 13 pontos, com déficit neurológico focal              |

|                |                       |
|----------------|-----------------------|
| <b>Grave</b>   | de 5 a 8 pontos       |
| <b>Crítica</b> | De 3 a 4 pontos na EG |

Nos achados, a inspeção visual do paciente pode apresentar sinais indiretos de fratura, como equimoses periorbitárias ou retro articulares e rinorreia/otorreia líquórica. À palpação, pode se detectar degrau palpável no crânio. Deve-se avaliar a função do nervo óptico, se o paciente estiver consciente, o diâmetro pupilar e sua reação à luz, a função do nervo facial e o nível de consciência pela EG. Proceder o exame da motricidade dos quatro membros se o paciente cooperar ou fazê-lo através de estímulos dolorosos, ao exame da sensibilidade, com estímulos nos principais dermatomas e pesquisar reflexos profundos e plantar nos artelhos (Babinski).

#### Diagnósticos Diferenciais

Frente ao paciente não cooperativo, com moderado ou grave comprometimento do nível de consciência, sem registro da natureza traumática do quadro fornecido pelo serviço de resgate ou testemunhas, o diagnóstico diferencial deve ser realizado com outras causas não traumáticas que induzam ao coma, como causas estruturais, principalmente:

- Causas de origem vascular isquêmica
- Hemorrágicas
- Processo infeccioso, como abscesso
- Empiema ou meningoencefalite bacteriana ou viral
- Neoplasia primária ou metastática

Também existem as causas tóxicas/metabólicas, como:

- Barbitúricos
- Cetoacidose diabética
- Coma mixedematoso
- Deficiência de vitamina B12
- Drogas
- Encefalopatia anóxica
- Encefalopatia hepática

- Encefalopatia de Wernicke
- Estado hiperosmolar não cetótico
- Estado de mal epiléptico ou pós-ictal
- Envenenamento por monóxido de carbono
- Hipercalcemia
- Hipo ou hipernatremia
- Hipoglicemia
- Intoxicação por etanol
- Uremia

#### Exames Complementares

A tomografia computadorizada do crânio (TC) sem contraste é considerada como padrão ouro, sendo indicada para pacientes com comprometimento do nível de consciência com EG menor de 14 pontos, que apresentem:

- Achados neurológicos focais
- Amnésia pós-traumática
- Cefaleia progressiva
- Convulsões pós-traumática
- História clínica não confiável ou inadequada
- Idade menor que dois anos (a menos que a lesão seja banal)
- Intoxicação por álcool ou drogas
- Lesão facial séria
- Lesão penetrante no crânio ou fratura
- Nível decrescente de consciência
- Suspeita de abuso infantil e edema subgaleal significativo
- Traumas múltiplos
- Vômitos de repetição

O estudo radiológico da coluna cervical, incluindo a junção C7-T1, deve ser realizado em todos os pacientes; já os estudos radiológicos da coluna torácica e lombossacra devem ser obtidos com base nos achados físicos e mecanismo de lesão. O estudo radiográfico



simples do crânio se justifica em pacientes com lesões por projéteis penetrantes ou quando a TC de crânio não puder ser realizada. Eritrograma, coagulograma, exame de glicemia, dosagens de sódio, potássio e cálcio e gasometria arterial também são necessários.

#### Conduta Terapêutica

- Em paciente com lesão mínima ou leve, em que a TC do crânio não demonstra presença de hematomas cirúrgicos, fraturas com afundamentos ou contusões hemorrágicas, o tratamento preconizado é repouso no leito, com cabeceira levantada entre 30 graus, pausa alimentar até estar alerta, líquido isotônico endovenoso como solução fisiológica, analgésico leve (paracetamol ou dipirona), antiemético se necessário e exame neurológico sequencial a cada 2 horas
- No caso de deterioração neurológica, considerar internação em UTI
- Em paciente com lesão moderada, entre 9 e 13 na Escala de Coma de Glasgow, repetir a TC, considerar necessidade de cirurgia ou monitorização da PIC e internação na UTI
- Caso exista lesão cirúrgica, proceder à drenagem e posterior internação na UTI com monitoração da PIC
- Em paciente com lesão grave, EG inferior a 8 pontos, priorizar a permeabilidade das vias aéreas com proteção da coluna cervical, mantendo normoventilação e após estabilização respiratória, hemodinâmica e exame primário, realizar Raios X e TC
- Paciente com lesão cirúrgica deve ser operado com posterior internação em UTI com monitoração da PIC, instalação de acesso venoso central, cateter no bulbo da jugular, permitindo a monitoração da extração de O<sub>2</sub> cerebral (VN 24-42), oximetria, capnografia, sonda vesical e sonda nasogástrica
- A PIC deve ser mantida em valores abaixo de 20 mmHg, para tanto deve-se manter a cabeceira elevada a 30 graus, pescoço na posição reta, normoventilação (pCO<sub>2</sub> entre 35-40), evitar a hipotensão e hipertensão
- Quando a PIC se mantiver elevada, pode-se realizar a hiperventilação otimizada (pCO<sub>2</sub> entre 30-35), utilizar o manitol a 20% endovenoso (dose 0,25-1 g/kg/dose), sedação intensa com fentanil ou barbitúricos, drenagem de líquido ou craniectomia.

#### Medidas profiláticas

- Coibir a violência no trânsito com punições para motoristas embriagados e imprudentes
- Respeitar a legislação de trânsito em vigor
- Uso obrigatório do cinto de segurança
- Uso obrigatório de capacete para motociclistas e ciclistas
- Veículos com manutenção adequada
- Controle das armas de fogo em poder da população civil, com medidas que estimulem o desarmamento da população e medidas de inclusão social e educativa.

#### ORTOPEDIA – Artrose – Osteoartrose- Osteoartrite

A osteoartrite, doença articular degenerativa, artrose ou osteoartrose, como ainda é conhecida no nosso meio, é a doença reumática mais prevalente entre indivíduos com mais de 65 anos de idade. Estudos americanos apontam que mais de 50 milhões de pessoas apresentam hoje esta enfermidade. No Brasil, não existem dados precisos sobre esta prevalência. Os conhecimentos adquiridos recentemente no conhecimento da fisiopatogênica levaram a uma alteração no conceito desta doença. Antes se acreditava tratar-se de uma doença progressiva, de evolução arrastada, sem perspectivas de tratamento, encarada por muitos como natural do processo de envelhecimento. Hoje, no entanto é vista como uma enfermidade em que é possível modificar o seu curso evolutivo, tanto em relação ao tratamento sintomático imediato, quanto ao seu prognóstico. É uma das causas mais frequentes de dor do sistema musculoesquelético e de incapacidade para o trabalho no Brasil e no mundo. É uma afecção dolorosa das articulações que ocorre por insuficiência da cartilagem, ocasionada por um desequilíbrio entre a formação e a destruição dos seus principais elementos, associada a uma variedade de condições como: sobrecarga mecânica, alterações bioquímicas da cartilagem e membrana sinovial e fatores genéticos. A

denominação mais aceita internacionalmente da doença é osteoartrite. O termo artrose ainda é muito utilizado, conhecido e associado aos aspectos mecânicos. É uma doença crônica, multifatorial, que leva a uma incapacidade funcional progressiva. O tratamento deve ser também multidisciplinar, e buscar a melhora funcional, mecânica e clínica e, por esta razão a realização deste consenso tornou-se necessária. Profissionais que lidam com a enfermidade, das áreas de reumatologia, fisioterapia e ortopedia, reuniram-se para a sua elaboração.

#### TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

- Esclarecimento sobre a doença: salientar que a doença não é sinônimo de envelhecimento e está relacionada com a capacidade funcional, sendo que a intervenção terapêutica trará considerável melhoria de qualidade de vida.
- Motivar e envolver o paciente no seu tratamento, pois o paciente é um agente ativo no seu programa de reabilitação.
- A prática de atividades esportivas deve ser estimulada, porém, sob orientação de um profissional habilitado.
- Orientação para cuidados com relação ao uso de rampas e escadas.
- Orientação com relação à ergonomia do trabalho doméstico e/ou profissional.

#### TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

O tratamento precisa ter uma abordagem multifatorial, pois cada vez é mais claro que a prescrição medicamentosa isolada não é suficiente para o controle ideal da doença.

#### ANALGÉSICOS E ANTIINFLAMATÓRIOS

- Paracetamol em doses efetivas, isto é, até 4g/ dia, para se obter analgesia, principalmente em pacientes com manifestação leve ou moderada, é indicado como medicação de primeira escolha, ressaltando-se, contudo, não o utilizar em pacientes com história de hepatopatias. Segundo a experiência dos autores, a dipirona, em nosso meio disponível gratuitamente na rede básica de saúde, pode ser usada com o mesmo objetivo.

• inibidores específicos da COX-2(121(0) ou os anti-inflamatórios não seletivos, esses últimos associados a inibidor de bomba de prótons ou Famotidina, podem ser indicados nos casos que apresentam quadro inflamatório evidente. Em casos cujos fatores de risco estão presentes na tabela 1, devem ser utilizados os inibidores específicos da COX-2. Opioides naturais ou sintéticos. Nos casos de má resposta terapêutica aos medicamentos anteriores, ou ainda, quando houver contraindicação ao uso de inibidores específicos da COX- 2 ou aos anti-inflamatórios não seletivos, pode-se associar os opioides naturais ou sintéticos. Também em casos de pacientes em uso de anti-inflamatórios e que apresentem reagudização da dor, os opioides como o tramadol podem ser utilizados.

#### FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO USO DE Antiinflamatórios PARA EFEITOS ADVERSOS EM TRATO GASTROINTESTINAL

- Idade maior ou igual a 65 anos
- Outras condições médicas
- Glicocorticoides orais
- História de úlcera péptica
- História de sangramento gastrointestinal
- Anticoagulantes

#### DROGAS SINTOMÁTICAS DE AÇÃO DURADOURA

São consideradas drogas de ação duradoura aquelas que têm ação prolongada na melhora da dor e cujo efeito terapêutico persiste mesmo após a sua suspensão. Estas drogas vêm se firmando na literatura como boas no tratamento sintomático da osteoartrite. As drogas disponíveis no mercado brasileiro são: sulfato de glucosamina, diacereína e extratos não saponificáveis de soja e abacate.

- Sulfato de glucosamina para o tratamento sintomático da osteoartrite de joelhos é usado na dose de 1,5 g/ dia(18)(A).
- A cloroquina vem sendo utilizada em vários serviços brasileiros, com base na experiência pessoal dos especialistas, mostrando bons resultados. A indicação inicial foi para osteoartrite erosiva de mão e, posteriormente, passou a ser usada em outras formas da doença. Por tratar-se de droga com efeitos colaterais e que requer



acompanham entopofilático para evitá-los, deverá apenas ser manuseada por profissionais treinados.

#### Terapia Intra-articular

- A infiltração intra-articular com triancinolona hexacetonida também pode apresentar controle da dor e da inflamação em casos com quadro inflamatório evidente (19) (A). •
- Uso intra-articular do ácido hialurônico está indicado para o tratamento da osteoartrite do joelho grau II e III nas fases aguda e crônica

#### TRATAMENTO CIRÚRGICO

Os pacientes com osteoartrite grau II e III com comprometimento progressivo da independência das atividades de vida diária e falha do tratamento conservador devem ser referidos para o ortopedista que fará a indicação do tratamento cirúrgico. As cirurgias indicadas são: desbridamento artroscópico, osteotomias e artroplastias.

O mesmo deve ser encaminhado para o ortopedista da atenção básica.

### Fratura de Fêmur

#### DEFINIÇÃO

Uma fratura do fêmur ocorre quando o osso da coxa se rompe, chamado de fêmur. Vai do quadril até o joelho. É o osso mais longo e mais forte do corpo. Em geral, é preciso muita força para quebrar o fêmur.

#### Causas

Normalmente, uma fratura do fêmur é causada por trauma direto ao osso. O trauma pode ser causado pelo seguinte:

- Automóveis, motocicletas ou atropelamentos
- Quedas
- Golpes
- Torções severas
- Feridas por arma de fogo

- As fraturas do fêmur também podem ser causadas por trauma de baixo impacto ou quebra espontânea de ossos enfraquecidos.

#### Fatores de Risco

Os idosos têm maior risco de sofrer uma fratura do fêmur. Fatores que podem aumentar o risco de fratura do fêmur incluem:

#### Osteoporose

- Certas doenças ou condições que causam perda óssea ou mineral, como ciclos menstruais anormais, ausência de ciclos menstruais ou menopausa
- Algumas doenças e condições que enfraquecem os ossos, como tumores ou cistos
- Redução da massa muscular
- Praticar certos esportes pode causar:
- Fraturas espirais: estão associadas a colisões ou quedas de esportes, como futebol ou esqui
- Fraturas por sobrecarga: estão associadas ao uso excessivo ou movimentos repetitivos em esportes, como atletismo em pista e campo
- Violência

#### Sintomas

A fratura do fêmur pode causar:

- Dor imediata e intensa
- Inflamação e hematomas ao redor da área da fratura
- Incapacidade de andar ou amplitude de movimento limitado no quadril e joelho
- Deformidade da perna lesada, como encurtamento ou entorse anormal
- As fraturas por sobrecarga ocorrem lentamente ao longo do tempo com movimentos repetitivos. Quando o peso é aplicado na perna, uma dor surda pode ser sentida em vez de dor intensa. Às vezes, a dor pode ser sentida em outra parte da perna, como o joelho.

#### Diagnósticos



Estudos de diagnóstico por imagem podem incluir:

- Raios-X
- Tomografia computadorizada (TC)
- Ressonância magnética nuclear (NMR)

#### TRATAMENTO

- Alinhamento do membro
- Imobilização
- Analgesia
- Enviar via CROSS para cirurgia corretiva.

### Fraturas Expostas

#### Introdução

Fraturas expostas são verdadeiros desafios para o ortopedista. A lesão das partes moles é, na maioria dos casos, o fator determinante do prognóstico. Classificação adequada e documentação no momento do trauma são passos essenciais para estabelecer condutas, especialmente nos casos mais graves, em que amputação pode ser necessária. O tratamento inicia-se pelo desbridamento o mais completo possível, na sala cirúrgica, seguido pela irrigação abundante. A fixação da fratura é o passo seguinte e é feita muitas vezes com o fixador externo para as fraturas mais graves e com haste intramedular para as mais leves. O fechamento primário da pele é excepcional nos casos mais graves, mas cobertura provisória pode evitar lesões secundárias pela exposição de estruturas profundas. O fechamento definitivo deve ser feito tão logo as partes moles permitam e, muitas vezes, a ajuda de cirurgião plástico é importante na confecção de retalhos. A desvitalização e o uso do fixador externo levam a retarde de consolidação na maioria dos casos, de forma que a mudança precoce (dentro de duas semanas) para fixação interna (preferencialmente haste) ou a flexibilização do fixador a partir da terceira semana e/ou enxertia de esponjosa autóloga entre o terceiro e o quarto mês de evolução podem acelerar a consolidação.



## DEFINIÇÃO

Fratura exposta é toda aquela em que ocorre comunicação do seu foco com o meio externo contaminado com germes. Não é necessariamente exposição para o exterior, mas, também, para cavidades contaminadas, como a boca, o tubo digestivo, vias aéreas, vagina e ânus. Assim, uma fratura da pélvis que sofre exposição através da parede vaginal é considerada fratura exposta e tem especial gravidade pela riqueza da flora bacteriana local.

As fraturas expostas envolvem, em geral, elevada energia para sua ocorrência, com concomitante lesão das partes moles, o que favorece a infecção pelos germes, além de dificultar sua consolidação.

Dessa forma, a fratura exposta, de forma especial, está sujeita a infecção e a retardo de consolidação, que são os grandes problemas relacionados com ela.

## CLASSIFICAÇÃO

Qualquer classificação tem por objetivo escalonar a gravidade e com isso ter implicações no prognóstico e na escolha do tratamento. Outro aspecto importante das classificações é permitir comparações entre diferentes casuísticas.

Brumback (1992) definiu muito bem os parâmetros mais importantes que devem servir de base para qualquer classificação. São eles:

- 1) história e mecanismo do trauma;
- 2) estado vascular da extremidade;
- 3) tamanho da ferida cutânea;
- 4) lesão ou perda da musculatura;
- 5) desperiostização, desvitalização e necrose óssea;
- 6) traço de fratura, cominuição e/ou perda óssea;
- 7) contaminação;
- 8) síndrome de compartimento. A avaliação diferenciada de cada um desses itens e todos somados é que vai fornecer a "personalidade da fratura". A completa avaliação só pode ser feita, em muitos casos, apenas após o desbridamento.

**QUADRO 1**  
**Classificação de Gustilo-Anderson modificada\***  
**Modified Gustilo-Anderson's classification**

|           |                                                                                                                                                          |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tipo I    | Fratura exposta, limpa, exposição < 1cm                                                                                                                  |
| Tipo II   | Fratura exposta > 1cm de extensão, sem dano excessivo das partes moles, sem retalhos ou avulsões                                                         |
| Tipo III  | Fratura segmentar, ou com dano excessivo de partes moles, ou amputação traumática                                                                        |
| Tipo IIIA | Dano extenso das partes moles, lacerações, fraturas segmentares, ferimentos por arma de fogo (baixa velocidade), com boa cobertura óssea de partes moles |
| Tipo IIIB | Cobertura inadequada de partes moles ao osso                                                                                                             |
| Tipo IIIC | Com lesão arterial importante, requerendo reparo                                                                                                         |

\* Adaptado de Gustilo R.B. et al<sup>14</sup>.

O grupo AO propõe uma classificação mais detalhada, diferenciando entre a lesão óssea e a das partes moles. Para a lesão óssea propõe uma classificação alfanumérica bastante minuciosa, que é a mesma adotada para fraturas fechadas. Para as lesões das partes moles subdividem em três itens: lesão da pele, lesão neuro vascular e lesão dos músculos e tendões. Também incluem as lesões de pele que não redundam em exposição inicial, mas, como enfatizado por Tscherne e Gotzen, se comportam como expostas.

**QUADRO 2**  
**Classificação de Tscherne\***  
*Tscherne's classification*

| Fratura fechada |                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Grau 0          | Fratura fechada, sem lesão de partes moles                                                                                                                                                                                            |
| Grau 1          | Trauma indireto, contusão de dentro, laceração superficial                                                                                                                                                                            |
| Grau II         | Usualmente, trauma direto com abrasão profunda, contaminada, ou trauma direto grave com formação de bolhas e grande edema; síndrome de compartimento iminente                                                                         |
| Grau 3          | Usualmente, trauma direto com contusão extensa ou esmagamento; dano muscular possivelmente extenso; dano vascular ou síndrome de compartimento                                                                                        |
| Fratura exposta |                                                                                                                                                                                                                                       |
| Grau 1          | Laceração cutânea por fragmento ósseo perfurante; nenhuma ou pouca contusão da pele; fratura usualmente simples                                                                                                                       |
| Grau 2          | Qualquer tipo de laceração cutânea com contusão simultânea circunscrita ou contusão de partes moles e moderada contaminação; qualquer tipo de fratura                                                                                 |
| Grau 3          | Grave dano às partes moles, frequentemente com lesão vasculonervosa concomitante, fraturas acompanhadas de isquemia e grave cominuição; acidentes em ambientes rurais e contaminados com material orgânico; síndrome de compartimento |
| Grau 4          | Amputação traumática total ou subtotal, necessitando reparo arterial para manter vitalidade do membro distalmente                                                                                                                     |

\* Adaptado de Tscherne e Gotzen<sup>6</sup>.

Embora detalhada, a classificação AO é prática apenas para aqueles muito habituados a ela. A grande vantagem dela é permitir caracterização precisa das lesões, facilitando com isso a comparação de casuística de forma mais fidedigna.

Um grande problema que aparece em casos muito graves de lesão de partes moles é a decisão, ainda na fase aguda, de amputar ou tentar manter o membro. Classicamente, se diz que a condição mínima é a manutenção da perfusão. Também se dizia que de nada adianta manter uma perna que teve seu nervo tibial posterior lesado, o que resulta em pé insensível e não funcional. Também aqueles casos de síndrome de esmagamento são de indicação inquestionável de amputação. Atualmente, o



julgamento é mais baseado em parâmetros como o resultado funcional final que se pode, provavelmente, alcançar, a duração e o custo desse tratamento, o impacto social (e familiar!) que a opção por não amputar acarreta etc.

**QUADRO 3**  
**Classificação AO das lesões de partes moles associadas a fraturas\***  
*OA classification of soft tissue lesions associated with fractures*

**I. Lesão cutânea (*Integument* – pele)**

- IC – Pele fechada (*Integument closed*)
- IC1 – Nenhuma lesão cutânea
- IC2 – Contusão, mas não laceração
- IC3 – Desenvolvimento circunscrito
- IC4 – Desenvolvimento extenso
- IC5 – Necrose por contusão
- IO – Pele aberta (*Integument open*)
- IO1 – Pele perfurada de dentro para fora
- IO2 – Pele perfurada de fora para dentro < 5cm, bordas contundidas
- IO3 – Ferida > 5cm, contusão maior, bordas desvitalizadas
- IO4 – Contusão e abrasão em toda a espessura da pele, desenvolvimento extenso aberto, perda de pele

**II. MT – Lesão musculotendinosa**

- MT1 – Nenhuma lesão
- MT2 – Lesão muscular circunscrita, um compartimento apenas
- MT3 – Lesão muscular considerável, dois compartimentos
- MT4 – Defeito muscular, laceração de tendão, extensa contusão muscular
- MT5 – Síndrome de compartimento, síndrome de esmagamento, com ampla zona de lesão

**III. NV – Lesão neurovascular**

- NV1 – Nenhuma lesão
- NV2 – Lesão nervosa isolada
- NV3 – Lesão vascular localizada
- NV4 – Extensa lesão vascular segmentar
- NV5 – Lesão combinada neurovascular, amputação subtotal ou total

\* Adaptado de Müller et al.<sup>18</sup>.

## TRATAMENTO

### Objetivos

Os objetivos do tratamento das fraturas expostas são: evitar a infecção, consolidar a fratura e preservar ou restaurar a função dentro do limite possível.



Alcançar esses objetivos pode tornar-se tarefa complexa que envolve combate aos múltiplos fatores que favorecem a infecção, especialmente a instabilidade do foco de fratura e a falta de cobertura adequada pelas partes moles.

#### Abordagem inicial

A assistência ao paciente portador de fratura exposta deve começar no local do trauma. A ferida deve ser isolada o quanto antes do meio externo contaminado e contaminante (8). Para isso, o ideal seria aplicar gazes ou compressas estéreis, mas, na falta destas roupas limpas, não usadas, ou mesmo um jornal novo pode servir (a tinta é antisséptica). Imobilização improvisada pode ajudar a evitar mais trauma às partes moles, mas tentativas de redução devem ser evitadas, pois, além de não se saber a exata natureza da lesão, existe o risco de levar detritos para a profundidade.

No primeiro atendimento, na Unidade, ou na sala de urgência, é imperioso isolar a ferida, caso isso já não tenha sido feito. Esse ambiente é altamente contaminado com germes. Se houver necessidade de examinar a ferida, isso deve ser feito em ambiente favorável, onde curativos contaminados não tenham sido feitos recentemente.

Quando possível, deve-se indagar sobre o agente causador e o mecanismo do trauma. É importante fazer exame da extremidade distal à fratura, pesquisando pulsos, motricidade e sensibilidade; os achados devem ser anotados no prontuário.

Existe tendência, em casos de politrauma grave, de não pedir radiografias nesse momento, para evitar perda de tempo, enviando o paciente para o centro cirúrgico. Isso acarreta, muitas vezes, dificuldade em obter radiografias adequadas, de forma que essa conduta deve ser reservada para casos que realmente a necessitem.

#### Antibióticos sistêmicos.

Considerando-se a obrigatória contaminação, a desvitalização e o estado das defesas imunológicas muitas vezes diminuído pela gravidade do trauma, é importante o uso de antibiótico profilático.

A maioria dos ortopedistas inicia a profilaxia com antibiótico de amplo espectro que cubra germes gram-positivos e negativos: em geral a cefalosporina de primeira geração. Em casos selecionados de contaminação com detritos orgânicos ou de contaminação intensa, o acréscimo de um aminoglicosídeo visando os gram-negativos é recomendado.



A profilaxia do tétano (soro ou vacina) associada à penicilina não deve ser esquecida em casos de feridas sujeitas a infecção por clostrídeos.

A duração da antibioticoterapia é assunto controverso. Estudos mais recentes recomendam que ela não ultrapasse 24 a 48 horas, para evitar a seleção de germes resistentes.

#### Desbridamento

O ambiente próprio para fazer o desbridamento é a sala cirúrgica. O objetivo é conseguir ferida limpa e sem tecidos desvitalizados.

A base do desbridamento é a retirada de todos os tecidos que tenham perdido a perfusão.

O uso de torniquete é excepcional, para aqueles casos que apresentem sangramento de difícil controle. Uma boa tática é aplicar o torniquete, mas não o inflar, deixando-o apenas para quando necessário.

A pele é preparada lavando-a de forma centrífuga em torno da ferida, que não deve ser explorada ainda. Tricotomia pode ser feita, se isto for necessário. A pele é então pintada de forma também centrífuga, evitando a penetração da solução antisséptica nos tecidos expostos. Os campos estéreis são então colocados. Embora não existam estudos prospectivos que indiquem que cirurgia em dois tempos seja vantajosa, é recomendável que, após o desbridamento, a pele seja novamente pintada e novos campos colocados. O material cirúrgico utilizado no desbridamento é descartado e a equipe troca de luvas. Só então começa a fase de estabilização da fratura e cobertura da ferida.

A ferida original muitas vezes é suficiente para o desbridamento. Caso necessário, pode-se ampliar a ferida, evitando, contudo, desperiostizações e desinserções musculares extensas. Ao final da cirurgia as extensões provocadas podem ser suturadas.

Atenção especial deve ser dada à musculatura. O músculo desvitalizado é excelente meio de cultura, principalmente para anaeróbios (8). Os clássicos sinais desfavoráveis em caso de dúvida quanto à vitalidade do músculo são: coloração escura (cianose), ausência de contratilidade após estímulo mecânico (pinça) ou elétrico (eletrocautério) e ausência de sangramento ao corte. Se a dúvida persiste e a remoção é por demais

radical, pode-se aguardar a revisão após 24 a 48 horas, quando então as características do músculo necrótico não deixarão dúvida.

A pele, quando desvitalizada, pode ainda ser utilizada como enxerto ou curativo biológico provisório. A gordura é retirada e a pele pode ser recolocada, ou guardada em geladeira à temperatura ao redor de zero grau por vários dias, podendo ser usada como enxerto livre ou como cobertura provisória.

Em lesão arterial ou venosa que requeira ligadura, esta deve ser feita com fio monofilamentado não absorvível, que resiste melhor à infecção. Nervo lesado e que requeira reparo pode ter seus cotos aproximados com fio monofilamento longo para facilitar a ulterior localização no momento do reparo definitivo.

O osso desvitalizado deve ser removido, mesmo que disso resulte perda óssea extensa. Fragmentos ainda aderidos às partes moles podem ser mantidos. Fragmentos articulares devem ser mantidos para a reconstituição da superfície articular. Detritos incrustados no osso podem ser removidos cuidadosamente com escova, sem aumentar a desperiostização. Somente após a completa retirada de todo o tecido desvitalizado a irrigação deve ser feita.

Por mais meticuloso que seja o desbridamento, pode permanecer tecido desvitalizado. Quando houver a menor dúvida, a ferida deve ser novamente explorada, sob anestesia e na sala cirúrgica, 48 a 72 horas após (second look).

#### Irrigação

Existe concordância geral que a irrigação abundante ajuda a evitar a infecção, embora o volume a ser empregado e o método a ser aplicado não estejam ainda estabelecidos. A ação da irrigação é essencialmente mecânica, carreando os detritos. Nesse sentido, quanto mais volume, melhor. Vale o ditado: "a solução para a poluição é a diluição". O uso de lavagem pulsátil mostrou resultado iniciais favoráveis, mas estudos mais recentes apontam possível desvitalização mecânica causada pelo sistema, além de poder levar material estranho particulado para a profundidade da ferida. O velho método gravitacional ou o uso de seringa (pera de borracha) ainda é aceito e eficaz, além de pouco dispendioso. Com relação à solução a ser empregada, os trabalhos mostram que a melhor é a de Ringer. No entanto, soluções menos dispendiosas, como a salina



fisiológica, podem ser empregadas. Empregamos água destilada armazenada em garrafões, à qual é acrescentada, momentos antes do uso, quantidade adequada de cloreto de sódio previamente pesada, embalada e esterilizada. Esses garrafões são colocados em plataforma elevada 1 a 1,5m acima do local cirúrgico e drenados por sifonagem com uma mangueira de látex para o campo cirúrgico. Bandeja estéril grande para coletar o fluido que extravasa é colocada sob a extremidade, com aspirador aplicado em seu fundo. O fluxo abundante e o dedo enluvado são eficazes na remoção de detritos particulados. Com relação ao uso de antibióticos e antissépticos tópicos no líquido de irrigação, embora existam evidências de que possam ser eficazes, existem outros trabalhos, que indicam efeitos nocivos tóxicos sobre as células (inclusive osteoblastos). Mais evidências precisam dar suporte a essa técnica para que seja recomendável.

#### Estabilização

Existe considerável evidência indicando que a fixação estável da fratura exposta diminui a probabilidade de ela tornar-se infectada. A antiga conduta de aguardar alguns dias após o desbridamento para ver se a infecção ocorre ou não e, a partir daí, fazer a estabilização, não tem sustentação. Perde-se com essa conduta a vantagem da estabilização no combate à infecção.

A estabilização, com a reconstituição do comprimento e do alinhamento, restabelece a tensão das partes moles, reduzindo assim os espaços mortos e a formação de hematomas, além de abolir a mobilidade anormal e ulterior trauma adicional, que ocorreria com a fratura não estabilizada. Isso proporciona melhores condições às partes moles para lutarem contra a infecção. Adicionalmente, a estabilização possibilita movimentação precoce e indolor, o que ajuda a diminuir o edema e a estimular a formação de calo ósseo.

Muitos princípios usados para outras fraturas são válidos também para as expostas. Assim, as fraturas articulares e epifisárias devem ser tratadas com osteossíntese rígida, em geral com uso mínimo de implantes (parafusos e fios), ao passo que as da região diafisária são tratadas de forma elástica, com princípio de estabilidade relativa (fixador externo, placa ponte, haste intramedular). Na região metafisária o uso de placas pode



ser adequado, ou então o uso de fixador externo do tipo híbrido pode ser alternativa para casos de má cobertura de partes moles.

Fatores da maior importância são o respeito às partes moles, evitando a desvitalização adicional e o cuidado de evitar implantes cobertos com partes moles traumatizadas, que possam vir a sofrer exposição secundária. As técnicas minimamente invasivas que empregam parafusos canulados e a colocação de implantes com o auxílio de intensificador de imagem podem ser de muita valia.

A escolha do método de fixação deve resultar de um balanço entre o benefício da estabilização no combate à infecção e a desvitalização que ela requer; o balanço deve ser claramente positivo no sentido de mínima desvitalização.

Descolamentos musculares extensos e desperiostizações devem ser evitados.

Na fratura exposta de grau I a indicação de estabilização deve ser a mesma, como se ela não fosse exposta. Por exemplo, se o tipo de fratura é indicativo de tratamento conservador, o mesmo pode ser feito no caso de exposição grau. Da mesma forma a escolha do implante pode seguir a mesma orientação, conforme ditado pelo tipo da fratura.

As fraturas expostas de graus II e III são inerentemente instáveis, requerendo estabilização adequada. A escolha do implante vai depender do osso comprometido, do grau de desperiostização, da qualidade do envoltório de partes moles e da necessidade de procedimentos de cobertura ulteriores. Aqui é importante lembrar que nem sempre se fará a fixação definitiva da fratura; por exemplo, um fixador externo pode ser usado temporariamente até que as partes moles se encontrem em melhor estado (em geral, uma a três semanas) e então outro tipo de fixação (definitiva) substituirá o primeiro. Nesse sentido o fixador pinless é de especial utilidade, por não penetrar o canal medular, evitando assim sua contaminação, tornando a aplicação de haste menos propensa à infecção.

#### Placa

A placa tem espaço claro na fixação das fraturas expostas que acometem a região metafisária. Nessa eventualidade, o seu posicionamento deve ser cuidadosamente escolhido, evitando que ela fique coberta com partes moles traumatizadas.



Nas fraturas diafisárias simples do "tipo A" em ossos com boa cobertura (úmero, fêmur), a placa de compressão pode ser empregada, garantindo excelente estabilidade e pouca desvitalização.

#### Haste intramedular

É a forma mais comumente usada de fixação definitiva na fratura exposta. No passado a haste já foi contraindicada nas fraturas expostas pelo risco de disseminação de eventual infecção através do canal medular (9).

Com a possibilidade de travamento, o potencial da haste aumentou. O aparecimento das hastes maciças permitiu a redução de seu calibre, abolindo o espaço morto no seu interior, possibilitando sua introdução sem o uso de fresamento, o que, experimentalmente, preserva substancialmente a circulação endostal, diminuindo, em caso de infecção, a formação de sequestro tubular. A sua confecção em titânio garante mais resistência à infecção.

A supressão do fresamento trouxe, contudo, índice maior de retarde de consolidação, de desvios secundários e de quebra de implantes, pois o fresamento representa estímulo importante para a formação de calo ósseo.

Estudos mais recentes indicam não haver diferença, com relação à infecção, entre fresar e não fresar nas fraturas expostas, de forma que existe tendência mais recente de usar haste fresada nas fraturas expostas, o que acarretaria menor tendência a retarde e quebra dos implantes, embora esta conclusão careça ainda de mais evidências.

#### Fixador externo.

É a forma menos invasiva de fixação; por isso mesmo, a que tem tido a preferência de muitos ortopedistas.

As montagens unilaterais com quatro pinos são as preferidas, mas, nas regiões epifisária e metafisária, quando o fragmento é muito curto, o fixador do tipo circular é vantajoso, pois garante maior pega e emprega fios mais finos.

A colocação dos pinos pode dificultar procedimentos de cobertura, de forma que ela deve ser bem planejada.

A consolidação retardada é frequente após a fixação externa, motivo pelo qual a eleição do fixador como opção definitiva deve ser complementada muitas vezes com procedimentos adicionais, como a dinamização com ou sem flexibilização, através de desmontagem progressiva a partir, em geral, do final do primeiro mês e a enxertia óssea ao final do terceiro ou quarto mês.

Cada vez mais frequente se torna o uso do fixador externo como fixação provisória, até que as partes moles estejam em melhor estado. Aí aparece o problema da infecção que pode ocorrer quando se aplica placa e, especialmente, haste em osso com pertuitos dos pinos infectados. A literatura aponta como período limite seguro de implantação dos pinos até duas semanas, após as quais a probabilidade de infecção se eleva significativamente. Quando o fixador está há longo tempo implantado e está indicada a sua substituição por fixação interna, é prudente removê-lo, desbridar os trajetos dos pinos e aguardar um período de três a seis semanas em gesso ou órtese, para então se fazer a osteossíntese interna. Embora a presença de infecção de baixo grau não contraindique totalmente o emprego da placa, é grande o risco quando a síntese empregada é a haste intramedular, que pode ativar e disseminar a infecção.

#### Cobertura de partes moles

É clássico que fraturas expostas não devem ser fechadas primariamente pelo risco de retenção de tecidos desvitalizados. Essa deve ser a conduta em praticamente todas aquelas em que exista trauma extenso às partes moles com ou sem grande contaminação. Entretanto, existem algumas fraturas expostas com pouco trauma de partes moles e praticamente limpas, que podem ser consideradas para fechamento primário.

Segundo Tscherne e Gotzen (1983) (8), o fechamento primário só deve ser feito se as seguintes condições estiverem satisfeitas: 1) fechamento absolutamente sem tensão; 2) ausência de espaços mortos; 3) paciente bem equilibrado hemodinamicamente; 4) tecidos cobrindo o osso com vitalidade inquestionável; 5) desbridamento absolutamente completo. Segundo eles, isso é excepcional, preconizando, para a



maioria dos pacientes, o fechamento diferido, após cinco a sete dias, quando todo o tecido desvitalizado foi seguramente eliminado nas revisões do desbridamento. O fechamento secundário é feito muitas vezes sob anestesia local, sempre sem tensão da pele suturada.

Em casos de perdas extensas de cobertura, uma consulta, ainda no intraoperatório, a um cirurgião plástico com experiência em trauma de partes moles é de muito valor e recomendável.

Muitas vezes, a exposição de tecidos profundos que resistem mal a essa situação por longo tempo (osso, tendões, nervos, artérias, fâscias) pode levar à perda desses tecidos, o que precisa ser evitado. Isso se aplica especialmente aos casos que aguardam cobertura definitiva com retalho. A cobertura temporária adequada é essencial. Segundo Esterhai (1990), oito são as características importantes dessas coberturas provisórias: 1) efeito na velocidade e qualidade da cicatrização; 2) efetividade como barreira antibacteriana; 3) capacidade de absorver o exsudato; 4) oclusividade; 5) biocompatibilidade; 6) hipoalergenicidade; 7) características de liberação e de contato com a ferida; 8) isolamento térmico. Dentro dessas características, podem-se compreender quatro categorias de curativo: filmes semipermeáveis, hidrogéis, hidrocolóides oclusivos e substitutos sintéticos da pele.

Em nosso meio, cobertura provisória adequada pode ser obtida com o vacuseal, que é feito a partir de materiais existentes no mercado (Steri-Drape®, espuma de gelatina Gelfoam® e dreno de sucção contínua) e não muito dispendiosos (30). Sobre as falhas de cobertura, um ou dois drenos são colocados por debaixo de camada de Gelfoam®, que é recortado segundo os contornos da ferida. Sobre o Gelfoam® e aderida às bordas de pele previamente preparadas com éter ou benzina para aumentar a sua adesividade, uma folha de Steri-Drape®, fechando a ferida hermeticamente. O vácuo é então aplicado, o que aumenta a aderência do curativo. Essa cobertura pode permanecer por três a cinco dias, podendo ser inspecionada por transparência, para ver se o Gelfoam® não está excessivamente embebido, o que indica necessidade de troca. Ela é trocada sucessivamente até que o momento de cobertura definitiva seja alcançado.



O fechamento definitivo não deve ser excessivamente diferido. Godina (1986)) e Cierny e Byrd (1983) mostraram que a cobertura precoce, dentro de 72 horas do trauma, é efetiva e segura e diminui os riscos de infecção.

O fechamento diferido pode ser feito de diversas maneiras: fechamento primário, enxerto livre de pele, retalho local e retalho removido de região distante.

Incisões de alívio podem ser empregadas eventualmente, com cuidado, podendo ser acompanhadas de múltiplas pequenas incisões na fáscia subjacente, o que facilita a mobilização e expansão do retalho cutâneo. Entretanto, cuidado deve ser tomado para não incluir pele traumatizada no retalho.

Enxerto livre de pele requer leito limpo e bem vascularizado, além de não ser de boa qualidade para cobertura de estruturas como o osso e tendões, pois é facilmente traumatizável. Sua aplicação é bastante limitada.

O fechamento definitivo envolve muitas vezes técnicas complexas de obtenção de retalhos, que fogem do domínio da maioria dos ortopedistas. Nesse sentido, é importante que o ortopedista identifique, o mais precocemente possível, a necessidade de emprego desses retalhos e solicite então a colaboração de um cirurgião plástico, que domine inclusive as técnicas microcirúrgicas.

Casos em que exista falha óssea extensa e que vão necessitar de enxertia futura podem ser preenchidos com espaçadores por debaixo do retalho para evitar seu colapso e a formação de espaço morto. Cimento com antibiótico, silicone ou resina biodegradável podem ser empregados. Oestermann et al (1993) e Moehring et al (2000) sugerem mesmo que cimento com antibiótico na forma de pérolas pode ser mais efetivo que o antibiótico sistêmico para evitar a infecção.

Poucos ortopedistas usam enxerto ósseo primariamente, preferindo fazê-lo após algumas semanas, embora exista suporte experimental indicando que a colocação primária de enxerto em território limpo e vascularizado funciona. Se existe dúvida com relação à adequação do desbridamento, é sem dúvida melhor postergar a enxertia por algumas semanas.

Seguimento





Sempre que houver dúvida com relação à permanência de tecido desvitalizado ou detritos contaminantes na ferida, esta deverá ser novamente submetida a desbridamento sob anestesia na sala cirúrgica 48 a 72 horas depois (second look). Esse procedimento, quando desnecessariamente realizado, traz muito pouca morbidade, sendo de grande eficácia quando necessário e oportunamente indicado. Na dúvida, portanto, a revisão no desbridamento deve ser realizada. É aconselhável como regra após fraturas expostas resultantes de trauma de alta energia ou muito contaminadas.

O fechamento definitivo deve ser analisado a partir do momento em que haja certeza de que não existe mais tecido desvitalizado na ferida. Muitas vezes, ele se resume na sutura das bordas cutâneas sob anestesia local por volta de cinco a sete dias. Quando se conclui que será necessária cobertura por retalho, este procedimento não deve ser postergado, sob risco de comprometimento secundário de outras estruturas (fáscias, tendões, osso). Um cirurgião plástico experiente deve acompanhar o caso desde as fases iniciais para intervir tão logo se faça necessário e possível.

Embora o regime de movimentação e suporte de carga pós-operatório não possa seguir os mesmos padrões adotados usualmente para as fraturas fechadas, deve-se estimular o paciente a iniciar a movimentação articular de acordo com as lesões das partes moles. Tão logo haja cobertura adequada, a movimentação e a carga parcial que a estabilização óssea permite podem ser iniciadas.

Em nosso meio, grande parte das fraturas expostas é fixada inicialmente com fixador externo, sendo a maioria como fixação definitiva. Infelizmente, a maior parte dessas fraturas evolui para retarde de consolidação e pseudartrose. Para evitar isso, três condutas podem ser adotadas: enxertia de osso esponjoso, flexibilização do fixador e troca da fixação externa por fixação interna.

A enxertia de osso esponjoso, em geral do ílaco, pode ser feita logo na terceira semana, em casos de perda óssea ou, mais freqüentemente, por volta do terceiro ou quarto mês, logo que se note a precariedade de formação de calo ósseo.

A flexibilização do fixador externo começa em geral a partir do final do primeiro mês. Ela pode ser conseguida através da dinamização, remoção de uma barra (quando são

originalmente duas), aumento do distanciamento da barra ao osso. Isto pode tornar a montagem menos rígida, estimulando com isso a formação de calo ósseo.

A troca da fixação externa por interna deve ser diferenciada entre a troca precoce, e planejada, daquela que é feita tardiamente, quando os sinais de retarde e/ou soltura e infecção dos pinos motivam essa troca.

Na troca precoce, o fixador externo é removido em prazo não superior a duas semanas e a osteossíntese interna feita a seguir e imediata. Blachut et al (1990) demonstraram que o risco de infecção na troca de fixador externo por haste intramedular é pequeno, quando esta troca é realizada num período inferior a duas semanas. Essa tática deve ser reservada para as fraturas mais complexas. O implante de escolha para substituir o fixador externo é a haste bloqueada, de preferência maciça e de titânio, que não deixa espaço morto e é feita de material que facilita a defesa do paciente contra os germes.

A troca tardia do fixador externo implica a existência de pertuitos infectados no local de implantação dos pinos ou fios do fixador. A colocação de haste leva ao risco de disseminar a infecção via canal medular. A colocação de placa pode ser mais segura na presença de infecção de baixo grau e pode ser uma opção nas fraturas mais proximais ou distais. Nesse período, o membro pode ser mantido em tala ou órtese. É importante que se faça desbridamento dos trajetos de pinos na retirada do fixador externo.

### Lombalgia

A lombalgia é a dor que ocorre na região lombar inferior. A lombociatalgia é a dor lombar que se irradia para uma ou ambas as nádegas e/ou para as pernas na distribuição do nervo ciático. Pode ser aguda (duração menor que 3 semanas), subaguda ou crônica (duração maior que 3 meses). A lombalgia é um problema extremamente comum, que afeta mais pessoas do que qualquer outra afecção, sendo a segunda causa mais comum de consultas médicas gerais, só perdendo para o resfriado comum. Entre 65% e 80% da população mundial desenvolve dor na coluna em alguma etapa de suas vidas, mas na maioria dos casos há resolução espontânea. Mais de 50% dos pacientes melhoram após 1 semana; 90% após 8 semanas; e apenas 5% continuam apresentando os sintomas por mais de 6 meses ou apresentam alguma incapacidade.



## Causas

Como existe muitas estruturas na coluna (ligamentos, tendões, músculos, ossos, articulações, disco intervertebral) há inúmeras causas diferentes para a dor. Somando-se a isso há inúmeras doenças sistêmicas não reumatológicas que podem manifestar-se com dor lombar. A maioria das dores lombares é causada pelo “mau uso” ou “uso excessivo” das estruturas da coluna (resultando em entorses e distensões), esforços repetitivos, excesso de peso, pequenos traumas, condicionamento físico inadequado, erro postural, posição não ergonômica no trabalho e osteoartrose da coluna (com o passar do tempo, as estruturas da coluna vão se desgastando, podendo levar à degeneração dos discos intervertebrais e articulações). Outras causas incluem doenças inflamatórias como a espondilite anquilosante, infecções, tumores etc.

## Diagnostico

O médico tem papel fundamental no diagnóstico e necessita sobretudo de uma história detalhada da dor, fatores associados e um exame físico metódico para um correto diagnóstico. O diagnóstico das lombalgias é, geralmente, clínico. Exames de imagem em geral não são solicitados em lombalgias agudas, apenas nos casos em que são observados alguns sinais de alerta como febre, perda de peso, déficit neurológico, idade acima de 50 anos e trauma. Quando há persistência da dor por mais 4-6 semanas os exames devem ser solicitados.

## Exames

- Radiografia
- tomografia computadorizada,
- a ressonância magnética
- mielografia

## TRATAMENTO

O objetivo inicial do tratamento é o alívio da dor. Podem ser usadas várias medicações incluindo analgésicos, Antiinflamatórios, mio relaxantes, corticoides e opioides, sempre após avaliação do risco-benefício de cada uma delas. O repouso, embora recomendado na fase aguda, deve limitar-se a um curto período uma vez que seu prolongamento



retarda a recuperação e favorece a cronificação do processo sobretudo por facilitar a perda de força muscular. Na lombalgia crônica nenhuma terapia isolada é eficiente. Os mesmos medicamentos da fase aguda podem ser usados e em alguns casos há benefícios importantes com o uso de algumas classes de antidepressivos em baixas doses para controle da dor. A reabilitação com exercícios de alongamento e fortalecimento muscular além da reeducação postural são fundamentais para reduzir os sintomas e prevenir o retorno das dores. Outras intervenções incluem TENS, acupuntura, terapia cognitivo-comportamental e infiltração. Os coletes e cintas só devem ser usados na crise aguda ou quando há instabilidade da coluna.

### **Luxação de Ombro**

A luxação do ombro ocorre quando a cabeça do úmero (osso do braço) sai da cavidade oca da escápula (chamada glenóide). Essa luxação pode ocorrer quando o ombro é empurrado com força para cima ou para fora, ou por uma rotação externa do úmero.

As luxações glenoumerais são geralmente classificadas de acordo com a direção do deslocamento do úmero.

Luxação parcial (também chamada de sub luxação): a cabeça do úmero deixa a cavidade momentaneamente e depois retorna ao seu lugar.

Luxação total: a cabeça do úmero sai completamente do seu lugar.

A luxação do ombro também pode ser acompanhada por uma fratura: uma pessoa pode sofrer uma fratura e uma luxação ao mesmo tempo. Em alguns casos, os nervos e vasos sanguíneos podem ser lesados com luxação grave do ombro, uma situação que requer atenção médica imediata.

### **Causas**

- Uma queda em um braço estendido
- Um golpe direto na área do ombro, como em um acidente de carro
- Para um lance, levantamento de peso ou acerto vigoroso
- Aplicação de força em um braço estendido, por exemplo, em um tackle no futebol americano



### Sintomas

- Instabilidade e fraqueza na área do ombro
- Incapacidade de mover o ombro
- Inchaço
- Contusões
- O contorno do ombro não parece normal
- Dormência e formiguelo perto do ombro, no braço ou nos dedos

### Diagnóstico

- Exame físico
- Radiografia

### Tratamento

- Redução fechada: o médico colocará a cabeça do úmero de volta na cavidade do ombro, aplicando tração no braço. Deve ser feita analgesia antes de fazer deste procedimento.
- Imobilização: após a redução, é necessário usar um estilingue ou um dispositivo chamado imobilizador do ombro para evitar que o ombro se mova. Geralmente, o ombro fica imobilizado por cerca de quatro semanas, mas a recuperação total leva vários meses.
- Analgesia: Anti-inflamatórios

### PROTOCOLO DE AVC

O acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de morte no mundo, sendo a principal no Brasil. A implementação de diretrizes clínicas é uma importante ferramenta de melhoria da qualidade do cuidado ao acidente vascular cerebral isquêmico. Atualmente, entre os possíveis tratamentos no cuidado do AVC com elevado nível de evidência científica (CLASSE IA), estão o uso de trombolítico e a internação em



unidades de AVC Com o objetivo de atender o paciente com quadro de acidente vascular cerebral, será implantado um protocolo assistencial multidisciplinar envolvendo os diversos serviços presentes na linha de atendimento este paciente durante todo o período de internação.

O paciente que chega ao serviço de Emergência é avaliado quanto à instalação de sintomas neurológicos para elegibilidade de tratamento trombolítico.

### Protocolo Sepses

Antigamente chamada de septicemia ou infecção no sangue, a sepsis hoje é mais conhecida como infecção generalizada. É uma doença de alta incidência e mortalidade na população, sendo uma das principais causas de internação nas unidades de terapia intensiva.

A resposta do corpo ao agente infeccioso leva a uma inflamação generalizada do organismo que pode vir a comprometer o funcionamento de vários dos órgãos e sistemas. Esse quadro é conhecido como disfunção ou falência de múltiplos órgãos.

É uma doença que se não diagnosticada adequadamente e tratada precocemente apresenta uma alta mortalidade. Dados do Instituto Latino-Americano da Sepsis mostram que a mortalidade no Brasil, nos casos mais graves da doença, é de 46%.

O diagnóstico da Sepsis é realizado pelo exame clínico, exames laboratoriais e de imagem. Os principais sintomas na vigência de um quadro infeccioso são: febre ou hipotermia, confusão mental ou alteração do nível de consciência, diminuição do volume urinário, falta de ar, hipotensão, taquicardia, entre outros.

A avaliação médica é necessária para caracterizar a gravidade do caso e o diagnóstico, inclusive avaliando a necessidade de internação na unidade de terapia intensiva. As primeiras horas do tratamento são as mais importantes nos casos mais graves. O rápido tratamento com antibióticos, utilização de hidratação venosa, monitorização contínua e avaliação de exames laboratoriais são fundamentais para a boa evolução da doença.

O IGPP propõe um protocolo assistencial gerenciado de atendimento a sepse objetivando o diagnóstico e o tratamento precoce destes quadros, tendo resultados bastante satisfatórios quando comparados com dados brasileiros e mundiais.

## PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA

Existe uma variedade de condições clínicas que se manifestam por dor torácica sendo primordial a identificação de situações que ofereçam risco eminente de morte. Como a síndrome coronariana aguda (SCA) representa 1/5 das causas de dor torácica e possui significativa morbimortalidade, a abordagem inicial é baseada no princípio de identificar ou afastar este diagnóstico, definir necessidade ou não de internação ou transferência para unidade de tratamento intensivo e subsequentemente o início de tratamento farmacológico e não farmacológico.

Trata-se de um protocolo gerenciado para o atendimento a pacientes com queixas de dor torácica aguda, ou seja, sintomas compatíveis com a possibilidade de serem decorrentes de uma SCA ou de outras doenças cardiovasculares graves. A avaliação desse protocolo tem fundamental importância, principalmente quando nem o quadro clínico inicial e nem o eletrocardiograma (ECG) de admissão são suficientes para definir o diagnóstico e o risco de eventos cardiovasculares desfavoráveis no curto e nos médios prazos.

Os objetivos deste protocolo são: estabelecer ferramenta essencial de suporte à tomada de decisão das SCA, priorizar o emprego das melhores evidências da literatura atual, visando segurança, do paciente e efetividade do processo e estabelecer orientações durante a internação e na alta que visem ajudar nas decisões clínicas.

## PROTOCOLO: INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO– (ITU)

### DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (CID10)

N39.0 Infecção do trato urinário de localização não especificada

N11.0 Pielonefrite não-obstrutiva crônica associada a refluxo

N30.9 Cistite não especificada

### INTRODUÇÃO



### Conceito

Infecção do trato urinário (ITU) caracteriza-se pela invasão e multiplicação bacteriana em qualquer seguimento do aparelho urinário. É considerada a infecção bacteriana mais comum em lactentes, principalmente nos primeiros meses de vida.

### Incidência

Atinge preferencialmente o sexo feminino (proporção de cerca de 3 fem. :1 masc), exceto durante o primeiro mês de vida quando predomina no sexo masculino. A infecção urinária prevalece nos primeiros anos de vida, atingindo seu pico máximo, por volta dos 3 a 4 anos de idade.

### Agentes etiológicos

- E. coli ocorre em mais de 80% das ITU em meninas e em menos de 40% das ITU em meninos.
- Proteus sp é mais frequente em meninos e está associada a presença de fimose e contaminação pelo esmegma. Pode ser causa de calculose, pois sintetiza uréase, que metaboliza ureia em CO<sub>2</sub> e amônia, alcalinizando a urina e formando cálculos, embora a presença de cálculo coraliforme é mais encontrada no sexo feminino.
- Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus sp são mais frequentes após a manipulação das vias excretoras e/ou uso de antibioticoterapia pregressa.
- Klebsiella sp e Streptococcus do grupo B são mais frequentes em adolescentes e, nas adolescentes sexualmente ativas, destacam-se as infecções por Staphylococcus saprophyticos.
- Fungos, vírus e anaeróbios são outras causas de ITU.

### Vias de infecção Ascendente:

- No sexo feminino as bactérias provêm do intestino grosso, deslocam-se para o introito vaginal e área Peri uretral e daí ascendem para o trato urinário superior.
- Existem evidências que este fato ocorre também nas ITU do período neonatal. Neonatos nascidos de parto vaginal, cujas mães são portadoras de bactérias uropatogênicas no intestino, têm probabilidade de ITU 4 vezes maior.
- É mais rara no sexo masculino, pela proteção que a extensão da uretra proporciona.

### Hematogênica:



- Ocorre principalmente no período neonatal determinando ITU grave, que pode evoluir com sepse, com manifestações neurológicas, sendo que a cepa causadora de bacteremia é a mesma da ITU em 50% dos casos.

#### CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Sintomatologia própria do trato urinário: disúria; polaciúria; tenesmo, urgência e retenção ou incontinência urinárias, associada ou não a sintomas gerais como febre, prostração, anorexia, vômitos, dor abdominal e crescimento deficiente.
- Recém-nascidos É nesta faixa etária que o diagnóstico clínico é mais difícil, uma vez que os sintomas urinários são pobres e os gerais são compatíveis com diversos quadros infecciosos, retardando o tratamento correto. Não é raro manifestar-se somente com hipoatividade, anorexia, regurgitação ou vômitos, distensão abdominal e íleo adinâmico.
- Lactentes É comum apresentarem febre, anorexia, vômitos, crescimento deficiente e alteração do hábito intestinal. Não é raro manifestar-se com hipoatividade, distensão abdominal e íleo adinâmico.
- Pré-escolares, escolares e adolescentes Passam a ter queixas urinárias mais específicas (disúria, polaciúria, urgência para urinar, retenção, enurese etc.).

#### CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Balanopostite ou vulvovaginite: Leucorreia acompanhada de eritema, edema ou exulceração da região periuretral, em 50% dos casos, tem sintomas urinários que melhoram com tratamento tópico. Só cerca de 8% dos casos evoluem com ITU. Frequentemente está associado a oxiuríase.
- Leucorréia é indicação de coleta da urina por punção supra púbica ou sondagem vesical.

#### ANAMNESE

- Idade: Recém-nascidos tem risco maior de apresentar bacteremia do que as crianças de 1 a 3 meses de idade que, por sua vez, tem risco maior do que as crianças de 3 a 36 meses. Entre 3 e 36 meses de idade, as taxas de bacteremia oculta são comparáveis. Acima de três anos de idade, a importância da bacteremia é menor.

- Hábito miccional: Frequência, periodicidade e volume das micções e perdas involuntárias de urina (enurese noturna e/ou diurna) das crianças com controle esfinteriano total ou parcial.
- Sintomas urinários: Como disúria, polaciúria, tenesmo, urgência, retenção, incontinência.
- Presença de febre: O risco de infecção severa aumenta proporcionalmente com a temperatura, principalmente acima de 39°C.
- Presença de outros sintomas: Como Cefaléia (pode ser devida a HAS), prostração, anorexia, vômitos, dor abdominal e crescimento deficiente.
- Presença de Leucorréia (vulvovaginite) ou presença de fimose com balanopostite.
- Hábito intestinal / verminose (prurido anal).
- Aceitação de alimentos e de líquidos.
- Medicamentos, como antibióticos, que já usou ou está usando.
- Doenças anteriores, principalmente outros episódios de ITU e como foram caracterizados e tratados.

#### EXAME FÍSICO

- Dados vitais (importante medir pressão arterial)
- Dados antropométricos e seus respectivos percentis
- Palpação e percussão das lojas renais, sinal de Giordano
- Exame dos genitais: malformações, fimose (balanopostite) / vulvovaginite (Leucorréia).
- Exame da coluna vertebral, particularmente a lombossacra.

#### PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS Para Confirmação Diagnóstica

- Urina tipo I o Alterado em + 80 % dos casos nos primeiros surtos de ITU. espaço Quando há poliúria, torna-se menos expressiva e até mesmo normal, mesmo na vigência de ITU. Nestes casos deve-se valorizar mais os sintomas, mesmo com pouca leucocitúria. o Leucocitúria, hematúria e cilindrúria são só sugestivas de ITU, mas não permitem seu diagnóstico definitivo. Podem ocorrer por inflamações não relacionadas à ITU (vulvovaginite, balanopostite, virose, reação pós-vacinal, gastroenterocolite, desidratação, manipulação instrumental ou cirúrgica do trato urinário ou digestivo).

- Urocultura o É o exame que confirma a ITU. o Confiabilidade depende da coleta adequada.
- Modo de coleta: o Saco coletor plástico (SCP): Após assepsia dos genitais, troca a cada 20 a 30 minutos e, caso não haja diurese fazer nova assepsia – é pouco confiável, mesmo com técnica correta (85% dos casos são falsos positivos), mas o resultado negativo torna ITU pouco provável (tem valor preditivo negativo) o Punção supra púbica (PSP) ou sonda vesical (SV): crianças < 18 meses ou sem controle esfinteriano:

- o Jato intermediário (JI): Crianças maiores com controle esfinteriano, exceto quando com vulvovaginite ou balanopostite.

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>➤ <u>Indicação de PSP ou sondagem vesical:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* quadro infeccioso grave, se &lt; 3 anos</li> <li>* vulvovaginite / balanopostite</li> <li>* fimose importante</li> <li>* urocultura duvidosa (SCP)</li> </ul> | <p>➤ <u>Contra indicação de PSP:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* íleo paralítico</li> <li>* dermatite intensa no local da punção</li> <li>* coagulopatias</li> <li>* abdômen agudo</li> </ul> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- o Bacteriúrias significativas:

|                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>* <u>Jato Intermediário (JI)</u></p> <p>&lt; 10<sup>4</sup> colônias/ml = contaminação</p> <p>10<sup>4</sup> - 10<sup>5</sup> colônias/ml = suspeito</p> <p>&gt; 10<sup>5</sup> colônias/ml = infecção</p> | <p>* <u>Sondagem Vesical (SV)</u></p> <p>10<sup>2</sup> ou mais bactérias/ml.</p> <p>* <u>Punção supra-púbica (PSP)</u></p> <p>qualquer número</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Outros exames de Laboratório:

- Hemograma completo o Indicação: Se há suspeita de infecção sistêmica (toxemia) ou anemia. o Frequência: 1 vez e repetir se necessário.
- Hemocultura o Indicação: Se há suspeita de infecção sistêmica (toxemia). o Frequência: 1 vez, antes de iniciar antibioticoterapia empírica, e repetir se necessário.
- Provas de função renal (ureia, creatinina, “clearance” da creatinina, Na +, K +, Cl -, gasometria venosa) o Indicação: Diagnóstico confirmado o Frequência: 1 vez e repetir se necessário ou ao final do tratamento, se alteradas.

## TRATAMENTO

- A antibioticoterapia empírica deve ser iniciada logo após a coleta adequada da urocultura, uma vez que seu resultado demora de 1 a 5 dias.
- A escolha do antimicrobiano mais adequado baseia-se no antibiograma e na observação da resposta ao tratamento com antibióticos empírico e na ocorrência de recorrência ou reinfeção.
- Neonatos e lactentes: o Início:

- Mais precocemente possível (alto risco de bacteremia e sepsis a partir do foco infeccioso). Em crianças até 3 meses de vida, é preferível, dependendo das condições socioculturais, iniciar o tratamento com a criança internada.
- Medidas gerais: suporte hidroeletrolítico adequado e tratamento dos sintomas gerais, como febre e vômitos. o Antibioticoterapia empírica: aminoglicosídeo ou cefalosporina de 3ª geração ou associação [ampicilina + gentamicina] ou [amicacina + ampicilina + ceftriaxona], dependendo da gravidade do quadro clínico inicial.
- Duração: de 10 a 14 dias, com controle de urocultura 2 a 5 dias após o término. *Klebsiella* sp e *Enterobacter* sp são frequentes em neonatos podendo causar ITU de difícil resolução.
- Tratar obstipação intestinal, se houver.
- Crianças maiores e adolescentes:
  - Medidas gerais: suporte hidro-eletrolítico adequado (se possível por via oral) e tratamento dos sintomas gerais, como febre, vômitos, disúria etc. o Sempre que possível usar antibióticos por via oral (ver tabela abaixo)
  - Tratamento por 10 dias e controle de urocultura 2 a 5 dias após o término do antibiótico.
  - Tratar obstipação intestinal, se houver, e disciplinar as micções quando com controle esfinteriano.

| <b>TRATAMENTO POR VIA ORAL</b><br>(a maioria dos antimicrobianos requer ajuste de dose para insuficiência renal) |                                                                                                                              |                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Droga</b>                                                                                                     | <b>Dose</b>                                                                                                                  | <b>Contra-indicações</b>                                                                                                                 |
| <b>Nitrofurantoína</b> (1ª escolha)<br>(Hantina® - 5 mg/mL)                                                      | • 3 mg/kg/dia, dividido de 6/6 ou 8/8 horas.                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 6 meses de vida.</li> <li>• Hipersensibilidade</li> <li>• Insuficiência renal</li> </ul>   |
| <b>Ácido nalidíxico</b> (2ª escolha)<br>(Wyntomilon® - 50 mg/mL)                                                 | • 30 a 50 mg/kg/dia, 6/6 ou 8/8 horas.                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 6 meses de vida.</li> <li>• Hipersensibilidade</li> <li>• Insuficiência renal</li> </ul>   |
| <b>Sulfametoxazol-trimetoprim (TMP)</b><br>(3ª escolha)                                                          | • 8 a 10 mg de TMP /kg/dia, 12/12 horas.                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 2 meses de vida</li> <li>• Def. G6PD, porfiria</li> <li>• Anemia megaloblástica</li> </ul> |
| <b>Outras opções</b> (de acordo com antibiograma ou se com orientação do SCIH)                                   |                                                                                                                              |                                                                                                                                          |
| <b>Cefalexina</b> (1ª ger)                                                                                       | • 50 a 100 mg/kg/dia, 6/6 horas.                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Altera a flora intestinal, alta resistência aos uropatógenos habituais</li> </ul>               |
| <b>Cefaclor</b> (2ª ger)<br>ou<br><b>Cefurixima axetil</b> (2ª ger)                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 a 40 mg/Kg/dia, 8/8 horas.</li> <li>• 20 a 30 mg/Kg/dia, 12/12 horas.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Repercussão na flora intestinal</li> <li>• Alergia a penicilinas</li> </ul>                     |
| <b>Ciprofloxacina</b><br>Usar nas ITUs complicadas, como as por <i>Pseudomonas</i> sp em bexiga neurogênica      | • 20 a 30 mg / kg / dia, 12/12 horas (máx 500 mg/dose).                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 18 meses de vida.</li> </ul>                                                               |

| <b>TRATAMENTO POR VIA INTRAMUSCULAR (IM) OU INTRAVENOSA (IV)</b><br>(a maioria dos antimicrobianos requer ajuste de dose para insuficiência renal)<br><b>Indicação:</b> < 3 meses, evolução para pielonefrite e/ou septicemia (febre alta, toxemia). |                                                                                                                                                                |                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Droga</b>                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Dose</b>                                                                                                                                                    | <b>Contra-indicações</b>                                                                |
| <b>Amicacina</b> (1ª escolha)                                                                                                                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>15 mg/Kg/dia, 1x/dia (máx 1,5 g/dia)</li> <li>RNPT: 7,5 a 10 mg/Kg/dia, 1x/dia</li> </ul>                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Manter níveis séricos de 20 a 30 mg/L</li> </ul> |
| <b>Gentamicina</b>                                                                                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>6 a 7,5 mg/Kg/dia, 8/8 hs</li> <li>RNPT: 2,5 mg/Kg/dose, a cada 12 ou 24 horas</li> </ul>                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Manter níveis séricos de 8 a 10 mg/L</li> </ul>  |
| <b>Ampicilina</b>                                                                                                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>100 a 200 mg/kg/dia, 6/6 horas</li> </ul>                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Hipersensibilidade</li> </ul>                    |
| <b>Ceftriaxona</b>                                                                                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>50 a 100 mg/Kg/dia, 12/12 ou 24/24 horas. (máx 4 g/dia).</li> <li>RN: 25 a 50 mg/Kg/dia, 1x/dia (máx 125 mg)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Hipersensibilidade</li> </ul>                    |
| <b>Ciprofloxacina</b><br>Usar nas ITUs complicadas, como as por <i>Pseudomonas sp</i> em bexiga neurogênica                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>10 a 20 mg / kg / dia, 12/12 horas (máx 400 mg/dose)</li> </ul>                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 18 meses de vida.</li> </ul>                |

#### CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

- \* Incapacidade de ingerir líquidos.
  - \* Suspeita de infecção grave com toxemia ou íleo adinâmico \* < 3 meses ou condição socioeconômica desfavorável.
  - \* Persistência de febre por mais de 24 horas em criança que não estiver clinicamente bem
- #### CRITÉRIOS DE ALTA
- \* Ausência de febre alta.
  - \* Ausência de sinais clínicos de toxemia, desidratação ou distúrbios metabólicos.
  - \* Paciente mantém-se clinicamente estável, com boa aceitação alimentar.

#### RECOMENDAÇÕES AO PACIENTE / RESPONSÁVEL DURANTE O TRATAMENTO

- Solicitar aos acompanhantes ajuda na avaliação da variação da temperatura, aceitação alimentar, náuseas, vômitos, fezes (nº, aspecto e volume) e diurese.
- Explicar, em linguagem acessível, a importância desta doença, aparentemente simples: só 20 a 30 % das crianças, particularmente meninas, apresentam um único surto. importância do grupo etário baixo como fator de risco para sepse. importância do retardo do diagnóstico como fator de risco para pielonefrite e formação de cicatriz renal. de 6 a 15% dos portadores de cicatrizes renais podem evoluir com insuficiência renal crônica e hipertensão arterial.
- Crianças maiores também devem ser esclarecidas sobre sua doença, seu tratamento e sua evolução, bem como ser consultadas e informadas sobre as orientações a serem seguidas, inclusive após a alta.





- Habilitar os pais e responsáveis nas técnicas de medicação (vias de administração, doses, horários).
- Orientar a importância da observação e da correção dos hábitos intestinais e urinários para a eficiência do tratamento ou, pelo menos, aumentar o intervalo entre novos surtos.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carvalho ES, Marques SR: Infecção em pediatria. J Pediatr. 75(7): p 31, 1999.
2. Departamento de Nefrologia Pediátrica da Sociedade de Pediatria de São Paulo: Tratamento da infecção do trato urinário na infância. Recomendações – Atualização de Condutas em Pediatria
- 3: p 7, 2002. 3. Guidoni, EBM, Toporovski J: Infecção urinária na adolescência. J Pediatr. 77(8): p 165, 2001.
4. Koch, VH, Zuccolotto SMC: Infecção do trato urinário: em busca das evidências. J Pediatr. 79(7): p 97, 2003

### PROTOCOLO CLÍNICO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL HEMORRÁGICO

#### Introdução

É a hemorragia que ocorre dentro do parênquima encefálico, resultante da ruptura física das paredes vasculares ou de anormalidades dos componentes sanguíneos.

A causa mais comum é a hipertensão arterial (40/60%), mas outras causas podem estar envolvidas:

- (10/20%)- Malformação vascular
- (05/10%)- Angiopatia por depósitos de amiloide
- (02/10%)- Neoplasma
- (01/05%)- Álcool e outras drogas
- (05%)- Anticoagulantes e trombolíticos
- (05%)- Outros (coagulopatia, enxaqueca, vasculites)

Os locais mais comumente afetados pela hemorragia são os núcleos da base, a região subcortical dos lobos, cerebelo e ponte.

#### Achados Clínicos



Instalação súbita de déficit neurológico focal que progride de minutos a horas, acompanhada de cefaleia, náuseas e vômitos, diminuição do nível de consciência e presença de hipertensão arterial. Convulsões podem ocorrer em apenas de 6 a 7% dos pacientes e são mais comuns nas hemorragias lombares que nas profundas.

Variações na apresentação do déficit neurológico focal assim como do comprometimento do nível de consciência ocorrem de acordo com o local afetado e a extensão da hemorragia.

#### Diagnósticos Diferenciais

Embora sinais clínicos possam sugerir, eles não são suficientemente seguros para distinguir hemorragia intraparenquimatosa de infartos encefálicos.

No entanto, a tomografia computadorizada (TC) de crânio pode confirmar ou descartar uma hemorragia precoce.

Faz-se necessário o diagnóstico diferencial da hemorragia, visto que muitas vezes a etiologia influencia a conduta.

São causas de hemorragia intracerebral:

Abuso de álcool e drogas;

Angiopatia amiloide cerebral;

Coagulopatia;

Distúrbios plaquetários;

Endocardite bacteriana (aneurismas micóticos);

Hemorragia em infartos cerebrais;

Hemorragia em tumores;

Hepatopatias;

Hipertensão arterial;

Malformações vasculares;

Trauma;

Uremia;

Uso de drogas anticoagulantes ou trombolíticos;

Vasculites.

Exames Complementares

Coagulograma completo;

Dosagem de eletrólitos, ureia e creatinina;

Ecocardiograma quando houver suspeita de endocardite bacteriana;

Eletrocardiograma;

Exame de radiografia simples de tórax deve ser realizado em todos os casos;

Hemograma completo;

Ressonância nuclear magnética e/ou arteriografia cerebral em casos selecionados, principalmente quando houver suspeita de malformações arteriovenosas (MAVs), cavernomas ("MAV oculta") ou neoplasias que não puderam ser esclarecidas pela tomografia computadorizada;

Tomografia Computadorizada de crânio.

Conduta Terapêutica

Cabeceira elevada a 30 graus;

Controle da pressão arterial (PA) para níveis inferiores a 180 mmHg (PA sistólica) e 150mmHg (PA diastólica) ou PA média entre 100 e 130 mmHg.

Se necessário utilizar metoprolol, captopril ou nitroprussiato de sódio

Evitar hipotensão arterial;

Manter euvolemia, evitar usar soluções hipomolares;

Monitoração cardíaca nas primeiras 48hs;

Monitoração da pressão intracraniana (PIC) se suspeita de PIC elevada ou deterioração do nível de consciência, em geral quando score na escala de coma de Glasgow < 9;

Profilaxia de crises convulsivas: Fenitoína 300 mg/dia, deve ser descontinuada se não ocorrerem crises convulsivas após 1 mês.;

Prótese ventilatória, se indicada, conforme critérios de insuficiência respiratória;

Tratamento das causas subjacentes quando identificadas;

Tratar hipertermia (temperatura maior/igual 38 graus C);





Quando PIC > 20mmHg, tratar de acordo com a causa subjacente, efeito de massa do hematoma ou hidrocefalia e pode compreender:

Osmoterapia (manitol 20% 0,25-0,5 g/kg);

Hiperventilação moderada por curtos períodos (30 minutos Pco2 entre 30 e 35 mmHg);

Sedação e bloqueio neuromuscular;

Drenagem ventricular e evacuação cirúrgica do hematoma.

Medidas Profiláticas

Aumento do consumo de frutas e vegetais;

Monitoração rigorosa da anticoagulação para níveis de RNI < 3,0;

Redução do consumo de álcool e drogas simpatomiméticas;

Seleção cuidadosa de pacientes candidatos a trombólise no infarto do miocárdio e no AVC isquêmico;

Tratamento adequado das comorbidades associadas;

Tratamento isolado da hipertensão arterial sistólica reduz o risco de hemorragia intracerebral em torno de 50%;

## PROTOCOLO CLÍNICO PARA ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO

O Acidente Vascular Encefálico-Isquêmico (AVEs) é um infarto encefálico resultante da interrupção súbita do fluxo sanguíneo focal, determinando perda da função neuronal, que pode ser irreversível.

Os AVEs são subdivididos em:

Aterotrombóticos

Embólicos

Infartos lacunares

Achados Clínicos

A característica mais típica dos sintomas nos AVEs é o início súbito.

Os sinais e sintomas específicos freqüentemente refletem o tamanho e o território vascular envolvido e podem incluir:

Afasia ou negação e heminegligência

Agnosias



Amnésia  
Analgesia facial  
Anestesia dolorosa  
Anomia tátil  
Apraxias  
Ataxia cerebelar  
Cegueira ipsilateral  
Disartria  
Disdiadococinesia  
Disfagia  
Dismetria  
Distúrbios da capacidade de resposta (abulia ou mutismo acinético)  
Hemianopsia  
Hemibalismo  
Hemiparesia e hemianestesia contralaterais  
Incoordenação  
Nistagmo  
Paralisia facial  
Paralisia oculomotora  
Perda da gustação  
Rouquidão  
Surdez  
Vertigem  
Zumbidos  
Sintomas Gerais  
Cefaléia  
Convulsões e coma podem ocorrer, mas não necessariamente  
Vômitos  
Diagnósticos Diferenciais

Os diagnósticos diferenciais das hemorragias e dos infartos causados por trombose ou embolias têm importantes implicações prognósticas e terapêuticas.

O diagnóstico diferencial deve ser lembrado em qualquer paciente que apresente um distúrbio focal lateralizante da função cerebral.

As neoplasias e os abscessos geralmente evoluem em dias ou semanas e a história aliada à tomografia computadorizada é suficiente para eliminar essas possibilidades.

Na presença de coma, outros diagnósticos devem ser considerados:

Distúrbios metabólicos da glicose

Função renal

Eletrólitos

Intoxicação por drogas (álcool, barbitúricos)

As crises convulsivas e o déficit pós-ictal imediato podem simular um AVE

Na enxaqueca com aura pode haver dificuldades na diferenciação com diagnóstico de AITs principalmente no caso de sintomas visuais, visto tratar-se de fenômeno autolimitado; as auras, no entanto, raramente incluem sintomas motores, sensoriais, de linguagem ou comportamento.

Nos traumatismos deve-se atentar para a história e a presença de sinais externos, nem sempre presentes

Exames Complementares

A tomografia computadorizada de crânio (TC) deve ser realizada o mais precocemente possível para distinguir o AVC isquêmico do AVC hemorrágico.

Obs.: atenção especial para:

Sinais tomográficos precoces de isquemia

Obliteração focal de sulcos e cisternas

Hipodensidade da substância branca

Sinal da artéria cerebral média hiperdensa

Eletrocardiograma é indispensável devido à alta incidência de doenças cardíacas associadas

Testes laboratoriais:

Hemograma e coagulograma completos

Dosagem de eletrólitos

Glicemia

Uréia e Creatinina

Conduta Terapêutica

Avaliação clínica inicial completa

Cabeceira elevada a 30 graus

Monitoração cardíaca

Suplementação de oxigênio quando saturação de O<sub>2</sub> < 92%

Tratamento da hipertensão: (>200-220mmHg p/P.A. sistólica ou 120 mmHg p/P.A. diastólica), exceto se associado com insuficiência cardíaca, dissecção de aorta, infarto do miocárdio ou angina, insuficiência renal ou candidato à trombólise

Se necessário ao tratamento usar Captopril VO ou Nitroprussiato de Sódio EV Controle rigoroso da glicemia mantendo níveis inferiores a 180mg/dl.

Controle rigoroso de temperatura mantendo-a menor que 37,8 graus C

Soluções hipotônicas são contraindicadas devido ao risco de piora do edema cerebral

Administrar AAS na dose de 165-325 mg VO (média 200mg/dia) nas primeiras 24 a 48 hs. após início dos sintomas

Profilaxia da TVP deve ser realizada normalmente

Para paciente rigorosamente selecionado de acordo com os critérios de inclusão e exclusão do NINDS (National Institute of Neurological Disorders and Stroke Study) deve-se administrar o Rt-PA 0,9 mg/kg IV (dose máxima de 90 mg), 10% em “bolus” (1 minuto) e o restante dentro de um período de 60 minutos

Medidas Profiláticas

Controle rigoroso de comorbidades como:

Cardiopatias

Diabetes Mellitus

Dislipidemia

Hipertensão Arterial

Evitar ou tratar:

Ataques isquêmicos transitórios (AITs)



Drogas estimulantes (efedrina, pseudoefedrina, metilfenidato, cocaína, anfetaminas)

Estenose carotídea

Etilismo

Sedentarismo

Tabagismo

Trombofilias

Uso de contraceptivos orais principalmente quando associados a outros fatores de risco, inclusive migrânea

Vasculites

## PROTOCOLO CLÍNICO PARA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

### Introdução

A ressuscitação cardiorrespiratória cerebral é um conjunto de medidas que visa à restauração da atividade cardíaca espontânea em paciente que apresenta quadro de parada cardiorrespiratória (PCR).

Podemos definir PCR como sendo uma situação súbita e inesperada de deficiência absoluta de oxigenação tissular, seja por ineficácia circulatória, seja por cessação da função respiratória. A definição aplica-se a situações potencialmente reversíveis, tais como: fibrilação ventricular por trombose coronariana ou por choque elétrico, afogamento ou distúrbio metabólico transitório (cetoacidose do diabético).

Pacientes com patologia grave e irreversível, como os portadores de neoplasia disseminada e idosos com falência orgânica múltipla, que estão caminhando para um fim digno de sua existência, devem ser respeitados pelos médicos, permitindo a companhia de seus familiares e proporcionando analgesia e conforto.

### Achados Clínicos

A identificação da PCR deve ser rápida, pois os danos cerebrais surgem após 4 minutos da interrupção do fornecimento de oxigênio.

O diagnóstico deve ser feito sempre clinicamente; em paciente com perda súbita de consciência, realizar a palpação digital dos pulsos carotídeos ou femurais e caso estejam ausentes, deve ser feito o diagnóstico de PCR.



Não se deve esperar por outros sinais, como a dilatação pupilar (que surge após 45 seg.) ou a cessação dos movimentos respiratórios (que podem perdurar por mais de 1 min.).

#### Diagnósticos Diferenciais

O principal diagnóstico diferencial, como citado acima, é com a morte que deve ser respeitada e aceita pelo médico-assistente.

Devemos ainda diferenciá-la de:

Síncope vagal;

Brade arritmias;

Crises convulsivas;

Hipertensão intracraniana;

Acidente vascular cerebral;

#### Exames Complementares

O exame subsidiário indispensável tanto para o diagnóstico como para o acompanhamento do procedimento é a monitoração cardíaca contínua.

Deve-se colher o mais breve possível:

Gasometria arterial;

Dosagem sérica de sódio, potássio e magnésio;

Dosagem da glicemia, Htc e Hb.

#### Conduta Terapêutica

Suporte básico de vida: imediatamente após o diagnóstico de PCR, alguém solicitar ajuda e iniciar imediatamente as manobras de reanimação:

Posicionar o paciente em decúbito dorsal;

Imobilizar a coluna cervical caso haja suspeita de trauma;

Verificar se existe obstrução das vias aéreas;

Retirar corpos estranhos (inclusive próteses dentárias).

Tracionar o queixo e a mandíbula;

Avaliar a existência de movimentos respiratórios espontâneos; caso estejam ausentes, iniciar a ventilação, que pode ser feita:

Boca a boca;



Boca a nariz;

Com bolsa auto- inflante e máscara (ambu)

Com extensão de látex ligado à fonte de oxigênio, introduzindo-se em uma das narinas e ocluindo-se a outra com a mão. A ventilação, sempre que possível, deve ser feita com altas concentrações de O<sub>2</sub>

A ventilação deve sempre ser feita com fluxo lento para evitar altas pressões nas vias aéreas superiores e consequente abertura do esôfago.

Após 2 ventilações, verificar a presença de pulso carotídeo por 5 a 10 segundos. Persistindo a ausência de pulso e havendo desfibrilador disponível, proceder à desfibrilação (posicionar as pás fortemente sobre o esterno e o ápice do coração iniciando com 200 joules., caso persista a fibrilação, 300 e 360 joules sem retirar as pás). Caso contrário, se não houver desfibrilador iniciar a compressão torácica externa, colocando-se as mãos espalmadas uma sobre a outra, na metade inferior do esterno, 2 cm acima do apêndice xifóide com os braços esticados e utilizando-se o peso do corpo para obter a depressão de 4 a 5 cm do esterno, com uma frequência de 100 compressões por minuto.

Intercalar compressão e ventilação na razão de 15:2; em paciente entubado sob ventilação mecânica, regular o ventilador para 12 ventil/min e realizar 100 compressões/min de forma ininterrupta até a chegada do desfibrilador.

No momento da chegada do desfibrilador, monitorar o paciente com as pás; caso ainda persista fibrilação, proceder à desfibrilação; caso contrário, voltar às compressões torácicas, proceder à intubação orotraqueal, acesso venoso (veia calibrosa, por exemplo, a antecubital;

não realizar passagem de cateter central por punção neste momento) mantido sempre com infusão contínua de SF 0,9% e iniciar drogas:

Vasopressoras (utilizar sempre):

Epinefrina 1 mg a cada 3 min seguida de bolus de 20 ml de SF 0,9% para atingir a circulação central;

Vasopressina 40 U EV em dose única.

Antiarrítmicas (se FV ou TV – taquicardia ventricular persistente):



Amiodarona 300mg diluídos em 20 ml de soro fisiológico 0,9% EV seguidos de mais 150mg EV após 5 min e infusão contínua de 1mg/min por 6 horas e 0,5mg/kg até dose máxima de 2g/24hs;

Lidocaína 1 mg/Kg EV em bolus, repetir a dose até 3mg/Kg no máximo (em paciente idoso não ultrapassar 1mg/kg);

Sulfato de magnésio (indicado se hipomagnesemia comprovada) 1 a 2g diluídos em 100ml de soro fisiológico 0,9% EV em 2 min;

Procainamida em infusão contínua de 30mg/min até dose total de 17/mg/kg.

Bicarbonato de sódio 1mEq/Kg, se o paciente apresentar:

Hiperpotassemia;

Acidose metabólica;

Overdose de antidepressivo tricíclico ou aspirina;

Reanimação de longa duração ou retorno à circulação espontânea após longo tempo de PCR.

Medidas Profiláticas da PCR:

Detectar precocemente e tratar as situações de risco como os distúrbios do ritmo cardíaco, hipoxemia, distúrbios metabólicos e hidroeletrólitos;

Respeitar os protocolos de tratamento de paciente isquêmico, mantendo-o sob monitoração contínua em unidade coronariana até estabilização do quadro;

Realizar profilaxia para TVP em paciente cirúrgico e acamado.

## PROTOCOLO DE ATENDIMENTO INICIAL NO IAM COM SUPRADESNÍVEL DE ST

### 1. INTRODUÇÃO

O infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST (IAMCS) caracteriza situação clínica de extrema gravidade e com risco de vida, determinada por oclusão de uma artéria coronária epicárdica. Trata-se de uma condição com tratamento específico, capaz de modificar sua história natural, devendo ser instituído o mais precocemente possível. A abordagem inicial no atendimento do IAMCS deve ser rápida e objetiva, iniciando pela avaliação das características da dor torácica e dos sintomas associados,



história pregressa relevante, pelo exame físico direcionado e realização do eletrocardiograma (ECG).

## 2. DIAGNÓSTICO

Baseado na associação de dois ou mais dos seguintes critérios:

### a. Dor Torácica

Dor torácica anginosa persistente ao repouso, podendo ser desencadeada por exercício ou estresse, com duração maior ou igual a 20 minutos, irradiada para membros superiores e pescoço, com sintomas associados (dispnéia, náusea, vômitos), melhora apenas parcial aos nitratos. Está presente em 75-85% dos casos. Pode ser o primeiro episódio ou mudança no padrão de angina prévia.

### b. Alteração Eletrocardiográfica

Elevação nova do segmento ST no ponto J em duas ou mais derivações contíguas ( $> 0,2$  mV em precordiais e  $> 0,1$  mV em periféricas). Bloqueio de ramo esquerdo (BRE) novo ou presumivelmente novo.

### c. Marcadores de Necrose Miocárdica

Valores alterados de CK, CKMB atividade (disponíveis no HC), CKMB massa, troponinas ou mioglobina (indisponíveis no HC).

Obs: a presença ou ausência de marcadores de necrose miocárdica não deve ser levada em consideração para a indicação de terapia de reperfusão, devido ao fato de que estes marcadores apresentam elevação após o período ideal para terapia de reperfusão. Servem para confirmação diagnóstica, avaliação prognóstica e controle após reperfusão coronária.

## 3. AVALIAÇÃO IMEDIATA

O objetivo é identificar os pacientes candidatos à terapia de reperfusão e realização de diagnóstico diferencial.

CORRIDA CONTRA O RELÓGIO:

“Tempo é músculo!”

### 1. ECG em 10 minutos.



2. Trombolíticos em até 30 minutos.

Deve ser realizada em menos de 10 minutos da chegada do paciente.

1. Anamnese breve e direcionada para identificação de candidatos à terapia de reperfusão e possível contraindicação à trombólise farmacológica.

2. Exame físico direcionado com aferição dos dados vitais, palpação de pulsos, identificação de sinais clínicos de gravidade, escala de Killip e Kimball.

3. Monitorização cardíaca contínua.

4. Saturação de oxigênio.

5. ECG de 12 derivações, complementado com derivações direitas (V3R E V4R) e dorsais (V7 e V8) se infarto inferior.

6. Acesso venoso periférico.

7. Exames laboratoriais: marcadores cardíacos, eletrólitos e coagulação.

8. Rx de tórax (não é essencial, porém serve para avaliação de congestão pulmonar e possibilidade diagnóstica de dissecação aórtica).

9. Mnemônico "MONAB"

Morfina

Oxigênio

Nitratos

Aspirina

Betabloqueador

4. TRATAMENTO IMEDIATO

OXIGÊNIO

Fundamento:

- Limita a lesão miocárdica isquêmica; reduz a intensidade de elevação do segmento ST.

Efeito sobre morbimortalidade é desconhecido.

Dose e Administração:

- O2 deve ser administrado por máscara ou cânula nasal a 2-4 L/min

- Deve-se administrar O2 a todos os pacientes com  $SO_2 < 90\%$  por período indefinido (classe I, nível de evidência C).

- Após o diagnóstico nas primeiras 3-6 hs em todos os pacientes. (classe IIa, nível de evidência C).

- Após o diagnóstico após 6 hs em todos os pacientes. (classe IIb, nível de evidência C).

ASPIRINA (antiagregante plaquetário)

Fundamento:

- Inibe irreversivelmente a COX e a produção de TXA-A2, impedindo a agregação plaquetária, a reoclusão coronária e a recorrência de eventos após a terapia fibrinolítica.

Dose e Administração:

- Administrar 200 mg VO amassados ou para mastigar para todos os pacientes.

Continuar com dose diária de 100 mg indefinidamente após o IAM (classe I, nível de evidência A). Se houver náuseas, vômitos ou distúrbios do TGI superior, recomenda-se supositório de aspirina (não disponíveis no Brasil), na dose de 325mg. (classe I).

- Dose diária de AAS deve ser mantida indefinidamente (75-162mg) após IAM para todos os pacientes sem história de hipersensibilidade tipo I verdadeira (classe I, nível A).

Observações:

- Nos casos de contraindicações (úlceras pépticas ativas, hepatopatia grave, distúrbios hemorrágicos), hipersensibilidade ou não responsividade à aspirina pode-se usar Ticlopidina (classe IIb) ou Clopidogrel (classe IIa, nível C).

NITROGLICERINA E NITRATOS (agentes vasodilatadores)

Fundamento:

- Os nitratos dilatam (mecanismo mediado por óxido nítrico) as artérias coronárias, o leito vascular periférico e os vasos de capacitância venosa. Reduzem a dor isquêmica associada à isquemia coronária, embora não substituam a analgesia com narcóticos.

Obs: Não devem ser usados se a hipotensão limitar a administração do beta bloqueador, devido ao maior benefício desta última droga.

Indicações:

- Pacientes com desconforto torácico isquêmico persistente devem receber dinitrato de isossorbida 5 mg ou nitroglicerina 0,4mg SL, a cada 5 min, até um total de 3 doses. Após isto, deve-se avaliar a necessidade de manutenção de nitroglicerina IV. (classe I, nível de evidência C).

- Nitroglicerina IV está indicada para aliviar o desconforto torácico isquêmico persistente, controlar HAS ou manejar o tratamento de congestão pulmonar. (classe I, nível de evidência C).

Precauções:

- Não devem ser administrados em pacientes com PAS < 90mmHg ou decréscimo de PAS  $\geq$  30 mmHg em relação PAS de base; bradicardia severa (< 50 bpm); taquicardia (>100 bpm); ou IAM de VD suspeito. (classe III, nível de evidência C).

- Não devem ser administrados em pacientes que receberam inibidor de fosfodiesterase para disfunção erétil nas últimas 24 horas (48 horas para tadalafil). (classe III, nível de evidência B).

Dose e administração:

- Dinitrato de isossorbida (Isordil) 5mg SL, repetir 3 vezes em intervalos de 5-10 minutos; (evitar as preparações de liberação lenta nas primeiras horas pós-IAM pela labilidade hemodinâmica dos pacientes).

- Nitroglicerina spray (Nitronal) 2 doses medidas SL ou na língua.

- Nitroglicerina IV (Tridil, Nitronal) 25-50 mg, administrado em bomba infusora, conforme tabela 1.

Tabela 1

**Nitroglicerina IV :**

- Diluição: 1 ampola (25 mg) de Tridil® em 250ml de SG5%(concentração: 100mcg/ml) , administrar em bomba infusora.
- Bolo inicial: 12,5- 25mcg ( 1ml da diluição + 9ml SF0,9% e fazer 1,5 a 2,5ml IV ).
- Dose: inicial deve ser 10mcg/min (6ml/h) e deverá ser aumentada em 5- 10 mcg/min a cada 5- 10 minutos até melhora da dor ou ocorrer efeitos colaterais (↓ 10% PAS nos normotensos e ↓ 30% PAS nos hipertensos ).

| Índice de fluxo da diluição (ml/h) | mcg /min |
|------------------------------------|----------|
| 6                                  | 10       |
| 12                                 | 20       |
| 24                                 | 40       |
| 48                                 | 80       |
| 72                                 | 120      |
| 96                                 | 160      |

- Mononitrato de isossorbida (Monocordil) 10 mg, diluídos na infusão contínua de 2,5 mg/kg/dia; diluir 3 amp em 100ml SG5% e administrar em bomba infusora a 33 ml/h a cada 8 horas.

Complicações:

- Hipotensão sistêmica inesperada, muitas vezes refratária a vasopressores. Em caso de hipotensão, tratar rapidamente com atropina 0,5-15 mg IV (ampolas de 1ml com 0,5mg) e Trendelemburg.

Observações:

- O seu uso deve ser continuado além das primeiras 48 horas se houver IAM extenso ou complicado. (classe IIb).

## MORFINA

Fundamento:

- A morfina é um venodilatador que reduz a pré-carga do VE, diminui a resistência vascular sistêmica, reduzindo também a pós-carga e tem efeito analgésico sobre o SNC, reduzindo a ansiedade com efeitos simpáticos.

Indicações:

- Todos os pacientes com dor torácica isquêmica, IAM sem hipotensão ou depressão respiratória, edema agudo de pulmão (redistribui a volemia).

Dose e Administração:

- 1 ampola (1 amp = 10mg = 1mL de "Dimorf") diluída em 9 mL de diluente, aplicar 2-4 mL IV a intervalos de 5-15 minutos até o alívio da dor ou aparecimento de sinais de toxicidade. É a analgesia de escolha para manejar a dor associada ao IAMCS. Classe I, nível de evidência C.

Complicações:

- A intoxicação por morfina (hipotensão, depressão respiratória, vômitos severos) pode ser revertida com Trendelemburg, atropina 0,5 - 15 mg IV de 15-15 min e metoclopramida 1 a 2 amp IV (= 2 mL = 10 mg). Naloxone 0,4 - 2 mg IV a cada 2 min (antagonista da morfina) pode ser utilizado.

Observações:

- Outra opção analgésica é a Meperidina (Dolantina), deve ser utilizada quando não há morfina disponível. Diluir 1 ampola (= 2mL = 100 mg) em 8 mL de diluente e aplicar 2 mL IV em intervalos de 5-15 minutos até o alívio da dor ou evidente toxicidade.

## BETABLOQUEADORES



Fundamento:

- Prove a redução da incidência de re-infarto em pacientes que recebem terapia fibrinolítica; bloqueia o estímulo simpático sobre a FC e a contratilidade miocárdica, diminuindo o VO<sub>2</sub>; reduz a incidência de complicações mecânicas associadas em pacientes que não recebem terapia fibrinolítica; reduz a pós-carga ventricular bem como a extensão da lesão, a isquemia pós-infarto e a incidência de taquiarritmias ventriculares.

Indicações:

- Indicados nas primeiras 12 horas de sintomas, para todos os pacientes sem contraindicações, dor torácica persistente ou recorrente, taquiarritmias (FA com resposta ventricular rápida), IAMCS. (classe I).
- Contraindicações: FC < 60 bpm, PAS < 100 mmHg, insuficiência grave de VE, hipoperfusão, BAV grau I com intervalo PR > 0,24, BAV grau II ou BAVT,
- A terapia oral com betabloqueador deve ser administrada prontamente em pacientes sem contraindicações, a despeito da terapia fibrinolítica ou ACTP (Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea) primária. (classe I, nível de evidência A).
- É aceitável administrar betabloqueador IV prontamente em pacientes com IAMCS sem contraindicações, especialmente se há taquiarritmias ou HAS associados. (classe IIa, nível de evidência B).
- Pacientes com insuficiência cardíaca leve (estertores bi-basais sem sinais de baixo débito) ou DPOC podem utilizar, porém devem ser monitorados de perto. (classe IIb).
- Pacientes sem contraindicações e que não receberam beta bloqueador nas primeiras 24 horas do IAM, devem iniciá-lo e mantê-lo até a fase de convalescença do IAM. (classe I, nível de evidência A).
- Pacientes com contraindicação precoce ao de betabloqueador nas primeiras 24 horas devem ser reavaliados para o uso da terapia com beta bloqueador. (classe I, nível de evidência C).

Dose e administração:

| Betabloqueador | Dose inicial                                               | Dose ideal               |
|----------------|------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Metoprolol EV  | 5 mg a 1 mg/min com intervalo de 10 min até total de 15 mg |                          |
| Metoprolol VO  | 25 mg VO 12/12 horas                                       | 50-100 mg VO 12/12 horas |
| Carvedilol VO  | 3,125 mg VO 12/12 horas                                    | 25 mg VO 12/12 horas     |
| Propranolol EV | 1 mg ev a 1 mg/min a cada 5 min até total de 5 mg          |                          |
| Propranolol VO | 20 mg VO 8/8 horas                                         | 40-80 mg VO 8/8 horas    |
| Atenolol VO    | 25 mg VO 24/24 horas                                       | 50-100 mg VO 24/24 horas |

Contraindicações:

|                                                        |
|--------------------------------------------------------|
| — Frequência cardíaca < 60 bpm                         |
| — Pressão sistólica < 100 mmHg                         |
| — Intervalo PR > 0,24 segundos                         |
| — Bloqueio atrioventricular de 2º e 3º graus           |
| — História de asma ou doença pulmonar obstrutiva grave |
| — Doença vascular periférica grave                     |
| — Disfunção ventricular grave                          |

## 5. TERAPIA DE REPERFUSÃO

É conduta prioritária no tratamento do IAMCS nas primeiras 12 horas de evolução, possibilitando a recanalização coronariana e interrupção do dano ao miocárdio. Pode ser realizada por angioplastia transluminal coronariana percutânea primária (ATCP) ou através de agentes trombolíticos. Devem ser observados os seguintes aspectos antes da escolha da estratégia a ser utilizada.

1. Início dos sintomas.
2. Estratificação do risco do IAMCS (Killip e Kimball, TIMI Risk).
3. Risco e contraindicações aos trombolíticos.
4. Tempo de transporte estimado para laboratório de hemodinâmica.

### ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONÁRIA PERCUTÂNEA (ATCP)

Fundamento:

- Restaura a potência do vaso via dilatação arterial por cateter balão com 90% de sucesso quando realizada em centros experientes, com pessoal treinado. É uma técnica de reperfusão isenta do risco de sangramento associado a trombólise.

Possui uma maior taxa de potência do vaso e uma mortalidade menor em 40% do que a trombólise.

Indicações:

ATCP é preferível nas circunstâncias:

- Laboratório de hemodinâmica disponível com respaldo de equipe cirúrgica.
- o Porta-balão inferior a 90min.



o (Porta-balão) – (Porta-agulha) < 1 hora \*

- IAMCS de alto risco

o Choque cardiogênico.

o Killip  $\geq 3$ .

- Contraindicações para trombolíticos.
- Apresentação tardia.

o Início dos sintomas superior a 3 horas.

- Diagnóstico de IAMCS é duvidoso.

#### ANGIOPLASTIA DE RESGATE

Fundamento:

- Angioplastia de emergência para reperfusão rápida (risco do paciente).

Indicações:

- Pacientes com isquemia persistente ou recorrente após fibrinólise, reinfarto ou disfunção ventricular esquerda severa, com anatomia arterial favorável.

#### CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA DE EMERGÊNCIA

Indicações:

- Falha da angioplastia com persistência da dor ou instabilidade hemodinâmica em pacientes com anatomia coronária favorável para cirurgia. (classe I).

- IAM com dor persistente ou recorrente com dor refratária ao tratamento clínico em pacientes com anatomia coronária favorável a cirurgia e não candidatos a ATCP. (classe I).

- Perfuração de septo ou insuficiência de valva mitral pós IAM. (classe I).

- Choque cardiogênico em pacientes cirúrgicos. (classe IIa).

- Falha de ATCP com pequena área miocárdica acometida. Paciente estável (classe IIb).

\* Tempo Porta – Balão em relação ao Tempo Porta – Agulha com trombolítico fibrino específico.

#### TERAPIA FIBRINOLÍTICA

Fundamento:



- O salvamento máximo do miocárdio ocorre quando a aplicação de fibrinolítico é feita em curto espaço de tempo (ideal <30 minutos; possível até 12 hs) após o início dos sintomas, permitindo um retorno ao fluxo normal em 54% dos casos tratados com t-PA acelerado e heparina e em 33% dos casos tratados com estreptoquinase (SPK). A fibrinólise pode limitar o tamanho do infarto, preservar a função VE e reduzir a mortalidade.

Indicações:

- TROMBOLÍTICO é preferível nas circunstâncias:

- Apresentação dos sintomas  $\leq 3$  horas com atraso para terapia invasiva.

o Transporte prolongado.

o (Porta-balão) – (Porta –agulha) > 1 hora

o Porta-balão superior a 90 min.

- ATCP não é uma opção.

o Dificuldades de acesso vascular.

o Laboratório de hemodinâmica não disponível.

\* Tempo Porta – Balão em relação ao Tempo Porta – Agulha com trombolítico fibrino específico.

- Na ausência de contraindicações, a terapia fibrinolítica deve ser administrada em pacientes com IAMCS cujos sintomas iniciaram nas primeiras 12 horas e a elevação do segmento ST é superior a 0,2 mV em pelo menos 2 derivações precordiais ou 0,1 mV em 2 derivações periféricas adjacentes. (classe I, nível A).

- Na ausência de contraindicações, a terapia fibrinolítica deve ser administrada em pacientes cujos sintomas iniciaram nas primeiras 12 horas e com BRE novo ou supostamente novo. (classe I, nível A).

- Na ausência de contraindicações, é aceitável administrar terapia fibrinolítica em pacientes com IAMCS cujos sintomas iniciaram nas primeiras 12 horas e o ECG de 12 derivações indica IAM posterior. (classe IIa, nível C).

- Na ausência de contraindicações, é aceitável administrar terapia fibrinolítica em pacientes com IAMCS cujos sintomas e isquemia apresentam-se entre 12 e 24 horas concomitante com elevação do segmento ST superior a 0,2 mV em pelo menos 2

derivações precordiais ou 0,1 mV em 2 derivações periféricas adjacentes. (classe IIa, nível B).

- Elevação de ST em paciente >75 anos. (classe IIa).

- Elevação de ST com PAS > 180 ou PAD > 110 mmHg na chegada + IAM de alto risco. (classe IIb)

#### CONTRAINDICAÇÕES AO USO DE TROMBOLÍTICO:

| *CONTRA-INDICAÇÕES ABSOLUTAS:                                              | *CONTRA-INDICAÇÕES RELATIVAS:                                  |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 1. AVC hemorrágico a qualquer tempo.                                       | 1. Ataque isquêmico transitório nos últimos 3 meses.           |
| 2. AVC isquêmico com < 3 meses                                             | 2. Terapia com anticoagulantes orais.                          |
| 3. Lesão vascular cerebral conhecida (Malformação arteriovenosa - MAV).    | 3. Gravidez ou período de pós-parto com < 1 semana.            |
| 4. Neoplasia maligna sistema nervoso central                               | 4. Punção vascular não compressível.                           |
| 5. Neurocirurgia ou TCE recente < 3 meses.                                 | 5. Ressuscitação cardiopulmonar traumática.                    |
| 6. Sangramento gastrointestinal no último mês.                             | 6. HAS não controlada ( $\geq 180$ mmHg e/ou $\geq 110$ mmHg). |
| 7. Discrasia sanguínea conhecida ou sangramento ativo (exceto menstruação) | 7. Doença hepática avançada.                                   |
| 8. Dissecção aórtica suspeita.                                             | 8. Endocardite infecciosa                                      |
| 9. Doenças terminais.                                                      | 9. Úlcera péptica ativa                                        |
|                                                                            | 10. Exposição prévia a estreptoquinase                         |

#### ADMINISTRAÇÃO DE TROMBOLÍTICO:

Usar 2 acessos IV periféricos, sendo um deles para o trombolítico.

Estreptoquinase (Streptase):

Ampolas de 250.000, 750.000 e 1500.000 UI; reconstituir a 1 mg/mL.

Diluir 1.500.000 UI em 250 mL SG5%, administrar em bomba infusora a 250 mL/h.

#### CRITÉRIOS DE REPERFUSÃO

1. Diminuição da dor
2. Diminuição de 50% no supradesnível do segmento ST
3. Arritmias de reperfusão.
4. Pico precoce das enzimas cardíacas

#### 6. MANEJO

##### Medidas Gerais

- Internamento em unidade coronariana.

- Monitorização cardíaca contínua para todos os pacientes.
- Jejum inicial e dieta leve rica em fibras após 24 horas.
- Laxantes leves.
- Sedação com benzodiazepínicos se necessário.
- Repouso absoluto no leito nas primeiras 24 hs.
- Exames laboratoriais:
  - Perfil Lipídico (HDL colesterol, Colesterol Total e triglicerídeos dosados nas primeiras 24 horas), hemograma, plaquetas, sódio, potássio, creatinina, glicose.
  - Dosagens seriadas de enzimas cardíacas: CK, CK-Mb e Troponina (ainda não disponível no HC) no primeiro dia a cada 6 hs e, após, a cada 24 hs até a normalização.
- Rx tórax no leito, com o paciente sentado.
- ECG's diariamente ou após ocorrer dor torácica ou intercorrência.
- Estratificação de risco contínua (SCORE DE RISCO TIMI PARA IAMCS).

## 7. TERAPIA ADJUVANTE

### TERAPIA ANTITROMBÍNICA

Fundamento:

- Anticoagulante que inibe indiretamente a trombina, utilizado como adjunto à terapia fibrinolítica. Reduz a chance de reoclusão do vaso infartado após a administração de agentes fibrinolíticos específicos de fibrina (alteplase/Rt-PA, reteplase).

Heparina Não Fracionada (HNF-LIQUEMINE)

Indicações:

- Pacientes submetidos à ATCP ou cirurgia. (classe I; nível C).
- Administração IV para pacientes submetidos à terapia de reperfusão com alteplase, reteplase ou tenecteplase (classe I, nível A).
- Administração IV de HNF para pacientes submetidos a agentes fibrinolíticos não seletivos (estreptoquinase; uroquinase; anistreplase) os quais apresentam alto risco de embolia sistêmica (IAM extenso ou anterior; FA; evento tromboembólico prévio, conhecido trombo em VE; choque cardiogênico). (classe I; nível C).



- Administração IV de HNF para pacientes após IAMCS que apresentam alto risco de embolia sistêmica (IAM extenso ou anterior; FA; evento tromboembólico prévio, ou conhecido trombo em VE). (classe I; nível B).
- A contagem de plaquetas deve ser monitorada diariamente. (classe I; nível C).
- Em pacientes com IAMCS não submetidos à terapia de reperfusão, que não apresentam contraindicações para anticoagulação, o uso de HNF por pelo menos 48 horas. Em pacientes cujas condições clínicas necessitam de repouso prolongado no leito e/ou atividade física mínima, é aceitável que o tratamento com heparina se mantenha até consulta ambulatorial. (classe IIa. Nível C).

#### Dose e Administração:

- 60 UI/Kg em bolus (máximo 4.000 UI); em seguida continuar com 12 UI/Kg/hora (máximo 1.000 UI/hora para pacientes > 70 Kg).
- Ajustar a dose para um TTPA de 1,5 - 2 vezes o controle, por 48 horas. Após as primeiras 24 horas o TTPA desejável é entre 50 e 70 segs. Fazer controle do TTPA em 6 /12 /18/ 24hs.

#### Heparina de Baixo Peso Molecular (HBPM- CLEXANE)

- 30mg IV em bolus, seguido de 1,0 mg/Kg SC 12/12 horas
- Pode ser considerada uma alternativa aceitável à HNF como terapia auxiliar para pacientes com menos de 75 anos sem disfunção renal significativa (creatinina < 2,5mg/dL para homens; ou creatinina <2,0 para mulheres).

#### Contraindicações:

- HBPM não deve ser usada como alternativa à HNF em pacientes com > 75 anos que recebem terapia fibrinolítica.
- HBPM não deve ser usada como alternativa à HNF em pacientes com menos 75 anos que recebem terapia fibrinolítica e apresentam disfunção renal significativa (creatinina > 2,5 mg/dL para homens; ou creatinina > 2,0 mg/dL para mulheres).

IECA- INIBIDORES DA ENZIMA CONVERSORA DE ANGIOTENSINA

BRA- BLOQUEADORES DOS RECEPTORES AT1

#### Fundamento:

- Os IECA e os BRA ajudam a prevenir a remodelação anômala do VE, atrasam a progressão da IC e diminuem a incidência de morte súbita e recorrência do IAM.

Indicações:

- Pacientes com critérios clínicos de IAMCS
- Os IECA devem ser administrados por via oral nas primeiras 24 horas do IAM com supradesnível de ST em pacientes COM IAMCS anterior, congestão pulmonar, ou fração de ejeção de VE < 0,40 na ausência de hipotensão (PAS < 100 mmHg ou PAS inferior a 30 mmHg abaixo da pressão de base) ou contraindicações para o uso desta classe de medicamentos. (classe I; nível A).
- Os IECA podem ser administrados por via oral nas primeiras 24 horas do IAMCS em pacientes sem infarto anterior, congestão pulmonar, ou fração de ejeção de VE < 0,40 na ausência de hipotensão (PAS < 100 mmHg ou PAS inferior a 30 mmHg abaixo da pressão de base) ou contraindicações para o uso desta classe de medicamentos. (classe IIa; nível B).
- Devem ser administrados preferencialmente após terapia fibrinolítica ter sido completada e com a pressão arterial estabilizada.
- Os BRA devem ser considerados em pacientes com IAMCS que são intolerantes a IECA e que apresentam sinais clínicos e radiológicos de ICC ou FE < 40%. O uso de Valsartan (dose alvo de 160 mg 2x dia) e Candesartan tem eficácia estabelecida para esta recomendação. (classe I, nível C).

Dose e Administração:

- Iniciar com dose baixa VO, aumentando-a regularmente até alcançar a dose máxima em 24-48 horas.

Contraindicações:

- Gestação, angioedema, PAS < 100mmHg, IR severa (creatinina > 3), estenose de artéria renal bilateral, hipersensibilidade a IECA.

## ANTAGONISTAS DA ALDOSTERONA

Fundamento:

- O bloqueio da aldosterona na adição ao tratamento com IECA mostrou prevenir o remodelamento ventricular desfavorável e a formação de colágeno nos pacientes com disfunção de VE após IAM. O estudo EPHESUS demonstrou diminuição da mortalidade com o uso de eplerenone em pacientes com IAM e sinais de insuficiência cardíaca.

Indicações:

- Devem ser administrados para pacientes com IAM sem disfunção renal significativa (creatinina < 2,5 mg/dl para homens e < 2,0mg/dl para mulheres) ou hipercalcemia ( $\geq 5$  mEq/L) que já estão recebendo doses terapêuticas de IECA e betabloqueadores, com FE de VE  $\leq 0,40$ , e com sinais ou sintomas de insuficiência cardíaca. (classe I, nível C).

Dose e administração:

- Eplerenone 25 mg VO/dia (ainda não disponível no Brasil).

Observações

- Deve-se manter rigoroso controle dos níveis séricos potássio.  
- O uso rotineiro de espironolactona após IAMCS não está ainda fundamentado em estudos randomizados.

## TIENOPIRIDÍNICOS

Fundamento:

- São derivados da tienopiridina, sem ação in vitro, sugerindo serem precursores de um metabólito ativo não identificado. São antagonistas seletivos, não competitivos da agregação plaquetária pela via do ADP, bloqueando a ativação do receptor IIb/IIIa, mas não atuando diretamente sobre este receptor. A ticlopidina e o clopidogrel inibem a agregação plaquetária e a retração do coágulo, prolongando o teste de tempo de sangramento. O clopidogrel tem potência equivalente 6 vezes maior que a ticlopidina.  
- O principal para-efeito da ticlopidina é toxicidade para a medula óssea (leucopenia, trombocitopenia e pancitopenia). O clopidogrel não possui essa toxicidade quando testada em ratos.

Ticlopidina- Nome comercial: Ticlid comp. 250mg.

Clopidogrel- Nome Comercial: Plavix comp. 75mg.

Indicações:



- Para pacientes com planos de coronariografia diagnóstica e para aqueles com plano de ACTP, CLOPIDOGREL (300 mg VO de ataque seguido de 75 mg VO, 48 horas antes) deve ser iniciado e continuado por pelo menos 1 MÊS após STENT

METÁLICO (3 MESES PARA SIRULIMUS, 6 MESES PARA PACLITAXEL), e superior a 12 meses em pacientes que não possuem alto risco de sangramento. (classe I, nível B).

- Uso de clopidogrel em pacientes recebendo terapia fibrinolítica os quais possuem hipersensibilidade tipo I a AAS ou intolerância gastrointestinal maior a AAS. (classe IIa, nível C).

Recomendação Importante:

- Para pacientes com plano de RVM, clopidogrel deve ser interrompido por 5 dias (7 dias, de preferência) antes do procedimento, a menos que a urgência do procedimento for superior ao risco de sangramento. (classe I, nível B).

INIBIDORES DA GLICOPROTEINA IIb/IIIa

Fundamento:

- Inibem o receptor de GP IIb/IIIa –integrina na membrana das plaquetas, inibe a ativação da via final comum da agregação plaquetária.

Indicações:

- É aceitável o uso de abciximab tão cedo quanto possível antes de ACTP primária (com ou sem stent) em pacientes com IAMCS. (classe IIa, nível B).

- Pode ser considerado o uso de tirofiban ou eptifibatide antes de ACTP primária (com ou sem stent) em pacientes com IAMCS. (classe IIa, nível C).

Contraindicações absolutas:

- Sangramento ativo ou distúrbio hemorrágico ou hemorragia intracraniana ou neoplasia ou MAV ou aneurisma ou AVC nos últimos 30 dias; cx ou trauma importante no último mês; dissecção aórtica, pericardite ou HAS grave;

Hipersensibilidade ou uso concomitante de outro inibidor de GP IIb/IIIa, plaquetas < 150.000.

ESTATINAS

Fundamento:



- Os usos de estatinas nas síndromes coronárias agudas foram recentemente fortalecidos pelo estudo PROVE-IT, no qual altas doses de atorvastatina (80 mg VO/dia) foi eficaz na redução da mortalidade e eventos cardiovasculares. O efeito de outras estatinas nesta condição ainda está por ser estabelecido.
- O uso de estatinas deve ser enfatizado como medida de prevenção secundária objetivando o controle do LDL colesterol, sendo o internamento por IAMCS uma oportunidade para fortalecer esta terapêutica.

#### ATROPINA

##### Fundamento:

- Atua como antagonista competitivo dos receptores colinérgicos muscarínicos no nó sinusal (age sobre os reflexos que medeiam a bradicardia), produzindo aumento da frequência cardíaca.

A seguir estão apresentadas as recomendações para o uso de atropina.

##### Dose e administração:

- Para bradicardia – 0,5 a 1,0mg IV a cada 3-5min (max 0,04 mg/Kg).
- Para assistolia – 1mg IV em bolus; repetir se necessário a cada 3-5min (max 0,04 mg/Kg).

## 8. MEDIDAS AUXILIARES

### CONTROLE GLICÊMICO RIGOROSO

- A infusão de insulina contínua para controle estrito da glicemia é recomendada para pacientes com IAMCS complicados. (classe I, nível B).

### MAGNÉSIO

- É aceitável documentar déficit de magnésio para ser corrigido, principalmente em pacientes que já fazem uso diuréticos. (classe IIa, nível C). - Episódios de torsades des pointes associado com QT prolongado tratado com 1-2 g de magnésio IV em bolus por 5 min. (classe IIa, nível C).

### PROFILAXIA DA TVP E TEP



- Profilaxia para TVP com HNF SC (7500 – 12500U 2x dia) ou HBPM (dose apropriada para o agente específico) até alta pode ser útil, mas a efetividade desta estratégia não é bem estabelecida. (classe IIb, nível C).

Heparina profilática- Pode ser administrada de 2 formas:

- 1- Fazer 7.500 – 12500 UI SC de 12/12 hs.
- 2- Fazer 1 ampola de enoxaparina 40mg SC por dia.

Referências bibliográficas:

- Protocolo para manejo inicial do IAM – HC UFPR / 1999. (Dr. Caetano Sartori).
- Protocolo de Conduta Inicial no IAM- HC UFPR / 2002. (Drª Karina Krajden).
- Protocolo de Conduta Inicial no IAM- HC UFPR / 2003. (Dr. Márcio Ortiz).
- Protocolo de Conduta Inicial no IAM- HC UFPR / 2003. (Dr. Antonio C. L. Neto).
- II diretriz da SBC para Tratamento do IAM. Arq Bras Cardiol, vol 74 (usp. II), 2000.
- 1999 Update ACC /AHA Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction. Circulation, 1999;100:1016-1030.
- Manual de Atendimento Cardiovascular de Emergência para Provedores de Saúde: AHA / Fundação Interamericana do Coração (baseado nas Diretrizes Internacionais de 2000).
- Myocardial Infarction Redefined – A Consensus Document of The Joint European Society of Cardiology / American College of Cardiology Committee for the Redefinition of Myocardial Infarction. JAAC 2000;36, 3: 959- 969.
- I Diretriz Sobre dor Torácica. Arq Bras Cardiol, vol 79, sup II, 2002.
- Use of the Eletrocardiogram in Acute Myocardial Infarction. N Engl Med, 2003; 348:933-40.
- 2004 Update ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With STElevation Myocardial Infarction – Executive Summary. Circulation. 2004; 110:588-

## PROTOCOLO DE EMERGÊNCIAS – ATLS



A vantagem do método do ATLS é que inicialmente podemos tratar os traumatizados sem que tenhamos o diagnóstico definitivo como pré-requisito. O caminho é sempre o mesmo: avaliação inicial paralela e simultânea aos procedimentos de reanimação respiratória e cardiocirculatória. Reavaliação constante, estabilização dos mecanismos respiratórios e circulatórios, encaminhamento para cirurgia, exames complementares específicos, adequada transferência para a instituição referência de trauma.

O "carro chefe" do protocolo é o método mnemônico universalmente consagrado do: ABCDE, constantemente repetido, principalmente, na PRIMEIRA HORA - "HORA DE OURO"-.

A avaliação primária (ABCDE), mesmo durante a secundária (exame do paciente da cabeça aos pés), deve ser freqüentemente repetida no intuito de identificarmos as mudanças na evolução clínica do paciente, possibilitando surpreendermos possível piora.

A fase pré-hospitalar (o salvamento e transporte para o centro de referência de trauma) e o atendimento no PS devem obedecer a criteriosa triagem, principalmente quando houver mais de uma vítima. A prioridade é determinada: 1º) gravidade (insuf. respiratória. - Insuf. circulatória); 2º) idade e aspectos particulares (ex: crianças, gestante). - 3º) recursos disponíveis.

O pessoal em contato com o paciente deve estar devidamente protegido contra as doenças infectocontagiosas: gorro, máscaras, óculos, aventais, pró-pés, luvas.

## **AValiação INICIAL SIMULTÂNEA À REANIMAÇÃO RESPIRATÓRIA E CIRCULATÓRIA.**

### **A- VIAS AÉREAS & IMOBILIZAÇÃO CERVICAL**

Enquanto suas mãos provisoriamente imobilizam o pescoço, converse com o paciente. A frase inicial é: "-qual é o seu nome?" Se ele responder, por hora, duas questões você tem resolvidas: o paciente está consciente e as VIAS AÉREAS (VsAs) estão pervias. Junto a este procedimento, instale o COLAR CERVICAL.

Quando se tratar de uma vítima de acidente de motocicleta, CUIDADO na remoção do capacete. Empregue a manobra padrão de retirada do capacete sem movimentar o pescoço. Se o paciente não respondeu à sua pergunta inicial, provavelmente está com

as VsAs obstruídas, inconsciente ou em parada cardíaca respiratória (PCR). Em caso de obstrução das V.As. além da DISPNEIA e CIANOSE v. poderá observar: batimento de asa do nariz, retração de intercosto e da fossa supraclavicular, tosse, ruídos gargarejantes, estertorosos, sibilantes e roncos. Preste atenção! Valorize todos os sinais e sintomas.

CALMA!... Mas NÃO PERCA TEMPO com manobras inúteis.

Quando viável e não contraindicado (grave lesão bucomaxilofacial) você precisa ABRIR A BOCA do paciente para tentar DESOBSTRUIR e ASPIRAR com cânula de aspiração RÍGIDA metálica. Certamente v. vai precisar introduzir uma cânula endotraqueal. Qual o nº? Use aquela com o diâmetro semelhante ao da fossa nasal do paciente. Em crianças o diâmetro do dedo mínimo é um bom parâmetro para a escolha da cânula. Mantendo o pescoço imóvel, posicione suas mãos ao longo de ambos os ramos da mandíbula. Empurre para frente também pode puxar o queixo para cima. Isto funciona bem em crianças. Durante as manobras de intubação não se esqueça de VENTILAR o paciente após 20 ou 30 segs. de tentativa. Neste momento, VENTILE o paciente. Use como parâmetro para a frequência ventilatória o seu próprio ritmo respiratório (16 a 20 IPM). Utilize o "AMBU" conectado à fonte de O<sub>2</sub> (15 l por minuto). Esta manobra deve ser realizada e bem sincronizada, por dois emergencistas.

Entubou. Contudo, se o paciente não estiver em APNEIA, não exibir GRAVES FRATURAS DE OSSOS DA FACE ou FRATURA DA BASE DO CRÂNIO, pode tentar a intubação nasotraqueal.

Caso você não consiga executar a intubação traqueal(naso/oro), ou tenha formais contraindicações: edema de glote, fratura de laringe, copiosa hemorragia orofaríngea, você tem outras duas opções:

1ª PUNÇÃO CRICOTIREOIDEA- para isto, use uma agulha calibrosa (14 ou de punção de subclávia). Administre 12 a 15 l' de O<sub>2</sub> por período não superior à 30 a 45'(oxigenação a jato). Lembre-se que o paciente está sendo oxigenado (aumenta a Fi O<sub>2</sub> em 30%), mas não ventilado. Isto acarreta acúmulo de CO<sub>2</sub> (hipercapnia) causando vasodilatação cerebral, que é especialmente danoso para os pacientes com TCE e ou edema cerebral.

2ªCRICOTIREOIDOTOMIA- assepsia- anestesia local se o paciente estiver consciente- localize a membrana cricotireoidea ("logo abaixo do gogó") - incise a pele e abra a

membrana cricotireoidea - introduza a cânula de traqueostomia ou orotraqueal - verifique se não ocorreu intubação seletiva. A cricotireoidotomia não é recomendada para crianças menores de 12 anos as quais podem perder o suporte circunferencial superior da traquéia, por lesão da cartilagem cricoidea. Você poderá manter seu paciente em cricotireoidotomia por cerca de 72 hs, no máximo. Quanto mais precocemente v. desativar a cricotireoidotomia ou substitui-la pela intubação endotraqueal ou mesmo uma traqueostomia "eletiva", menores serão as possibilidades de complicações pós cricotireoidectomia.

TRAQUEOTOMIA? Evite este procedimento em urgência. A cricotireoidotomia é uma operação mais rápida, fácil e segura. A traqueotomia e a traqueostomia devem ser consideradas um procedimento eletivo.

#### B- RESPIRAÇÃO (ventilação)

- Inicialmente observe o tórax. Atente para a movimentação. Ambos os lados se movimentam? O movimento é efetivo e simétrico? Existe movimento paradoxal (tórax instável)? Existe algum ferimento visível (equimose, existe DESVIO DA TRAQUÉIA com ou sem turgência jugular? Isto é = a PNEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO. Imediatamente introduza uma agulha (TORACOCENTESE) de grosso calibre no 2º espaço intercostal (EIC), na linha hemiclavicular, do hemitorax (HT) oposto ao desvio traqueal. Não perca tempo tentando drenar um pneumotórax hipertensivo. Alivie-o com uma agulha. Posteriormente, drene o tórax, em selo d'água. Se no tórax houver uma lesão de grande diâmetro (diâmetro superior ao do brônquio fonte), talvez você ouça um ruído aspirativo(traumatopnéia). Tampe a lesão com uma compressa e em seguida, faça um curativo de três pontas. A lesão aspirativa do tórax pode matar em poucos minutos.

Verifique o frêmito tóraco-vocal (FTV) se o paciente estiver consciente. Ausculte e perceba o murmúrio vesicular (MV). Percuta o tórax e verifique as áreas de timpanismo (pneumotórax) ou macicez (hemo ou hemopneumotórax) que possam existir. Lembre-se que a drenagem torácica no paciente traumatizado, deve ser indicada pelos sinais e sintomas clínicos. Ao realizar a drenagem torácica, procure o 5º ou 6º espaço intercostal (EIC), sobre a linha axilar anterior (LAA). Assegure-se que este ponto se encontra acima do nível do apêndice xifóide.



Faça assepsia. Anestesia com a agulha apoiada na borda superior da costela inferior (para evitar o feixe vasculo-nervoso subcostal). Incise por 2 a 2,5 cm paralelamente aos arcos costais. Perfure a fascia endo torácica e a pleura. Introduza o dedo indicador e inspecione a existência de estruturas nobres (pulmão, coração, diafragma) no futuro caminho de seu dreno. Se houver aderências desfaça-as com o dedo. Insira um dreno calibroso (sonda retal) com 3 ou 4 fenestrações, dirigido para o ombro do paciente. Verifique se nenhuma fenestração ficou para fora ou entre os planos da parede torácica. Fixe o dreno com um ponto em "bolsa de tabaco" e amarração em "sapatilha de dançarina". Finalmente, instale o aparato de drenagem subaquática (selo d'água). Não utilize trocarer para drenagem torácica de urgência.

Em caso de TÓRAX INSTÁVEL (mais de 3 arcos costais consecutivos fraturados em mais de um local) você poderá observar o movimento paradoxal. Neste caso o tórax lesado deprime-se durante a inspiração. Nem sempre observará este fenômeno no período imediato ao trauma, no paciente consciente. Isto porque a dor certamente limitará os movimentos respiratórios, tornando-os superficiais, na tentativa reflexa de imobilizar o hemitórax (HT) lesado.

Se você perceber significativa instabilidade torácica: intube e ventile seu paciente (estabilização pneumática). Dê preferência aos respiradores volumétricos pois pode haver concomitante rotura de brônquio. O trauma contuso de tórax, com fratura de arcos costais, principalmente em crianças, denota grande absorção de energia cinética com provável hematoma pulmonar, que certamente causará importante distúrbio ventilatório/perfusivo(V/Q), devido ao considerável aumento do "shunt" pulmonar.

Lembre-se: os pacientes com traumatismo torácico que têm fratura de arcos costais e sinais de contusão pulmonar, mesmo sem pneumotórax, devem ser previamente drenados (drenagem torácica) se forem submetidos a próteses respiratórias ou cirurgias com intubação traqueal (profilaxia do pneumotórax hipertensivo iatrogênico). Jamais enfaixe o tórax de um paciente. Você não conseguirá estabilizar as fraturas e provavelmente provocará insuficiência respiratória restritiva.

## C – CIRCULAÇÃO



- Observe a cor da pele e mucosas. Palidez?
- Observe os VASOS DO PESCOÇO. Túrgidos? Bulhas cardíacas abafadas? Há pulso paradoxal? Isto é = à "tríade de Beeck" que é = a TAMPONAMENTO CARDÍACO).

Em caso positivo, após rápida assepsia e anestesia local, se possível com o paciente monitorizado (ECG), introduza uma agulha longa (peridural) no espaço xifo-costal, dirigida para o ombro esquerdo (via de Marfan). Se houver alteração no traçado do complexo QRST, puxe a agulha para trás pois, V. atingiu o músculo cardíaco. Aspire com a seringa. A remoção de 30 ml de sangue do saco pericárdico produz significativa melhora hemodinâmica. Introduza um cateter através da agulha e mantenha-o posicionado no interior do saco pericárdico até que o paciente possa ser mais bem avaliado ou operado. Lembre-se que você pode necessitar aspirar mais sangue do saco pericárdico, antes do tratamento atente para o enchimento capilar subungueal (> 2"?) Verifique o enchimento venoso de retorno nos antebraços (lembre-se que 75% do volume circulante está no sistema venoso- sistema de capacitância-). Os pulsos periféricos estão púlvios, cheios, rítmicos, simétricos e sincrônicos? Frequência cardíaca: bradicardia, taquicardia?

Estado de consciência: tranquilo e cooperante? Inconsciente, torporoso, agitação psicomotora (hipoxia cerebral)?

Simultaneamente aos procedimentos acima, providencie para que o paciente tenha duas veias periféricas canulizadas com cateteres nº 14,16 ou 18 (basílica, cefálica ou safena interna no maléolo). Evite a cateterização de veias centrais e profundas no paciente traumatizado.

Caso não seja possível a punção venosa em tempo hábil, faça a flebotomia da safena interna no maléolo. É a via mais rápida e segura para flebotomia de urgência.

Em crianças menores de 6 anos pode ser tentada a via medular (intraóssea). Penetrando com uma agulha curta e grossa, o platô tibial anterior, cerca de 1,5 a 2,0 cm abaixo da epífise, v. obtém uma boa via para a reposição volêmica, utilizando qualquer tipo de solução (cristaloide, coloide, sangue, derivados) e medicamentos. Após a administração de líquidos pela via intraóssea estes estarão na circulação em cerca de 20 segundos. Deve ser solicitado também: pesquisa da hemoglobina, hematimetria, hematócrito,

grupo sanguíneo e fator RH. Se possível também solicite dosagem alcoólica, pesquisa de psicotrópicos e teste de gravidez.

A solução padrão para reposição volêmica é o S. Ringer, de preferência aquecido a 39º no micro-ondas. O sangue, quando utilizado, será na forma de concentrado de hemácias. O protocolo do ATLS não recomenda o uso de drogas vasoativas no tratamento do choque hipovolêmico.

#### D- DEFICIÊNCIAS NEUROLÓGICAS

- Nesta etapa da avaliação, v. vai constatar quatro possíveis situações. Isto possibilitará a v., uma rápida avaliação do SNC.

A- Acordado (este item v. já havia avaliado quando testou as condições das Vs. As.)

V- Responde a estímulos verbais

D- Responde a estímulos dolorosos I – inconsciente

I- Inconsciente

#### E- EXPOSIÇÃO

O paciente deve ser despido cortando-se lateralmente as vestes, sem movimentar seus membros e o pescoço. Examine a topografia da face e do crânio. Procure por fraturas tipo Leforth I, II, III e IV. Observe a existência de afundamentos e bossas. Examine a região cervical (vasos, tireoide e traquéia). Reavalie o tronco (tórax e abdome) virando o paciente em monobloco com o pescoço imóvel.

Inspecione cuidadosamente as áreas de contusão representadas por: equimoses, hematomas, escoriações, fraturas e luxações. Estas provavelmente resultaram do impacto do corpo contra um anteparo: solo, volante, teto, painel, coluna, paralamas, para-choque ou outras partes de um veículo.

As marcas do cinto de segurança no tegumento, evidenciadas pela presença de eritema, equimoses violáceas e escoriações em faixa, também podem prognosticar lesões internas por explosão ou cisalhamento de vísceras ocas, principalmente seguimentos de alças de delgado, bruscamente comprimidos contra a coluna dorsal. Chutes, murros, porretadas e coronhadas são outras causas de lesões contusas.



Procure com redobrada atenção os ferimentos penetrantes: perfurantes (agulhas, estiletes); perfuro contusos (PAFs, estoques) e perfurocortantes (arma branca). Observe a extensão e profundidade dos ferimentos incisos (arma branca), corto contusos (impacto contra para-choque, quinas, golpes de machado, foice etc.).

Nos ferimentos causados por FAFs, além da distância do disparo (quanto mais próximo maior o dano), procure evidenciar o orifício de entrada. Este geralmente apresenta formato oval, redondo ou por vezes, em fenda. Os tiros à distância apresentam apenas zona de contusão e enxugo. Nos disparos à queima roupa (curta distância) além das características peculiares às todas as distâncias de tiro (contusão e enxugo), ainda poderá existir uma orla de queimadura e a clássica área de tatuagem e esfumaçamento. Por sua vez, os tiros encostados, principalmente quando feitos sobre áreas teciduais de grande densidade (osso), causam intensa destruição sob a superfície tegumentar, devido à rápida e poderosa expansão dos gases ("buraco de mina").

Lembre-se ainda, que os projéteis de grande massa e baixa velocidade (cal: 38, 44, 45), produzem grande área de destruição, porém não muito profunda. Enquanto os PAFs de alta velocidade (cal 7.62), causam grande e profunda destruição tissular, diretamente proporcional à densidade do tecido atingido.

Imagine, rapidamente, o possível trajeto dos FAFs e se houver, identifique o(s) orifício(s) de saída. Este geralmente apresenta maior diâmetro que o de entrada. O contorno é irregular e as bordas geralmente encontram-se viradas para fora. Não exhibe nenhuma das zonas características do orifício de entrada.

Lembre-se que o FAF que não transfixou (entrada e saída), liberou toda sua energia ao se alojar no corpo. Neste caso, provavelmente o dano será maior que um FAF similar, porém transfixante.

Observe se existem fraturas dos membros e alinhe-as sem reduzi-las. Verifique os pulsos arteriais acima e abaixo do foco de fratura ou de esmagamento. Tampone e comprima os sangramentos. Não utilize torniquetes.

Mantenha o paciente aquecido.

O paciente traumatizado facilmente desenvolve hipotermia com distúrbio de coagulação. Observe a existência de queimaduras. Classifique-as segundo a intensidade



(I, II, III graus e carbonização); percentual da área atingida (regra dos "9"); agente causador (físico, químico). Lembre-se que o queimado de 2º grau além de dor, sente frio; que as queimaduras de 3º grau são geralmente indolores. Além das queimaduras, seu paciente, muito provavelmente, foi exposto a gases tóxicos e superaquecidos. Se isto aconteceu, o paciente além da intoxicação exógena gasosa (envenenamento gasoso), certamente apresentará queimaduras de vias aéreas superiores e até mesmo de brônquios.

Se não houver contraindicações (fratura de base de crânio), introduza uma SNG calibrosa para o esvaziamento aéreo da câmara gástrica, diminuindo a possibilidade de vômito e aspiração.

#### AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Proceda o toque tóco ginecológico e o toque retal. Neste último, verifique: a competência do aparelho esfíncteriano (lesão raquimedular), sangue na ampola, lacerações e presença de fragmentos ou pontas ósseas, volume, forma e posição da próstata (na seção uretral a glândula desloca-se para cima). Verifique se existe equimose perineal ou locais de contusões (escoriações) e outras lesões (fraturas, luxações, perfurações, cortes).

Esta fase somente será iniciada após a estabilização respiratória e circulatória do paciente. Este deve ser repetidamente reavaliado (ABCD). Na avaliação secundária o paciente é examinado dos "pés à cabeça" e "dedos e sondas" são introduzidos em todos os orifícios naturais.

Pesquise mais detalhadamente a existência de lesões do couro cabeludo, tábua óssea(crânio), região mastoidea e base do crânio. Verifique se está presente o sinal de Batles: equimose retroauricular sugestiva de fratura de base do crânio.

Os OUVIDOS, inclusive com a utilização de otoscópio, devem ser examinados. Averigue a presença de hemotímpano e ou rotura do tímpano, otorragia (lesão do andar médio) e ou perda líquórica (sinal da "mancha em alvo"). Também poderá ser observada a perda líquórica nasal.

A equimose periorbitária (sinal de Rancon ou do Guaxinim) denota possível fratura de base de crânio. Petéquias ou hemorragia subconjuntival também podem estar presentes nas fraturas de base ou nas asfixias mecânicas. Verifique a presença de corpo estranho nos olhos e possíveis lesões destes. Com a mão enluvada, inspecione a cavidade bucal (dentes, língua, mucosa, gengiva, palato, úvula). Examine o arcabouço ósseo da face. Observe as equimoses, crepitações, enfisemas subcutâneo, assimetrias e afundamentos, sinais sugestivos de fraturas e possíveis dissociações de suturas do crânio e da face.

Verifique se existe hematoma de bolsa escrotal ou sangue no meato urinário. Caso não haja alterações prostáticas, uretrais e perineais, já descritas acima, deverá sondar (sonda vesical de Foley) o paciente. Comprima ambas as espinhas ilíacas anterossuperiores e pesquise a presença de dor, equimoses, hematoma, movimento ósseo ou crepitação (fratura do arcabouço pélvico ou lesão ligamentar). Em pacientes: inconscientes, alcoolizados, drogados e nos conscientes que tenham importante dor abdominal, visível contusão abdominal, sinais clínicos sugestivos de irritação peritoneal ou apresentem-se hemodinamicamente instáveis, proceda ao LAVADO PERITONEAL DIAGNÓSTICO (LPD).

Faça assepsia e tricotomia do baixo abdome. Anestesia e incise longitudinalmente 1 cm abaixo da cicatriz umbilical. Abra plano por plano no espaço muscular entre as duas porções do músculo reto abdominal. Incise a fáscia posterior e o peritônio após a apreensão deste entre duas pinças Kelly. Faça uma sutura em forma de bolsa de tabaco e introduza um dreno de diálise peritoneal, em direção ao fundo de saco. Se houver volumoso hemoperitônio o sangue aflorará imediatamente. Menores volumes serão evidenciados com uma positividade de 98%, após a introdução, através do cateter de diálise peritoneal, o volume correspondente a 15 ml por Kg de peso de S. Fisiológico a 0,9%.

Em seguida, abaixe o frasco de soro vazio. Através de sifonagem, o "lavado" retornará ao frasco de soro, evidenciando-se, através da coloração, a existência ou não de sangue na cavidade peritoneal. Em caso de lavados "claros", porém duvidosos, experimente ler um

trecho de jornal através da transparência do frasco de soro. Se v. não conseguir ler, provavelmente o lavado é positivo.

Você também pode solicitar a contagem de células vermelhas. Quando superiores a 80.000 é provável que haja hemoperitônio. A LPD não é exequível nos pacientes com passado cirúrgico abdominal. Se não houver retorno do líquido do LPD, provavelmente o cateter entupiu ou v. não penetrou na cavidade celômica. Pode existir ainda uma hérnia diafragmática ou penetração do cateter em uma víscera oca. Nos pacientes hemodinamicamente instáveis, com evidente trauma abdominal, é mais provável que V. tenha que optar diretamente pela laparotomia de urgência. Em casos extremos e selecionados, os pacientes com grave injúria vascular abdominal, poderão ser submetidos ao clampeamento cruzado da aorta torácica.

Não preconizamos a "punção abdominal". Está, há muito, foi relegada nos centros de referência de trauma, em virtude do alto índice de falsos positivos e negativos. Quanto aos ferimentos penetrantes na cavidade abdominal, a conduta é sempre a laparotomia exploradora. Imobilize as fraturas e luxações sem reduzi-las. Tampona os ferimentos do tegumento. Reavalie, agora mais detalhadamente, o estado neurológico do paciente. Para isto, vai usar uma tabela prognóstica- GLASGOW COMA SCALE (GCS)- Esta tabela é numerada de 1 a 15 e o indicador prognóstico varia de 3 a 15. O paciente com escore 8 ou menor, encontra-se em COMA.

Quanto maior o índice, melhor o prognóstico. Quando o índice cai denuncia deterioração do componente neurológico (NÍVEL DE CONSCIÊNCIA). Repita a cada 15 seg. a avaliação neurológica com a "GCS".

## ESCALA DE COMA DE GLASGOW

| VARIÁVEIS       |                          | ESCORE |
|-----------------|--------------------------|--------|
| Abertura ocular | Espontânea               | 4      |
|                 | À voz                    | 3      |
|                 | À dor                    | 2      |
|                 | Nenhuma                  | 1      |
| Resposta verbal | Orientada                | 5      |
|                 | Confusa                  | 4      |
|                 | Palavras inapropriadas   | 3      |
|                 | Palavras incompreensivas | 2      |
|                 | Nenhuma                  | 1      |
| Resposta motora | Obedece comandos         | 6      |
|                 | Localiza dor             | 5      |
|                 | Movimento de retirada    | 4      |
|                 | Flexão anormal           | 3      |
|                 | Extensão anormal         | 2      |
|                 | Nenhuma                  | 1      |

| TOTAL MÁXIMO | TOTAL MÍNIMO | INTUBAÇÃO |
|--------------|--------------|-----------|
| 15           | 3            | 8         |

Após estes procedimentos, passe à investigação radiológica padrão. Lembre-se que se o paciente estiver hemodinamicamente instável e se for evidente o trauma abdominal, a indicação é a laparotomia ou toracotomia imediata. Em alguns casos muito críticos v. pode, ainda no PS, proceder ao clampeamento cruzado da aorta torácica.

Inicialmente faça um RX de coluna cervical em perfil com exposição das 07 vértebras cervicais. Analise o alinhamento do canal medular, a forma e posição dos corpos vertebrais, os espaços intervertebrais, as apófises transversas e espinhosas, as partes moles (aumento de volume = hematoma ou edema) cervicais e a apófise.

Se necessário solicite um RX com os membros superiores tracionados para baixo, ou com um dos braços levantados (posição do nadador) ou ainda, um RX trans oral para melhor estudo da apófise odontóide. Estes exames devem ser procedidos mantendo-se o colar cervical ou outro meio de contenção cervical.

Em seguida solicite: RX de Tórax em AP (caso o paciente tenha sido drenado no PS, poderemos avaliar o posicionamento ideal do dreno); Rx pélvico para melhor avaliação da estabilidade pélvica. Lembre-se que o RX de tórax em AP tirado em DD é muito

pouco fidedigno para a avaliação de possível alargamento do mediastino. Contudo, valorize os fatores de risco radiológico de uma provável lesão da aorta torácica: apagamento apical do HTE, perda da janela aortopulmonar, desvio da SNG, depressão do brônquio principal esquerdo e derrame pleural.

Terminada a primeira avaliação ou mesmo após a segunda, o paciente que necessitar de remoção para centro de referência de trauma, deverá ser transportado com as funções respiratória e hemodinâmica estabilizadas e em veículo adequado (UTI) e com equipe

treinada. Lembre-se que o médico é ética e juridicamente responsável, pela segurança da transferência do paciente.

O centro de trauma deve ser previamente avisado e os dados relativos aos pacientes devem ser fornecidos à equipe recebedora no centro de trauma. Por ocasião desta transferência o médico assistente deverá obter um histórico sucinto e preciso dos fatos clínicos e do acidente.

O padrão ATLS do SUMÁRIO CLÍNICO é dado pela sigla: " AMPLA ".

A- ALERGIAS

M- MEDICAMENTOS.

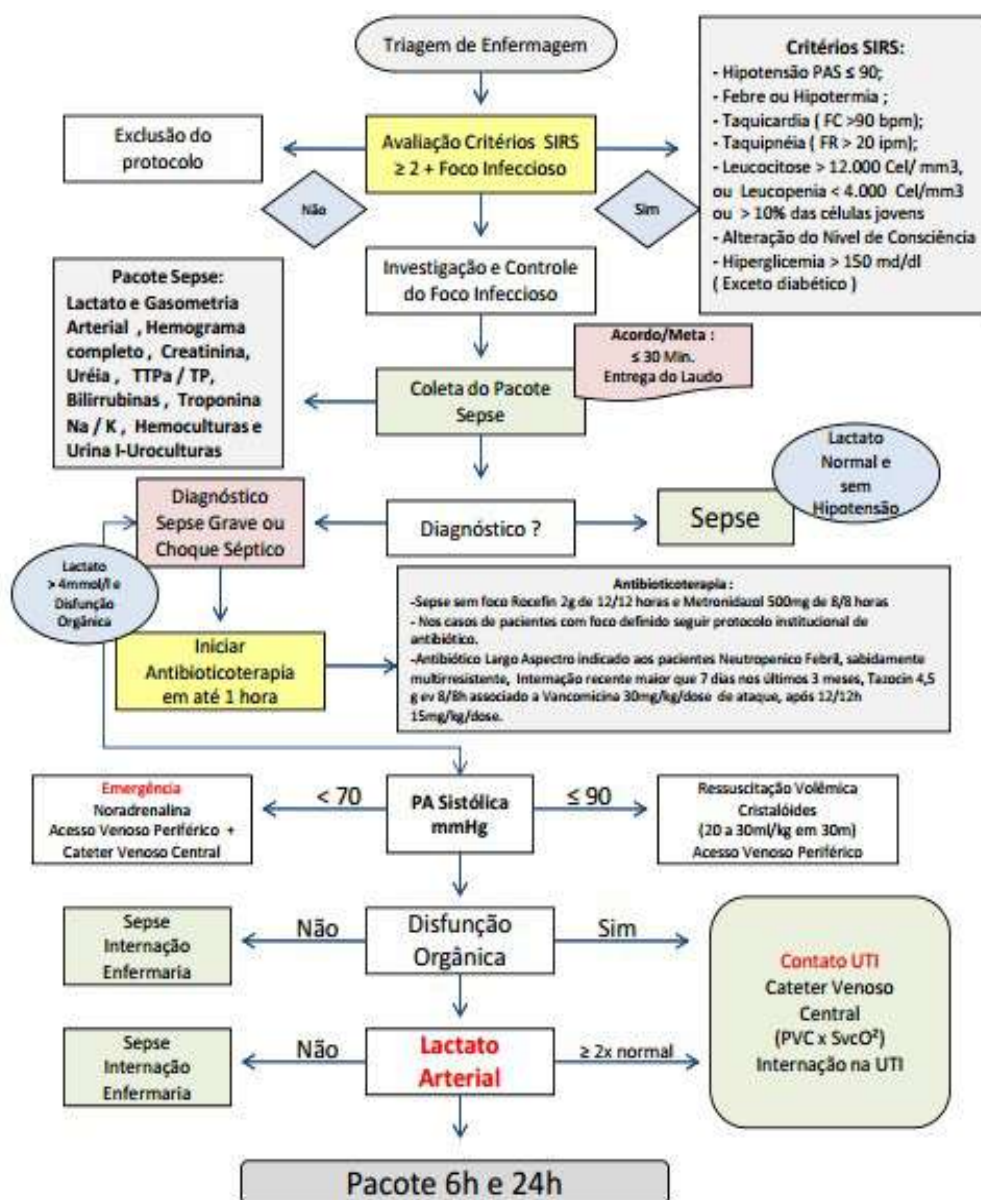
P- PASSADO DE DOENÇAS.

L- LÍQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS.

A- ACIDENTE- RELATO DO OCORRIDO.

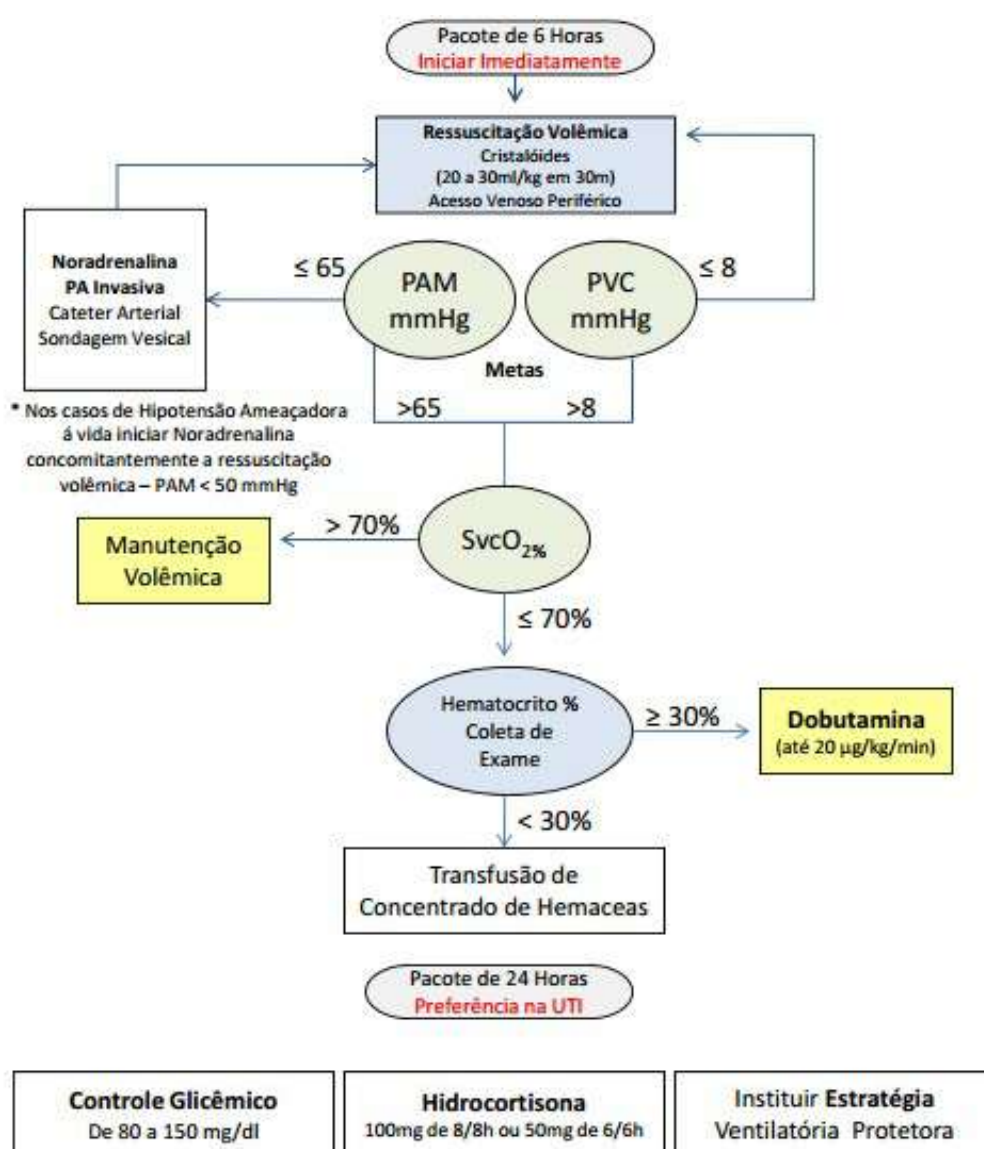
## PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO A SEPSE EM ADULTO



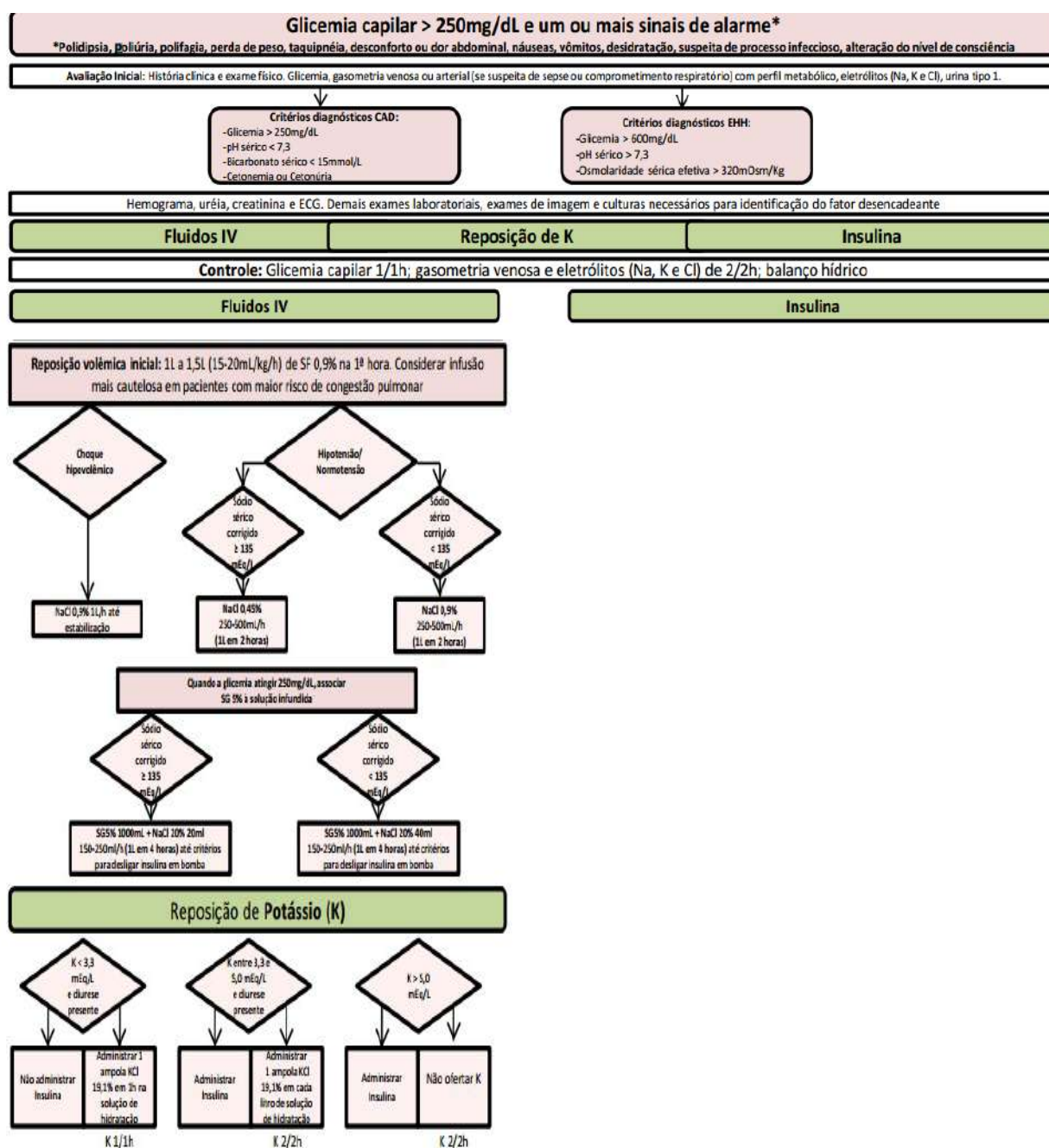


## PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO A SEPSE EM ADULTO





## PROTOCOLO DE CETOACIDOSE DIABÉTICA E ESTADO HIPEROSMOLAR HIPERGLICÊMICO EM ADULTOS



## PROTOCOLO PARA ATENDIMENTO AOS PACIENTES COM SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)

- Como identificar um caso suspeito de síndrome gripal ou de síndrome respiratória aguda grave?



Deve-se suspeitar de Síndrome Gripal (SG) em indivíduos que apresentem doença respiratória aguda caracterizada por febre (mesmo que referida), associada à tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos seguintes sintomas: cefaleia, mialgia, artralgia, na ausência de outros diagnósticos. Em crianças com menos de dois anos de idade, considera-se também como caso de SG aquelas que apresentem febre de início súbito (mesmo que referida) e sintomas respiratórios (tosse, coriza e obstrução nasal), na ausência de outro diagnóstico específico. A suspeita clínica deve ser feita mesmo em pacientes que tenham recebido imunização contra influenza, já que o paciente pode ter sido infectado por uma cepa não presente na vacina ou pode não ter produzido anticorpos em níveis protetores após a vacinação. Caracteriza-se como Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) o quadro de paciente com SG que apresente dispneia ou os seguintes sinais de gravidade: hipoxemia ( $\text{SatO}_2 < 95\%$  em ar ambiente), sinais de desconforto respiratório ou taquipneia, hipotensão em relação à pressão arterial habitual do paciente ou descompensação da doença de base. Também é considerado SRAG qualquer indivíduo com quadro de insuficiência respiratória aguda durante o período sazonal. Em crianças, além dos itens anteriores também são considerados como sinais de SRAG a presença de desidratação, inapetência, cianose, tiragem intercostal e batimento de asas do nariz.

- Quem deve atender e como conduzir inicialmente um caso de suspeita de SG ou SRAG?

A identificação de casos suspeitos de SG ou SRAG pode ser feita por profissional médico, enfermeiro ou auxiliar/técnico de enfermagem, de acordo com os critérios clínicos apresentados no item anterior. Ao se identificar um caso suspeito, o profissional de saúde deve orientar o paciente em relação às medidas de precaução e encaminhá-lo para atendimento médico. Casos identificados como SRAG devem ter seu atendimento priorizado. Deve ser realizado o exame clínico, a avaliação da gravidade e a prescrição de medicamentos/medidas de conforto (analgésico/antitérmico, oxigenoterapia, broncodilatador). A prescrição deve ser realizada conforme Nota Técnica 01/14 “Prescrição e Medidas de conforto pelo enfermeiro nos centros de Saúde”.

- Quais as orientações de precaução devem ser adotadas enquanto o paciente com SG ou SRAG aguarda atendimento?

Ao identificar um caso suspeito de SG ou SRAG, o profissional de saúde deve:

- Oferecer ao paciente uma máscara cirúrgica e orientar o seu uso correto, sempre que o paciente tolerar;
- Orientar o paciente a cobrir a boca quando tossir ou espirrar com toalha de papel ou com a fossa cubital do braço;
- Orientar o paciente a utilizar papel toalha ou lenço descartável para higiene nasal e descartar imediatamente na lixeira após o uso;
- Orientar higienização frequente das mãos (com água e sabão, ou com álcool gel 70%), especialmente após assoar o nariz, tossir ou espirrar;
- Orientar o paciente a permanecer em local ventilado, a uma distância de pelo menos um metro de outros pacientes, particularmente daqueles com condições ou fatores de risco, enquanto aguarda atendimento;
- Disponibilizar cartazes e materiais informativos com orientações sobre a etiqueta respiratória em locais estratégicos, como: áreas de recepção, salas de espera, áreas de convivência etc.

- Quais os tipos de precauções devem ser utilizados pelos profissionais de saúde durante o atendimento de um caso suspeito de SG ou SRAG?

Devem ser adotadas medidas de precaução padrão e precaução para gotículas durante todo atendimento de pacientes com SG ou SRAG.

- Precauções Padrão:
- Higienização das mãos: lavar com água e sabonete ou friccionar as mãos com álcool a 70% (se as mãos não estiverem visivelmente sujas) principalmente nos cinco momentos preconizados pela OMS:



- Luvas de procedimento: usar quando houver risco de contato com sangue, secreções, pele não íntegra, membranas/mucosas, superfície ou equipamento contaminado. Calçá-las imediatamente antes do contato e retirá-las logo após o uso, higienizando as mãos em seguida;
  - Óculos, gorro e/ou avental: usar quando houver risco de contato de sangue ou secreções, para proteção da mucosa de olhos, boca, nariz, roupa e superfícies corporais. O profissional deve descartar a máscara e luvas na lixeira e não circular pela unidade de saúde usando EPI.
  - Precauções para Gotículas:
    - Máscara cirúrgica: utilizar durante o atendimento e ao contato próximo (a menos de 1 metro de distância) com paciente. As máscaras cirúrgicas devem ser trocadas a cada atendimento e se estiverem molhadas ou danificadas. Durante o transporte do paciente, o profissional e o paciente devem usar a máscara cirúrgica. As mãos devem ser higienizadas imediatamente após a sua retirada.
- O paciente que se encontra internado ou em observação em pronto-atendimentos e Centros de Saúde, ao transitar pelas dependências da unidade de saúde, deve usar máscara cirúrgica. Não é necessário o uso dessa máscara nos demais pacientes em

atendimento no local. O uso de máscara cirúrgica deve ser adotado também no paciente durante transporte.

Em situações específicas, devem ser adotadas medidas de precaução para aerossóis.

- Precaução para Aerossol:
- Máscara N95: utilizar apenas na realização de procedimentos com potencial de geração de aerossol (micro nebulização, intubação oro-traqueal, broncoscopia, autópsia, manobras de ressuscitação, aspiração de oro ou nasofaringe por sistema aberto, procedimentos odontológicos).

Para os pacientes intubados, em unidades de saúde onde se dispõe de sistema fechado de aspiração, sem a necessidade de desconexão do circuito, não há indicação de quarto privativo e as precauções padrão e por gotículas devem ser mantidas. Em situações com indicação de micro nebulização, sugere-se avaliar o medicamento spray com espaçador como alternativa, o que também torna desnecessário o isolamento do paciente.

Embora as profissionais de saúde gestantes devam observar as mesmas medidas de controle de infecção como todos os outros profissionais de saúde, recomenda-se que elas não realizem procedimentos geradores de aerossol em pacientes com suspeita ou infecção confirmada por influenza. Os ambientes onde são realizados os procedimentos geradores de aerossóis em pacientes com SG e SRAG devem ser submetidos à limpeza concorrente habitual. Os mobiliários ocupados pelos pacientes (ex: maca, cadeira etc.) devem ser higienizados após cada procedimento. Para essa limpeza deve-se utilizar água e sabão, seguida de desinfecção com álcool a 70% ou hipoclorito de sódio a 1%.

- Quais são as condições e fatores que podem aumentar o risco de evolução desfavorável de um paciente com SG?

- Gestantes;
- Puérperas (até 2 semanas após o parto ou abortamento/perda fetal);
- Crianças menores de 5 anos;
- Adultos com idade igual ou maior a 60 anos;
- População indígena aldeada;
- Indivíduos menores de 19 anos em uso prolongado de ácido acetilsalicílico;
- Portadores das seguintes comorbidades:



- Pneumopatia (incluindo asma);
- Pacientes com tuberculose;
- Cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica);
- Nefropatia;
- Doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme);
- Hepatopatias;
- Distúrbios metabólicos (incluindo diabetes melittus);
- Transtornos neurológicos e do desenvolvimento que podem comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção cognitiva, lesão medular, epilepsia, paralisia cerebral, síndrome de Down, acidente vascular encefálico – AVE ou doenças neuromusculares);
- Imunossupressão associada a medicamentos, neoplasias, HIV/aids ou outros;
- Obesidade grau III (especialmente aqueles com índice de massa corporal – IMC  $\geq 40$  em adultos).

- Quais são os sinais/sintomas de piora do estado clínico ou de gravidade?

- Dispneia ou taquipneia;
- Hipoxemia (saturação O<sub>2</sub> < 95%);
- Exacerbação de doença pré-existente (ex: DPOC ou cardiopatia);
- Disfunções orgânicas graves (ex: insuficiência renal aguda);
- Miosite comprovada por dosagem de creatinofosfoquinase;
- Alteração do sensorio/confusão mental;
- Exacerbação de sintomas gastrointestinais em crianças;
- Hipotensão arterial;
- Desidratação;
- Persistência ou aumento da febre por mais de três dias.

- Qual exame deve ser realizado para diagnóstico etiológico de influenza em pacientes com SG ou SRAG e quando solicitá-lo?

A realização de exame para diagnóstico etiológico está indicada para pacientes com SRAG ou em situações de surto de SG. A amostra de secreção nasofaríngea deve ser coletada nas primeiras 72 horas do início da doença, podendo ser realizada até sete dias



após o início da doença. Preferencialmente, a amostra deve ser obtida em até 24 horas após início do uso de Oseltamivir. Contudo, ressalta-se que a administração do antiviral não deve ser postergada devido à coleta de amostra para identificação viral.

- Como conduzir os casos de pacientes com SG ou SRAG?

- Casos sem sinais de gravidade/sintomas de piora e sem fatores de risco:
- Prescrever antitérmico e analgésico (paracetamol ou dipirona). Não prescrever ácido acetilsalicílico;
- A prescrição do antiviral, em caso de SG sem fatores de risco pode ser feita, sob julgamento clínico. O início do tratamento deve ocorrer, preferencialmente, nas primeiras 48 horas de sintomas;
- Orientar afastamento do trabalho/escola até 24 horas após término da febre;
- Não compartilhar alimentos, copos, toalhas;
- Manter ambiente domiciliar ventilado;
- Aumentar hidratação oral;
- Retornar ao Centro de Saúde para reavaliação se febre alta não responsiva a antitérmico, febre persistente (> 3 dias) ou se apresentar sinais de piora do estado clínico ou de gravidade;
- Orientar o paciente a retornar para casa utilizando máscara cirúrgica e, se possível, evitar transporte coletivo;
- Notificar apenas em caso de suspeita de surtos (escolas, creches, asilos, empresas).
- Casos sem sinais de gravidade/sintomas de piora, mas com fatores de risco:
- Prescrever antitérmico e analgésico (paracetamol ou dipirona). Não prescrever ácido acetilsalicílico;
- Prescrever Oseltamivir;
- Orientar afastamento do trabalho/escola até 24 horas após término da febre, mesmo que o paciente esteja em uso de antiviral;
- Referenciar o paciente para a equipe de saúde da família, que deve acompanhar a evolução clínica do paciente, indicando reavaliação médica em 48 horas ou em caso de piora;



- Paciente deve retornar para casa utilizando máscara cirúrgica e, se possível, evitar transporte coletivo;
- Notificar apenas em caso de suspeita de surtos (escolas, creches, asilos, empresas).
- Casos com sinais de gravidade/sintomas de piora:
- Se necessário, iniciar uso de oxigenioterapia suplementar e hidratação venosa;
- Prescrever Oseltamivir e sintomáticos;
- Fazer contato com SAU para transporte do paciente;
- Manter monitoramento clínico;
- Deve ser solicitada coleta de secreção respiratória para realização de exame específico.

- Quando e como utilizar o antiviral (Oseltamivir)?

O tratamento com Oseltamivir deve ser realizado em todos os casos de SRAG e nos casos de SG que apresentarem algum fator de risco. A prescrição do antiviral, em casos de SG sem fatores de risco pode ser feita, sob julgamento clínico. O início do tratamento deve ocorrer, preferencialmente, nas primeiras 48 horas de sintomas.

É importante lembrar que a indicação do tratamento independe de vacinação prévia e que, em pacientes com condições e fatores de risco para complicação e com SRAG, o antiviral ainda apresenta benefícios, mesmo se iniciado após 48 horas do início dos sintomas.

A critério clínico, o tratamento pode ser prolongado em pacientes imunossuprimidos, com doença grave ou prolongada, especialmente quando comprovado por exame virológico de amostras respiratórias do trato inferior a persistência do vírus.

Para liberação do antiviral, é necessária apenas a receita médica em duas vias. Nos casos de prolongamento de tratamento, além da receita deve ser encaminhada a justificativa médica.

**Tabela 1** Dosagem em pacientes  $\geq 1$  ano de idade.

| Peso           | Dose | Frequência          |
|----------------|------|---------------------|
| $\leq 15$ kg   | 30mg | 12/12 horas, 5 dias |
| De 15 a 23 kg  | 45mg | 12/12 horas, 5 dias |
| De 23 a 40 kg  | 60mg | 12/12 horas, 5 dias |
| Acima de 40 kg | 75mg | 12/12 horas, 5 dias |
| Adultos        | 75mg | 12/12 horas, 5 dias |

**Tabela 2** Dosagem em pacientes < 1 ano de idade.

| Idade                     | Dose     | Frequência          |
|---------------------------|----------|---------------------|
| RN Pré-Termo              | 1mg/kg   | 12/12 horas, 5 dias |
| RN com IG 38 a 40 semanas | 1,5mg/kg | 12/12 horas, 5 dias |
| RN com IG > 40 semanas    | 3mg/kg   | 12/12 horas, 5 dias |
| 1 a 8 meses               | 3mg/kg   | 12/12 horas, 5 dias |
| 9 a 11 meses              | 3,5mg/kg | 12/12 horas, 5 dias |

**Tabela 3** Recomendações para ajustes de doses na insuficiência renal

| Comprometimento renal/<br>clearance de creatina                                              | Tratamento 5 dias                                                   | Profilaxia 10 dias                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>Leve</b><br>Clearance > 60-90mL/min                                                       | 75mg 12/12 h                                                        | 75mg 1 vez ao dia                                           |
| <b>Moderado</b><br>Clearance > 30-60mL/min                                                   | 30mg 12/12 h                                                        | 30mg 1 vez ao dia                                           |
| <b>Severo</b><br>Clearance > 10-30mL/min                                                     | 30mg 1 vez ao dia                                                   | 30mg em dias alternados                                     |
| <b>Pacientes em hemodiálise</b><br>Clearance <= 10mL/min                                     | 30mg após cada sessão de hemodiálise*                               | 30mg após cada sessão alternada de hemodiálise              |
| <b>Pacientes em Diálise Peritoneal Contínua Ambulatorial - DPCA</b><br>Clearance <= 10mL/min | Única dose de 30mg administrada imediatamente após troca da diálise | 30mg 1 vez por semana imediatamente após troca da diálise** |

Fonte: CDC adaptado.

\*Serão apenas três doses (em vez de cinco) após cada sessão de hemodiálise, considerando-se que, um período de cinco dias, serão realizadas três sessões.

\*\*Serão duas doses de 30mg cada, considerando-se os dez dias, onde ocorrerão apenas duas sessões de diálise.

### Apresentações do Oseltamivir

- Cápsulas de 75 mg
- Cápsulas de 45 mg
- Cápsulas de 30 mg

Diante da necessidade de administração de Oseltamivir em crianças, abrir a cápsula e diluir seu conteúdo em água. No caso de utilização da cápsula de 75 mg, diluir em 7,5 ml de água gerando solução na concentração de 10 mg/ ml (para crianças menores de um ano podem ser utilizados outros volumes de diluição para facilitar o cálculo da dose).

Administrar volume de solução equivalente à dose preconizadas nas tabelas 1 e 2. O restante da solução preparada para cada dose deve ser desprezado, não podendo ser reaproveitado para a próxima dose.





Os efeitos colaterais mais frequentes são náuseas e vômitos (preferir administração após alimentação), dor abdominal, diarreia, cefaleia, conjuntivite. Entre os efeitos menos frequentes encontram-se alterações de comportamento que podem levar a delirium (principalmente em crianças e jovens), hepatite, arritmias, distúrbios visuais, síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica.

#### - Isolamento no Ambiente

Isolamento em quarto privativo dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave

O isolamento, quando indicado, deve ser realizado preferencialmente em um quarto privativo, com vedação na porta e bem ventilado deve ter a duração de até sete dias após o início dos sintomas, ou até 24 horas após a cessação da febre.

#### Isolamento por coorte

Considerando-se a possibilidade de aumento do número de casos com complicações, se a unidade não possuir quartos privativos disponíveis em número suficiente para atendimento de todos aqueles que requeiram internação, deve-se estabelecer o isolamento por coorte, ou seja, separar em uma mesma enfermaria ou unidade os pacientes com infecção por influenza pandêmica (H1N1) 2009. Se existir muitos pacientes infectados, deve-se definir área específica para isolamento dos casos. É fundamental que seja mantida uma distância mínima de um metro entre os leitos.

#### Outras orientações

- O quarto, enfermaria ou área de isolamento deve ter a entrada sinalizada com alerta se referindo a isolamento para doença respiratória, a fim de evitar a passagem de pacientes e visitantes de outras áreas ou de profissionais que estejam trabalhando em outros locais da Unidade. O acesso deve ser restrito aos profissionais envolvidos na assistência;
- Também deve estar sinalizado quanto às medidas de precaução (gotículas e padrão) a serem adotadas; e
- Imediatamente antes da entrada do quarto, enfermaria e área de isolamento devem ser disponibilizadas condições para higienização das mãos, com dispensador de preparação alcoólica (gel ou solução a 70%), lavatório/pia com dispensador de sabonete

líquido, suporte para papel-toalha, papel-toalha, lixeira com tampa e abertura sem contato manual.

### **Protocolos e fluxogramas para ações em saúde de Equipe Multiprofissional (Farmacêutico)**

O IGPP só utilizará os produtos farmacêuticos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e deverá manter um estoque de medicamentos suficiente para assegurar os tratamentos prescritos, não se admitindo falta de medicamentos e insumos que venham a prejudicar e comprometer a assistência dispensada aos usuários. É vedada a utilização de materiais e substâncias proibidas.

A padronização de medicamentos e materiais médicos deverá ser apresentada previamente pelo IGPP, de forma a ser avaliada pela Comissão Municipal de Farmácia e Terapêutica.

O elenco de medicamentos para atendimento à população deve, no mínimo, contemplar a padronização da UPA do município.

#### **Composição do Serviço:**

- Farmacêuticos
- Auxiliar de Farmácia
- Auxiliar Administrativo

#### **Horário de Funcionamento do Serviço:**

Farmácia – o serviço é funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana

#### **- Descrição do Serviço**

O IGPP estruturará espaço físico suficiente, compatível com o grau de complexidade das funções, para o pleno desenvolvimento das atividades da Assistência Farmacêutica. A distribuição dos espaços físicos será bem planejada, considerando-se todos os aspectos técnicos pertinentes. A estrutura física terá boas localização, fácil acesso com áreas bem

definidas e sinalizadas, condições ambientais apropriadas, além de cumprir todos os requisitos afeitos à higienização e a limpeza.

O dimensionamento da área não seguirá, de antemão, nenhum padrão pré-estabelecido. A necessidade e o dimensionamento do espaço físico dependerão do volume das atividades, demandas, modalidade da aquisição, número de equipamentos, de mobiliários, de pessoas, entre outros aspectos. Além disso, será preciso pensar em expansão futura, para novas ações e atividades.

### Atribuições

#### Recursos Humanos da Assistência Farmacêutica

O IGPP identificará necessidades, definirá perfis profissionais (competências e habilidades), capacitará os responsáveis e acompanhará e avaliará suas ações, cotidianamente. Implementará, também, programas de desempenho individual e de Equipe, bem como programa de educação permanente, de acordo com as necessidades pessoais e dos serviços. Além disso, utilizará estratégias fundamentais: reuniões sistemáticas semanais com a Equipe, para não acumular problemas e socializará as informações; promoverá reuniões técnicas, seminários temáticos para atualização dos técnicos e a implantação de programas de qualidade para melhoria contínua em todos os processos de trabalho, relacionados à Assistência Farmacêutica.

Um programa de qualificação profissional deve estar centrado na integralidade das ações e no trabalho em equipe, visando ao aumento da capacidade resolutiva das equipes, a fim de torná-las capazes de elaborar estratégias para o enfrentamento de problemas.

#### Sistema de Informação da Assistência Farmacêutica

- a) Informação: será o processo que permite que uma organização se informe sobre si própria e o ambiente sobre ela. Não se limitará, apenas, a dados coletados;
- b) Sistema de informação: consistirá num conjunto de pessoas, estrutura, tecnologia da informação (hardware e software), procedimentos e métodos, que deverão permitir ao Parceiro dispor, em tempo desejado, das informações de que necessita;



O IGPP adverte que será imprescindível dispor de um Sistema de Informação eficiente, com uma base referencial de informação e comunicação integrada. O Sistema deverá superar o fornecimento de dados meramente quantitativos e se orientar no eixo da gestão da informação, produção, qualificação, aporte gerencial e comunicação eficiente das informações de interesse à gestão. Deverá possibilitar, em qualquer tempo, a sistematização de registros e controle das informações geradas, emissão de relatórios gerenciais, estudos estatísticos, análises comparativas, desempenho das ações e da equipe, gestão dos estoques, consumo e gastos efetuados, entre outras informações relevantes sobre a Assistência Farmacêutica.

c) Gestão da informação: consistirá no tratamento da informação – gestão da qualidade, do conteúdo e do uso da informação, englobando dados, equipamentos, redes e suporte tecnológico.

O IGPP ressalta que para a gestão da informação e alcance dos objetivos pretendidos, pressupõe-se uma reorganização gerencial, para uma nova ordem de prática organizacional, a fim de possibilitar normas gerenciais, procedimentos, registros das atividades, fluxos operacionais bem estabelecidos e ordenados, responsabilidades definidas, para um direcionamento de informações qualificadas. Será necessário um processo de construção coletiva, com a colaboração de todos da equipe, para o cuidado e transmissão de dados administrativos e informações, em prazos estabelecidos. Por isso, será imperativo que todo o serviço disponha de um responsável técnico para gerir as informações, sistematizar, acompanhar, avaliar, identificar problemas, demandas, entraves existentes, elaborar relatórios gerenciais, e dar os devidos encaminhamentos, para o bom andamento do serviço.

Sem informação e sem organização, não haverá gerenciamento. Consequentemente, será difícil desenvolver estratégias, implementar ações, intervenções ou ocorrer melhoria de serviço, com satisfação da equipe e usuários.

#### Documentação e Arquivo

Na Assistência Farmacêutica, o cuidado com a documentação, em especial a Fiscal, deverá ser cotidianamente observado. Toda a documentação deverá ser arquivada e

ficar facilmente disponível para as auditorias dos Órgãos de Controle Interno e Externo. A prestação de contas será obrigatória, em qualquer tempo, para todos os que lidam com recursos públicos.

Os demais documentos afeitos à Assistência Farmacêutica deverão ser padronizados e identificados. Todos os documentos, formulários e instrumentos gerenciais que serão utilizados no serviço deverão conter: cabeçalho com o nível de hierarquização organizacional pertinente, o nome da OS e as informações referentes ao número do telefone, fax, bem como o endereço eletrônico.

- Rotinas que garantem a o controle, a distribuição, unitarização, entrada e saída de materiais e medicamentos.

As rotinas de recebimento, armazenamento e distribuição de medicamentos e materiais do IGPP serão processos complexos que exigirão uma logística bem planejada, organizada, coordenada e sob permanente avaliação, a implantação da rotina de unitarização de medicamentos se dará já no início das atividades do setor de farmácia na unidade.

#### 1) Recebimento e Armazenamento de Medicamento e Materiais

Entregar nota fiscal ao responsável pelo recebimento;

Conferir dados da nota fiscal (razão social, endereço, CNPJ, natureza da operação – venda ou saída por venda);

Verificar e conferir o número da Ordem de Fornecimento (OF);

Conferir na NF X OF: nome dos materiais, valor unitário, unidade, valor total (R\$). Caso haja alguma divergência avisar o comprador para a correção da OF e aguardar confirmação do comprador quanto ao recebimento;

Inspecionar o medicamento recebido quanto à embalagem e prazo de validade (caso o prazo de validade for igual ou inferior à 6 meses não receber);

Tirar uma cópia para anexar a 1ª via da NF para enviar ao setor de contas a pagar;

Quando confirmado o recebimento, assinar, carimbar o canhoto da NF e entregar ao fornecedor. Carimbar na NF carimbo de recebimento;

Lançar na planilha de controle de estoque e entrada de NF;  
Realizar a limpeza das prateleiras e armários onde os medicamentos serão colocados;  
Realizar o armazenamento obedecendo a classificação por forma farmacêutica, a ordem alfabética do princípio ativo e seguindo o sistema PEPS (primeiro que expira, primeiro que sai).

## 2) Distribuição de Medicamentos e Materiais

Verificar se é necessária reposição de medicamento e material nas prateleiras;  
Dispensar o medicamento e/ou material mediante apresentação da requisição de medicamentos e materiais, verificando data, setor solicitante, assinatura do funcionário autorizado, descrição do medicamento e/ou material e quantidade solicitada;  
Retirar do estoque, dar baixa na ficha de prateleira, subtraindo a quantidade dispensada;  
Anotar a quantidade do estoque após a baixa na ficha de prateleira;  
Conferir o medicamento/ material separado de acordo com a requisição de materiais e medicamentos (esta deverá estar completamente preenchida para a conferência);  
Solicitar a orientação do farmacêutico sempre que ocorrer qualquer problema ou dúvida com relação ao medicamento e/ou material solicitado;

## 3) Distribuição de Medicamentos Controlados pela Portaria 344.98

Distribuir os medicamentos sujeitos a controle especial somente mediante requisição de medicamento e material (verificando data, setor solicitante, assinatura do funcionário autorizado, descrição do medicamento e quantidade solicitada) acompanhada de receita de controle especial;  
Retirar do estoque, dar baixa na ficha de prateleira subtraindo a quantidade distribuída;  
Carimbar as receitas atendidas (carimbo padronizado) inserido as seguintes informações: data, quantidade, lote, validade, separado por: conferido por:  
Conferir o medicamento separado de acordo com a receita e a requisição de materiais e medicamentos (esta deverá estar completamente preenchida para a conferência);

Solicitar a orientação dos farmacêuticos sempre que ocorrer qualquer problema ou dúvida com relação aos medicamentos solicitados;

#### 4) Controle de Estoque

Preencher a planilha de controle de estoque quando identificar algum item que esteja atingindo o estoque mínimo;

Informar o setor compras local solicitando a data programada para a entrega;

Verificar diariamente a planilha de controle de estoque e fichas de prateleiras e informar ao farmacêutico os itens mais críticos e os itens que deverão entrar no próximo pedido;

Informar à diretoria administrativa e supervisão de enfermagem a possível falta de algum material/ medicamento e analisar a possibilidade de substituição destes;

Lançar o pedido baseado no consumo mensal dos materiais e medicamentos ao setor compras local.

#### 5) Controle de Validade dos Materiais e Medicamentos

Realizar verificação mensal do prazo de validade de todos os medicamentos e materiais armazenados na unidade de farmácia e almoxarifado e anotar em planilha específica de controle;

Analisar a planilha e verificar a possibilidade de remanejamento com outras dos materiais e medicamentos com prazo de validade igual ou inferior a três meses;

Segregar em local específico todos os medicamentos e materiais com prazo de validade igual ou inferior a um mês;

Comunicar à hotelaria o caso de vencimento de qualquer medicamento ou material para que possa ser dada a correta destinação;

Acondicionar corretamente até a coleta todos os materiais e medicamentos vencidos na unidade de Farmácia.

#### 6) Inventário Rotativo

Imprimir a planilha de posição de estoque no dia anterior ao Inventário;

Realizar mensalmente a contagem de todos os itens de material e medicamento da Unidade de Farmácia e Almoxarifado;

Verificar se o estoque físico está de acordo com o estoque indicado nas fichas de prateleira e posição de estoque;

Comunicar ao farmacêutico qualquer divergência no processo;

Orientar e corrigir as intercorrências que houver;

#### 7) Inventário Trimestral

Aplicar o treinamento de inventário uma semana anterior ao inventário;

Comunicar os responsáveis por cada setor a data de realização do inventário a fim de não comprometer o estoque deles;

Comunicar todos os colaboradores do ambulatório a data de realização do inventário;

Fazer um checklist com todos os procedimentos necessários para o correto andamento do inventário;

Imprimir a planilha de contagem no dia anterior ao Inventário;

Retirar todas as fichas de prateleira e separá-las por grupo (medicamento, laboratório etc.) um dia anterior ao inventário trimestral;

Realizar trimestralmente a contagem de todos os itens de material e medicamento da Unidade de Farmácia e Almoxarifado;

Verificar se o estoque físico indicado na planilha de contagem está de acordo com o estoque indicado nas fichas de prateleira e posição de estoque;

Comunicar ao farmacêutico qualquer divergência no processo;

Orientar e corrigir as intercorrências que houver;

Inventariar todas as fichas de prateleira com caneta vermelha;

Guardar as fichas de prateleira em seu devido local;

Fazer a Acurácia dos estoques de farmácia e almoxarifado

Enviar a Acurácia de Farmácia e de Almoxarifado à diretoria administrativa;

#### 8) Escrituração das Receitas de Medicamentos Sujeitos a Controle Especial

Realizar todo o processo de recebimento de medicamentos dos fornecedores;



Dar entrada na ficha de prateleira e posição de estoque;

Arquivar uma cópia da Nota Fiscal na pasta de receitas de psicotrópicos para posterior entrada no livro de registro;

Dar as entradas de medicamentos psicotrópicos no Livro de Registro;

Dispensar medicamentos psicotrópicos mediante receita e requisição de material e medicamento;

Conferir as requisições e receitas atendidas;

Carimbar o verso das receitas atendidas colocando: data, quantidade separada, lote, validade, responsável pela separação, conferência;

Fazer o lançamento das receitas no livro de registro de medicamentos sujeitos a controle especial semanalmente e numerar as receitas de forma sequencial;

Preencher a planilha de controle de registro de psicotrópico toda segunda-feira, colocando a numeração da última receita atendida, qual portaria pertence, data da última escrituração e número da página que foi lançada com a orientação frente ou verso;

Armazenar todas as receitas lançadas para atender as fiscalizações.

#### 9) Conferência dos Medicamentos e Materiais dos Carros de Parada

Informar a vistoria nos carros de parada à supervisão de enfermagem um dia antes da realização dela;

Solicitar que uma enfermeira acompanhe a vistoria da equipe de farmácia;

Romper o lacre do carro de parada a ser vistoriado;

Realizar a conferência de validade, quantidade, lote e aspecto físico de todos os medicamentos e materiais contidos no carro de parada todo último dia útil de cada mês;

Realizar a troca de todos os materiais e medicamentos próximos ao vencimento (vencerão no mesmo mês) que serão retirados do carro de parada;

Apresentar à enfermeira responsável da unidade uma listagem com todos os medicamentos e materiais retirados na conferência;

Preencher a requisição de materiais e medicamentos com todos os itens que serão substituídos;

Assinar o livro de rompimento do lacre e informar novo número sequencial do lacre;  
Atualizar a planilha de controle de materiais e medicamentos do carro de parada;  
No caso de emergência com a necessidade de rompimento do lacre, a Farmácia será avisada e deverá assinar o livro do rompimento do lacre;  
Conferir o carro e pedir reposição do material e medicamento que foi utilizado na emergência;  
Lacrar o carro após a conferência da enfermagem/farmácia;  
Atualizar a planilha de controle de materiais e medicamentos do carro de parada e régua de controle da conferência;

#### 10) Ronda Farmacêutica

Realizar quinzenalmente a ronda farmacêutica, juntamente com um profissional da enfermagem, utilizando o Checklist para conferência;  
Retirar do estoque todos os materiais e medicamentos com prazo de validade igual ou inferior a um mês, ou com etiqueta de abertura vencida, além de amostras grátis;  
Apresentar à enfermeira responsável da unidade uma listagem com todos os medicamentos e materiais retirados na ronda;  
Preencher uma requisição de material e medicamento com todos os itens retirados dos setores e encaminhar a Farmácia a fim de não comprometer o estoque mínimo do setor;  
Protocolar com a enfermagem a data da ronda e as intercorrências encontradas;  
Comunicar à equipe de Farmácia eventual medicamento ou material vencido ou próximo ao vencimento bem como qualquer irregularidade em relação aos mesmos (alteração de cor dos medicamentos ou integridade comprometida da embalagem);  
Realizar a substituição dos materiais e medicamentos retirados dos setores pela equipe de enfermagem mediante apresentação de requisição de material e medicamento corretamente preenchida;

#### 11) Lançamentos dos Pedidos de Compra Trimestrais



Verificar diariamente todos os itens de materiais e medicamentos que estão atingindo o estoque mínimo ou que zeraram no estoque;

Preencher a planilha de estoque mínimo ou zerado com todos os itens identificados;

Verificar a planilha diariamente e informar ao farmacêutico os itens mais críticos;

Preencher o documento padrão para lançamento de pedidos com código, descrição, unidade e quantidade do item a ser pedido, em três vias baseado na planilha de estoque mínimo;

Assinar e encaminhar o pedido para assinatura da Coordenação Administrativa;

## 12) Entrada de Notas Fiscais

Receber materiais e medicamentos;

Dar entrada da Nota Fiscal em planilha específica contendo: nome da empresa, número da nota fiscal, número da ordem de fornecimento, valor total da nota fiscal, data de entrada na unidade de farmácia e almoxarifado, data de emissão e data de vencimento;

Dar as entradas dos materiais ou medicamentos constantes nas Notas Fiscais nas fichas de prateleira e na planilha de controle de estoque;

Encaminhar a Nota Fiscal para pagamento com a Ordem de Fornecimento já assinada.

Incluir a nota fiscal que não foi enviada para pagamento na planilha de relação de notas fiscais pendentes;

Encaminhar a planilha de relação de notas fiscais pendentes, na última semana de cada mês, à diretoria administrativa e contabilidade local;

Encaminhar até o quinto dia útil de cada mês a planilha de controle de entrada de notas fiscais à contabilidade local;

## 13) Entrada de Materiais e Medicamentos nas Fichas de Prateleira

Realizar todo o processo de recebimento de material/ medicamento;

Solicitar aos auxiliares de farmácia sempre que necessário a conferência da quantidade total (estoque já existente + quantidade recebida);

Dar entrada dos materiais ou medicamentos constantes na Nota Fiscal na ficha de prateleira com caneta esferográfica vermelha colocando: data, número da nota fiscal, nome da empresa, quantidade recebida e quantidade do estoque total;

#### 14) Entrada de Materiais e Medicamentos na Planilha de Posição de Estoque

Realizar todo o processo de recebimento de material/ medicamento;

Solicitar aos auxiliares de farmácia sempre que necessário a conferência da quantidade total (estoque já existente + quantidade recebida);

Dar entrada de todos os materiais/ medicamentos constantes na Nota Fiscal na planilha de controle de estoque, verificando se nesta já consta a especificação do item recebido, caso não conste inserir em cada centro de custo a especificação do material/ medicamento recebido;

Verificar na planilha Estoque Atual a quantidade total e o valor total do estoque, no caso de divergência solicitar auxílio ao farmacêutico;

#### 15) Saída de Materiais e Medicamentos na Planilha de Controle de Estoque

Recolher todas as requisições de medicamento e material atendidas no dia anterior sempre no primeiro horário;

Verificar se as requisições recolhidas estão corretamente preenchidas e assinadas pelos auxiliares de farmácia;

Solicitar o correto preenchimento das requisições ao auxiliar responsável pela separação ou conferência caso estas estejam incorretas;

Completar as requisições com todas as informações referentes ao item solicitado como dosagem, tamanho etc.;

Dar saída dos itens das requisições recolhidas na posição de estoque para cada centro de custo solicitante;

Verificar, a cada saída, o estoque atual a fim de confirmar se o estoque indicado na planilha de controle de estoque está igual ao estoque indicado na ficha de prateleira;

Arquivar as requisições de medicamento e material baixadas na posição de estoque;

#### 16) Identificação das Prateleiras e Armários

Elaborar as etiquetas de identificação das prateleiras e armários onde deverá constar: logo da unidade, descrição do material/ medicamento e estoque mínimo (baseado no consumo mensal), sendo que, drogas de alto alerta são identificados com etiqueta na cor amarela e psicotrópicos são identificados com etiqueta na cor laranja.

Identificar as prateleiras e armários;

Solicitar a substituição das etiquetas sempre que identificado aumento ou diminuição do estoque mínimo ou desgaste delas;

#### 17) Compilação dos Dados para a Elaboração dos Indicadores Mensais

Compilar no primeiro dia de cada mês os dados abaixo relacionados ao mês anterior:

Número de requisições de materiais e medicamentos atendidas;

Número de requisições de materiais e medicamentos conferidas e não conferidas;

Número total de itens inventariados (inventário mensal)

Número total dos itens com divergência no inventário mensal;

Número total de itens obsoletos;

Número total de notas fiscais recebidas – almoxarifado;

Número total de notas fiscais recebidas – farmácia;

Número total de materiais e medicamentos distribuídos de forma incorreta;

Número total e valores das perdas de materiais e medicamentos por quebra e validade;

Valor do estoque – Almoxarifado;

Valor do estoque – Farmácia.

#### 18) Controle da Temperatura do Refrigerador

Verificar a temperatura do refrigerador três vezes ao dia às 7:00, às 14:00 e às 19:00 horas e anotar na planilha de controle de temperatura de refrigerador a temperatura do momento (TMO), a máxima (TMA) e a mínima (TMI);

Comunicar imediatamente ao Farmacêutico qualquer irregularidade identificada nas verificações conforme orientação da escala de temperatura;

Corrigir a temperatura regulando o botão de controle do termostato que fica no interior do refrigerador;

Verificar a estabilidade dos medicamentos e insumos termolábeis;

Arquivar a planilha de verificação mensal no primeiro dia útil do mês seguinte e disponibilizar aos auxiliares a nova planilha para o mês vigente;

Validar a planilha semanalmente e corrigir qualquer intercorrência que houver.

#### 19) Controle da Temperatura do Ambiente

Verificar a temperatura do ambiente três vezes ao dia às 7:00, às 14:00 e às 19:00 horas e anotar na planilha de controle de temperatura de ambiente a temperatura do momento (TMO), a máxima (TMA) e a mínima (TMI);

Comunicar imediatamente ao Farmacêutico qualquer irregularidade identificada nas verificações;

Arquivar a planilha de verificação mensal no primeiro dia útil do mês seguinte e disponibilizar aos auxiliares a nova planilha para o mês vigente;

Validar a planilha semanalmente e corrigir qualquer intercorrência que houver.

#### 20) Distribuição de Drogas de Alto Alerta

Realizar o processo de recebimento das Drogas de Alto Alerta;

Imprimir as etiquetas de identificação das Drogas de Alto Alerta onde deverão constar: nome do medicamento, dosagem, lote e validade;

Etiquetar as drogas de alto alerta;

Armazenar em área identificada para armazenamento de Drogas de Alto Alerta;

Solicitar à Farmácia através de requisição de medicamentos e materiais as drogas de alto alerta levando no momento da solicitação e o casco do Medicamento solicitado quando aplicável (frasco- ampola) para que a farmácia possa dispensar;

Retirar do estoque, dar baixa na ficha de prateleira subtraindo a quantidade dispensada;

Solicitar a conferência do medicamento separado para o farmacêutico;

Conferir o medicamento separado de acordo com a requisição de materiais e medicamentos (esta deverá estar completamente preenchida para a conferência);

Repor a caixa de armazenamento da Droga de Alto Alerta e lacrar;

#### RELAÇÃO DE DROGAS DE ALTO ALERTA

Adrenalina 1mg/ml

Amiodarona 50mg/mL- ampola com 3mL

Atropina 0,25mg/ml ampola 1ml

Bicarbonato de Sódio 8,4%

Cloreto de Potássio 19,1%- KCl ampola com 10mL

Cloreto de Sódio 20%- NaCl ampola com 10mL

Dobutamina 12,5mg/mL- ampola com 20mL

Fenitoína 250mg/5ml

Fentanila 0,05mg/mL- ampolas com 02mL- 05mL- 10mL

Glicose de 25% e 50%- ampolas com 10mL

Gluconato de Cálcio 10%

Heparina 5.000UI/mL- Frasco com 05mL

Insulina Humana Regular 100UI/mL- Frasco com 10mL

Lidocaína 2% c/ vaso

Midazolam 3ml/5ml/10ml

Noradrenalina 2mg/mL- ampola com 4mL

Sulfato de Magnésio 10% e 50%- ampolas com 10mL

Terbutalina 0,5/1ml

Verapamil 2,5 ml /ml ampola 2ml

#### 21) Unitarização de Medicamentos

Realizar o processo de recebimento dos medicamentos, conforme rotina;

Avaliar, de acordo com nosso estoque, a quantidade de comprimidos/ampolas que deverão ser unitarizados;

Fazer e imprimir as etiquetas de identificação, que deverão constar: nome do medicamento, lote, validade, nº de série e nome da instituição.

Imprimir sempre uma etiqueta além da quantidade a ser unitarizada e colar no controle de unitarização e preencher os campos com os dados do medicamento; (anexo)

Solicitar ao farmacêutico que confira os dados do medicamento com a etiqueta impressa e com o controle de unitarização;

Conferir os dados na etiqueta com o medicamento e o controle de unitarização. Se estiver tudo correto, carimbar e vistar o campo de conferência da emissão da etiqueta;

Higienizar devidamente as mãos e se paramentar os com os EPI's necessários no ambiente próprio para unitarização;

Realizar a unitarização prestando a atenção necessária, evitando o contato com outros profissionais;

Anotar no controle de unitarização o horário que iniciou a unitarização e o horário de término da unitarização;

Conferir na totalidade a unitarização realizada pelo auxiliar de farmácia e se estiver tudo correto, carimbar e vistar o campo de conferência final do fracionamento;

Armazenar os medicamentos nas respectivas colmeias;

Supervisionar e orientar o cumprimento desta rotina.

## 22) Avaliação dos Fornecedores

Preencher a Avaliação dos Fornecedores arquivada em computador no ato do recebimento;

Preencher os Indicadores de Avaliação dos Fornecedores de acordo com as informações contidas nas Avaliações preenchidas pelos auxiliares;

Compilar os dados no Indicador da Avaliação dos Fornecedores;

Validar as informações do Indicador da Avaliação dos Fornecedores e enviar ao corporativo de Almoxarifado com cópia para Coordenadora Ambulatorial todo 1º dia útil de cada mês.

## 23) Plano de Contingência para Medicamentos Termolábeis



No caso de alteração de temperatura do termo-higrômetro, avisar com brevidade o farmacêutico.

Toda vez que existir queda de energia elétrica na Unidade de Farmácia, deve acompanhar a temperatura da geladeira, manter o refrigerador fechado e já providenciar a caixa térmica com gelox até que atinja a temperatura ideal.

Quando a queda de energia elétrica ocorrer nos fins de semana, a Gerência Administrativa deve ser avisada brevemente (15 minutos);

Caso a energia não retorne brevemente e a temperatura da geladeira esteja caindo, transferir os medicamentos para as caixas térmicas com gelox, se já estiver na temperatura adequada;

Após o armazenamento dos medicamentos nas caixas térmicas deve ser priorizada o retorno da energia ou aquisição de outro refrigerador assim como a compra de gelox.

#### 24) Plano de Contingência para Falta de Medicamentos e Materiais

Comunicar o Farmacêutico os medicamentos e materiais com situação crítica (estoque insuficiente).

Entrar em contato com a Unidade de Compras para situar-se sobre a aquisição do item com estoque crítico.

No caso de impossibilidade de aquisição do item, o Coordenador da Clínica / Especialidade deve ser comunicado para identificar a possibilidade de substituição por equivalente terapêutico.

Comunicar a Administração sobre as intervenções realizadas na assistência.

#### 25) Notificação de Farmacovigilância

Realizar busca ativa de farmacovigilância nas clínicas semanalmente.

Comunicar o farmacêutico no caso de surgimentos de reações adversas ou desvios de qualidade de medicamentos.

Investigar as reações adversas e desvios de qualidade e realizar registros.

Realizar notificação de farmacovigilância pelo site da CVS (Centro de Vigilância Sanitária)

## ACIDENTES BIOLÓGICOS – ORIENTAÇÕES E FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO

### QUIMIOPROFILAXIA PARA EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL AO HIV

Ainda não existe qualquer tipo de quimioprofilaxia absolutamente segura em caso de exposição ao HIV. Isto reforça a necessidade do rigoroso estabelecimento de normas universais de biossegurança para diminuir o risco desta exposição. A exposição ocupacional deve ser tratada como emergência médica, uma vez que deve ser iniciada o mais rápido possível, preferencialmente nas primeiras horas após o acidente e no máximo até 72 horas.

A indicação da QP para a exposição ocupacional deve ser avaliada com cuidado, levando-se em conta:

1. Risco de o paciente fonte estar ou não infectado: realizar sempre que possível ou necessário o Teste Rápido anti-HIV.
2. Gravidade da exposição
3. Potencial benefício da medicação antirretroviral

O profissional de saúde acidentado não tem indicação de realizar o Teste Rápido. Necessita, porém, fazer o exame convencional, sem pressa do resultado, com a intenção de se aproveitar o evento do acidente para conhecermos o estado sorológico prévio, já que não há qualquer influência da urgência da testagem, para se instituir a QP.

Quando indicada a QP deve se prolongar por 28 dias (4 semanas).

Recomenda-se:

1. Em situações de menor risco de transmissão o uso de duas drogas antirretrovirais ITRN, preferencialmente a associação de zidovudina com lamivudina, se possíveis combinadas na mesma formulação (Biovir);
2. Em situações de maior risco, recomenda-se o uso de esquemas potentes, com a adição de um IP com Ritonavir como adjuvante (preferencialmente Lopinavir com Ritonavir ou ITRNN especificamente o Efavirenz. (excetuando-se nas funcionárias com atraso menstrual, devido risco de teratogenicidade. O uso de Atazanavir está também indicado

com Ritonavir, porém este esquema tem a icterícia como efeito adverso,).

3. Antirretrovirais diferentes destes podem ser indicados quando há suspeita de exposição a cepas virais resistentes, quando há evidência de exposição a paciente fonte multirresistente aos antirretrovirais que já tenha utilizado.
4. A falta do especialista no momento do atendimento não deve ser razão para retardar o início da quimioprofilaxia com o esquema indicado pelo fluxograma, tendo em vista que o período ótimo para se evitar a aquisição do HIV é imediatamente após o acidente até 30 minutos a 2 horas.
5. Quando se inicia a QP no profissional exposto, anteriormente à realização do teste rápido no paciente fonte e resulta negativo, interrompe-se imediatamente a QP.

#### SUGESTÕES TERAPÊUTICAS PARA EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL

| Esquema por 28 dias | 2 drogas | 3 drogas                                                                                                                                                              |
|---------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1ª escolha          | AZT+3TC  | AZT+3TC+EFZ (1)<br><br>AZT+3TC+LPV/r                                                                                                                                  |
| 2ª escolha          | TDF+3TC  | TDF+3TC+EFZ (1)<br>TDF+3TC+LPV/r<br>Considerar outros esquemas ARV<br>Quando há possibilidade de exposição a vírus resistentes em pacientes fonte multiexperimentados |

1. O EFZ (efavirenz) não deve ser utilizado em mulheres grávidas ou com possibilidade de gravidez durante o período de Quimioprofilaxia, pelo risco de ocorrer efeito teratogênico.
2. Contraindicação ao AZT (Zidovudina) é entendido como: Hb < 8,0g% e/ou neutrófilos < 500/mm<sup>3</sup>.

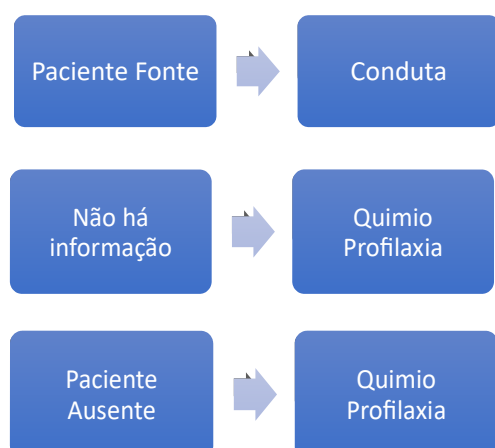
3. O TDF (Tenofovir) pode ser indicado em casos de intolerância ou resistência presumida ao AZT e ao d4T para maiores de 18 anos e que não tenham lesão renal prévia, embora haja menor experiência clínica de seu uso em situações de profilaxia pós-exposição ocupacional ao HIV (em relação ao uso de AZT). Para seu uso deve-se considerar também a dificuldade logística e incremento potencial no custo ao MS.

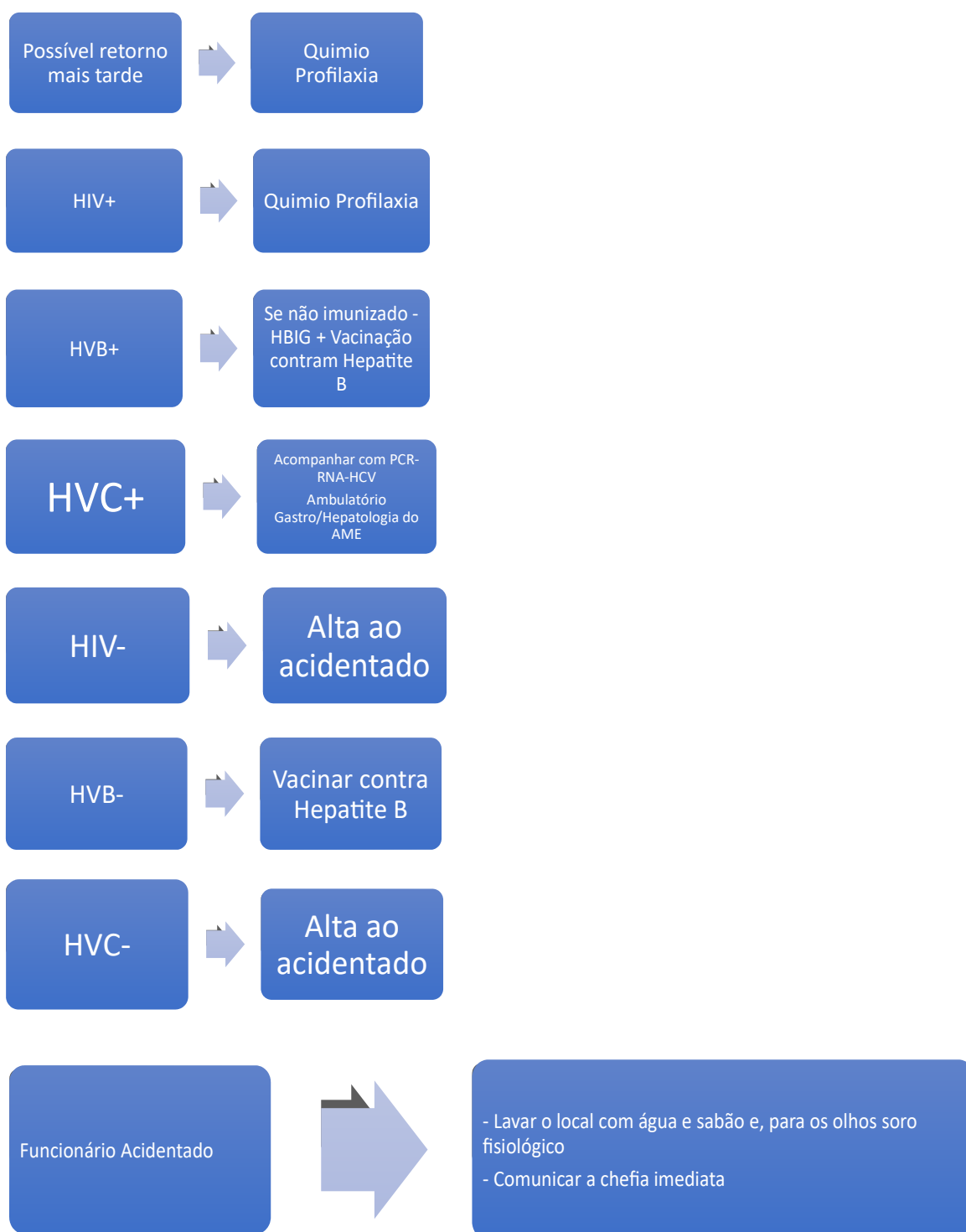
|                       |       |        |                                                               |
|-----------------------|-------|--------|---------------------------------------------------------------|
| EFAVIRENZ             | ITRNN | EFV    | 1 caps de 600mg 1X/D à noite                                  |
| LAMIVUDINA (3TC)      | ITRN  | 3TC    | 1compde 150mg 2X/D                                            |
| LOPINAVIR/RITONAVIR   | IP    | LPV/r  | 2compde 200mg /ritonavir de 100mg 2X/D (formulação associada) |
| TENOFOVIR             | ITRNT | TDF    | 1 comp de 300mg 1X/D                                          |
| ZIDOVUDINA+LAMIVUDINA | ITRN  | BIOVIR | 1 comp 2X/D                                                   |

Fonte: ANVISA- Agência Nacional de vigilância Sanitária- Resolução- RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002.

#### Fluxograma do Acidente Biológico

- 1- Verificar rapidamente estado sorológico do paciente fonte para HIV, HVB e HVC com os seguintes quesitos:





Chefia Imediata



- Encaminhar o funcionário acidentado a chefia de enfermagem
- Comunicar o acidente biológico para o SCIH imediatamente, por telefone ou pessoalmente

Enfermeira do SCIH



- Informar o paciente fonte e solicitar autorização para sorologia de HIV;
- Entrar em contato imediatamente com o infectologista da SCIH para comunicar o caso;
- Providenciar consulta médica imediata para o funcionário, para solicitação de exames;
- Encaminhar o funcionário e o paciente para exames :
- FUNCIONÁRIO - Anti HIV (Teste Rápido) , Anti HCV (Teste Rápido), HBsAg ,Anti Hbs, Anti HIV, Anti HCV e VDRL;
- PACIENTE FONTE – Anti HIV (Teste Rápido) , Anti HCV (Teste Rápido), HBsAg ,Anti Hbs, Anti HIV, Anti HCV e VDRL;
- Informar o resultado do Teste Rápido ao paciente fonte e ao funcionário;
- Notificar a Vigilância Epidemiológica;
- Solicitar na UPA a QP ( quimioprofilaxia ), caso seja necessário;
- Preencher a ficha de notificação de acidente biológico
- Encaminhar o funcionário ao SESMIT;
- Comunicar paciente fonte e funcionário sobre o resultado das sorologias.
- Reavaliar o caso e orientar
- Acompanhar com sorologias , se necessário

SESMT/MEDICINA  
OCUPACIONAL



Atender, orientar em relação a cuidados para com o acidente;

Abrir CAT

Observações:

1. Os exames de HIV do paciente fonte só poderão ser realizados após autorização

(impresso próprio);

2. O profissional acidentado deverá ter prioridade no atendimento, acolhimento encaminhamentos;
3. O teste rápido é feito no laboratório que atende ao AME e o resultado sai em 20 minutos;
4. Todos os acidentes biológicos serão comunicados ao SCIH.

## PROTOCOLO DE ANTICOAGULAÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA

### Introdução:

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade e incapacidade em indivíduos adultos no Brasil e no mundo. O AVC é considerado o mais comum e mais grave acometimento agudo do encéfalo. De acordo com os dados do Ministério da Saúde o AVC é a 2ª causa da mortalidade e está entre as 10 primeiras doenças que motivam uma internação. O AVC é a maior causa de incapacitação para o trabalho entre adultos, a cada ano cerca de 125.000 novos casos são detectados no Brasil.

Daí a grande importância no reconhecimento precoce do AVC, visto que a valorização dos primeiros sinais e sintomas de um ataque cerebral pode interferir de forma substancial no prognóstico dos pacientes, pois o seu tratamento precoce pode reduzir o número de mortes e incapacitações.

Cerca de 80% dos AVC são isquêmicos, ou seja, de origem trombótica ou embólica. Embora os AVC hemorrágicos sejam menos frequentes, apresentam maior mortalidade e sequelas mais graves.

Os AVC isquêmicos são ocasionados pela causa cardioembólica em 1/3 dos casos, podendo estes casos serem passíveis de prevenção com utilização de anticoagulantes orais.

### Anticoagulantes orais:

Os cumarínicos são antagonistas da vitamina K (reduzindo os níveis dos fatores de coagulação vit. K dependentes – II, VII, IX, X, proteína C e proteína S), usados para

anticoagulação crônica. O Warfarin é o cumarínicos mais utilizado. As doses do Warfarin são ajustadas de acordo com o tempo de Protrombina, expressado como RNI. O Warfarin causa queda rápida dos níveis de fator VII e Proteínas C e S devido a suas curtas meias-vidas (6-8h). Outros fatores de coagulação levam 24-48h para terem seus níveis reduzidos. Portanto, quando se inicia o uso do Warfarin, seu efeito anticoagulante precede seu efeito antitrombótico em cerca de 24h, e esse efeito é associado a um estado de hipercoagulabilidade transitório devido à redução das proteínas C e S. Por isso normalmente inicia-se o Warfarin quando o paciente já está anticoagulado com Heparina.

A resposta ao uso do Warfarin varia de paciente para paciente, e alterações individuais da resposta à medicação com o tempo são comuns, sendo necessária a monitorização regular para o ajuste das doses. Muitas drogas interagem com o Warfarin, causando alteração na resposta terapêutica. Quando estas drogas são utilizadas concomitantemente com o Warfarin a monitorização deve ser intensificada. Todos estes fatores dificultam bastante o controle, estimando-se que a taxa de pacientes que mantêm seu RNI na faixa desejada oscile de 40- 60%.

Antimicrobianos

Sulfametoxazol/Trimetropin

Nafcilina

Eritromicina, Rifampicina

Fluconazol, Griseofulvina

Isoniazida

Metronidazol

Miconazol

Drogas cardiovasculares

Amiodarona, Colestiramina, Atenolol

Propranolol, Metoprolol

Propafenona





Drogas que atuam no SNC

Inibidores da recaptação da Serotonina

Barbitúricos

Clordiazepóxido, Fluoxetina

Carbamazepina

Drogas de efeito gastrointestinal

Omeprazol, Sucralfato, Antiácidos.

Cimetidina, Famotidina

Nizatidina

Ranitidina.

Antiinflamatórios

Fenilbutazona, Naproxeno

Piroxicam

Sulfinpirazona

Miscelânea

Lovastatina

Indicações de anticoagulação:

**a) Trombose venosa Profunda:**

O quadro clínico é caracterizado principalmente por dor na panturrilha ou coxa, associada a edema. 50% dos pacientes são assintomáticos.

Geralmente há história de ICC, cirurgia recente, trauma, neoplasia (ocorre em 20% das TVP, sendo as mais comuns: Pulmão, pâncreas, próstata, mama e ovário.), uso de anticoncepcionais orais ou inatividade prolongada.

Os sinais clínicos têm baixa sensibilidade (50% das TVP e 60-70% dos TEP não têm sintomas ou sinais na extremidade afetada). Em função disso, o diagnóstico é normalmente feito pelo Duplex Scan.

A anticoagulação é feita inicialmente com Heparina 80u/kg em bolus seguida de infusão contínua de 18u/kg/h (aumentando o PTT para 1,5 – 2 vezes o normal). O Warfarin é iniciado após esta anticoagulação ser atingida, sobrepondo as terapias para evitar a já citada hipercoaguabilidade associada ao uso inicial do Warfarin.

O tempo de tratamento recomendado para o primeiro episódio não complicado de TVP é 3-6 meses de Warfarin mantendo o RNI = 2-3. Após um segundo episódio o Warfarin deve ser mantido indefinidamente.

Condições que justificam o uso indefinido do Warfarin (ou até a remoção da causa):

§ Mutações do fator V Leiden, deficiência de proteína C, síndrome antifosfolípide, deficiência de proteína S, deficiência de antitrombina III e resistência homozigótica à proteína C ativada.

§ História familiar

§ Trombose venosa em paciente jovem

§ Malignidades

§ Infecções crônicas

§ Doença inflamatória intestinal

§ Síndrome nefrótica

§ Hipertensão Pulmonar Tromboembólica

**b) Valvopatias:** A história natural das valvopatias associa-se a potencial tromboembólico com expressiva influência sobre o prognóstico. O evento tromboembólico torna-se mais frequente à medida que fases mais avançadas da doença são atingidas e pela associação do progredir da idade ou com desenvolvimento de fibrilação atrial, arritmia que é um fator de

risco independente. O implante de prótese metálica dá continuidade ao potencial tromboembólico que os portadores de cardiopatia valvar praticamente nunca perdem. A terapêutica antitrombótica é eficaz na prevenção do fenômeno tromboembólico associado a valvopatia/fibrilação atrial/prótese metálica.

O diagnóstico de valvopatia “per si” não é indicação isolada de uso de

antitrombótico a longo prazo. A presença de certas variáveis associadas é que recomenda o uso. Elas incluem fibrilação atrial, história de fenômeno tromboembólico, achado de trombo (eco, cirúrgico).

#### Prótese Valvar

**Bioprótese:** O implante de bioprótese em qualquer posição não constitui recomendação isolada de uso de anticoagulante.

Observações nacionais sobre taxas de evento tromboembólico no pós-operatório de implante de prótese permitem concluir pela não obrigatoriedade do uso de anticoagulante nos três primeiros meses, desde que não haja outro fator que justifique.

Os fatores que indicam o uso de anticoagulante no primeiro trimestre pós implante de biopróteses incluem: fibrilação atrial crônica, história de tromboembolismo, achado de trombo intra-atrial (eco, cirúrgico).

Durante os três primeiros meses após a cirurgia, enquanto o anel se torna endotelizado, a taxa de tromboembolia é alta o suficiente para que a terapêutica com anticoagulante seja muito aconselhável. Consequentemente o uso de anticoagulante não é necessário para valvas suínas na posição aórtica (taxa de embolia é de 1 a 2 episódios por 100pacientes-ano sem o uso de anticoagulante).

Quando as próteses estão na posição mitral em pacientes em ritmo sinusal, sem história de insuficiência cardíaca, sem trombo no átrio esquerdo e sem história de embolia pré-operatória, os anticoagulantes não são necessários após os três primeiros meses, pois a taxa de embolia é de 1 a 2 episódios por 100 pacientes/ano (semelhante aos pacientes com prótese mecânica que receberam anticoagulante).

Em pacientes submetidos à substituição de valva mitral, que tiveram episódio prévio de embolia, no qual o trombo é encontrado no átrio esquerdo durante a cirurgia ou nos que permanecem em fibrilação atrial no pós-op., o risco de tromboembolia e a necessidade de uso de anticoagulante persiste.

#### Prótese Mecânica:



Pacientes com prótese mecânica devem ser submetidos à anticoagulação em longo prazo com warfarina sódica, objetivando níveis ideais de INR de 2,5-3,5. Recomenda-se uma uniformidade de uso, independentemente do tipo, posição e número de próteses implantadas.

c) **Fibrilação atrial** - Aumenta em 6 vezes o risco de AVCI e é uma arritmia prevalente (cerca de 15% da população idosa). Quando associada a fatores de risco (abaixo), aumenta a chance de AVC em 17 vezes.

Fatores de alto risco para tromboembolismo em portador de fibrilação atrial:

§ História de episódio isquêmico cerebral transitório

§ História de tromboembolismo

§ História de hipertensão arterial

§ Disfunção ventricular esquerda (ECO, ICC recente) (ar) – FE < 40%

§ Idade > 75 anos (as)

§ Combinações de diabete, coronariopatia, idade > 65 anos, tirotoxicose.

Valvopatia reumática – AE > 5,5cm e presença de contraste espontâneo

§ Prótese valvular mecânica

**Fibrilação Atrial Aguda** - O registro de fibrilação atrial aguda não requer anticoagulação nas primeiras 48 horas do início do episódio, ocasião em que a probabilidade de formação de trombo é estimada em 1%.

**Esquema de Anticoagulação para cardioversão (CV) da Fibrilação ou Flutter Atriais Agudos:**

01) Warfarim 5 mg/dia (INR entre 2,0 e 3,0) por 3 semanas- CV – Warfarin por mais 4 semanas.

02) Havendo disponibilidade de Ecocardiograma Trans Esofágico (ETE): Heparina EV por 24 h (PTT entre 1,5 e 2,5) mais Warfarin 5 mg- ETE, que se não demonstra trombo ou fluxo lento atrial – CV- Warfarin por 4 semanas.

03) Na instabilidade hemodinâmica: CV – Heparina EV por 72 h mais

Warfarin 5mg/dia por 4 semanas.

Possíveis achados ao ETE na pesquisa da Fonte do AVC Embólico:

- § Trombo atrial esquerdo ou mitral;
- § Defeitos e aneurisma do septo atrial;
- § Tumores intracardíacos;
- § Fluxo lento intra-atrial ("rêmora atrial");
- § Ateromatose e trombos aórticos.

A cardioversão farmacológica após transcorridas 48 horas do início do episódio recomenda também a anticoagulação, à semelhança da cardioversão elétrica.

A reversão ao ritmo sinusal deve ser sucedida pela manutenção da anticoagulação com warfarina sódica por período de 4 semanas. A justificativa é a taxa estimada em 1,2-1,5% de evento tromboembólico pós-cardioversão elétrica ou farmacológica.

Os objetivos incluem a prevenção da formação de novo trombo pós-cardioversão até a normalização da contração atrial, que pode ser tardia, a necessidade de aguardar que o eventual trombo desenvolva aderência e segurança quanto à possível recorrência precoce da fibrilação atrial.

**FA Paroxística** - A recomendação é controversa. Admitindo a ocorrência de 3 episódios de fibrilação atrial em período de até 12 meses, a anticoagulação com warfarina sódica deve ser aplicada preferencialmente em pacientes com alto risco; os níveis ideais de INR são de 2,0-3,0.

A associação com fator etiopatogênico reversível como hipertireoidismo e abuso na ingestão de bebida alcoólica não recomenda o uso de anticoagulante.

**FA Crônica** - Anticoagulação oral com warfarina sódica em longo prazo é recomendada para os pacientes com fibrilação atrial crônica classificada como de alto risco (acima). Os estudos mostram que o uso de warfarina sódica em doses ajustadas pelos níveis de INR supera em benefícios esquemas de dose baixa (até 03 mg) e fixa da droga – que pouco alteram os níveis de INR.



Os níveis ideais de INR são de 2,5 (2,0-3,0), exceto em presença de prótese valvular mecânica que requer INR de 2,5-3,5. Eles são obtidos com doses iniciais de 5mg/dia e ajustes conforme reavaliações do INR. Os limites foram estabelecidos de acordo com dados que indicam baixa eficácia com INR < 2,0 e elevação de risco hemorrágico com INR >4,0-5,0. Há opiniões na literatura que consideram mais adequado o equilíbrio entre prevenção de tromboembolismo/hemorragia mantendo INR nos limites mais inferiores da faixa de recomendação para idosos.

A recomendação justifica-se na conclusão de estudos randomizados: portadores de fibrilação atrial em uso de anticoagulante são altamente beneficiados com redução das taxas de evento tromboembólico (influência de cerca de 70% sobre o risco), bem como mortalidade (cerca de 33% menos riscos), de modo estatisticamente significante em relação aos que não usam.

Ademais, concluiu-se que a ocorrência de eventos tromboembólicos apesar do uso de anticoagulante não se associou a maior gravidade clínica.

O uso de Ácido Acetilsalicílico deve ser recomendado em situações de recusa/contraindicação/impossibilidade de controle adequado ao uso de anticoagulante, baseando-se nos seguintes dados:

§ Reduz a incidência de AVCI em 25%.

§ Indicado para todos os que tiveram IAM, Angina Instável, AVCI, AI T ou doenças cardioembólica baixo risco.

§ Possivelmente benéfico nas doenças obstrutivas vasculares e na aterosclerose aórtica.

#### **Doses Preconizadas:**

1 – AAS 75 a 130mg/dia redução do risco @ 25%

2 – Ticlopidina 250mg 2X/dia redução do risco @ 25 a 40%

3 – Clopidogrel 75 mg / dia redução do risco @ 30%

4 – Dipyridamol 200mg 2x/dia, associado ao AAS (ainda necessitando de maiores estudos clínicos) redução de risco 35 a 40%.

**Em casos com idade < 65 anos (com FA) em ausência de doença**

cardiovascular, o AAS pode ser considerado alternativa ao anticoagulante; o risco do fenômeno tromboembólico nesta situação parece ser menor que os riscos da anticoagulação oral.

**d) Cardiopatia Isquêmica:**

Os anticoagulantes são usados na cardiopatia isquêmica por variadas razões, destacando-se a prevenção secundária da doença arterial coronariana, o tratamento do infarto agudo do miocárdio, e a prevenção do embolismo sistêmico, sendo que com vistas a esta última, o anticoagulante tem sido utilizado tanto na forma aguda como na forma crônica da doença.

Em cada uma dessas situações a prevenção da AVC surge como um dos desfechos alcançáveis.

Embora demonstrasse nos pacientes, numa janela otimizada de INR de 3-4, o menor índice possível efeitos combinados de sangramento – AVC isquêmico, o receio do sangramento sempre ofereceu certo óbice ao emprego mais generalizado do anticoagulante.

Em paralelo a estas observações estudos de prevenção secundária da doença arterial coronariana anti-agregantes, especialmente o ácido acetil salicílico (AAS), revelavam resultados favoráveis. A comparação direta dos cumarínicos em baixas doses combinadas a AAS também em baixas doses, com AAS em doses convencionais, não mostrou benefícios adicionais.

Este conhecimento constitui a base do princípio de que, no paciente não selecionado, portador de doença arterial coronariana, levando-se em conta custo e facilidade do emprego, o AAS se constitui no anti-agregantes de escolha, quando em uso oferece as vantagens da prevenção do AVC, que não são suplantadas pela adição dos anticoagulantes.

Em pacientes com indicação para o uso de anticoagulante oral para prevenção do AVC, a associação de AAS não reúne evidências definitivas para o seu uso rotineiro. Quando

eventualmente utilizada, requer cuidadoso acompanhamento quanto à sua potencialização de sangramentos.

#### **No IAM:**

Os trombos murais decorrem do processo inflamatório na região endocárdica acometida pelo infarto, sendo sua ocorrência facilitada pela hipocontratilidade da parede envolvida e pelo estado de hipercoagulabilidade existente no IAM.

O exame de eleição para o seu diagnóstico é o Ecocardiograma bidimensional, que apresenta sensibilidade de 85% e especificidade de 90%.

A maioria dos trombos (83%) se instala na primeira semana. O embolismo sistêmico ocorre em menos de 4% dos portadores de IAM anterior, sendo a sua ocorrência ainda mais rara quando outras são acometidas. Este embolismo ocorre na 1ª semana, quase nunca depois do 3º mês, exceto se houver disfunção generalizada do ventrículo esquerdo.

Os aneurismas de ponta do VE não se associam a risco de tromboembólico após o 3º mês. A anticoagulação é indicada por 3 – 6 meses.

Na cardiopatia isquêmica crônica (IAM prévio) recomenda-se a anticoagulação oral para prevenção do AVC quando houver: fibrilação atrial crônica; fração de ejeção < 20% e história prévia de AVC embólico.

#### **e) Situações de Gravidez:**

As diretrizes refletem a informação nova de importância no tratamento de complicações tromboembólicas durante a gravidez:

- Heparina não fracionada à mini dose: 5000ui SC de 12/12h
  - Dose moderada: doses ajustadas, 12/12h SC, um nível-alvo de 0,1 a 0,3UI/ml.
  - Dose ajustada: Dose ajustada, 12/12h SC, até para atingir um intervalo médio dentro da variação terapêutica.
- Anticoagulante pós-parto: warfarina administrada 4 a 6 semanas (objetivo RNI 2,0 a 3,0), inicialmente associada com HNF até que RNI atinja > 2,0.



- Acompanhamento: supervisão clínica e investigação agressiva de sintomas sugestivos de TVP e TEP.

#### **e.1) Paciente com risco aumentado de TVP:**

Características do paciente:

- TVP prévia associada com um fator de risco.
- Acompanhamento transitório;
- Ausência de fatores de risco anticoagulantes pós-parto
- Obesidade mórbida ou repouso restrito ao leito
- Episódio de TVP idiopática; ausência atual Opções: acompanhamento, de terapêutica anticoagulante de longo HNF em mini dose ou dose prazo moderada e anticoagulante pós-parto.
- Ausência de TVP prévia; trombofilia. Opções: acompanhamento, (confirmada laboratorialmente), ausência HNF em mini dose ou dose atual de terapêutica anticoagulante de moderada, e anticoagulante longo prazo oral pós-parto. A indicação para profilaxia ativa é mais forte nas mulheres com deficiência antitrombina.
- 2ou mais episódios TVP, e/ou anticoagulação Opções: dose ajustada HNF em longo prazo (ex: episódio único de TVP, além de uso anticoagulante idiopático ou associado com trombofilia pós-parto em longo prazo).

#### **e.2) Tratamento do tromboembolismo venoso na gravidez:**

Características do paciente:

Risco médio de TVP: recorrente HNF IV em bolus + infusão contínua

(manter na variação terapêutica > 5dias), em seguida HNF em dose ajustada até o parto.

Suspender HNF 24h antes da Indução trabalho de parto.



Risco muito elevado de TVP: recorrente HNF IV, a fim de manter (ex: TVP proximal no período < 2sem) dentro variação terapêutica e suspender a terapia 4 a 6h antes período previsto do parto; anticoagulante durante >6semanas pós-parto ou >3meses após TVP.

### **e.3) Profilaxia em pacientes grávidas com valvas cardíacas mecânicas:**

- HNF agressiva em dose ajustada, de 12/12h SC durante a gravidez, com intervalo de ptta mantido em 2 vezes os níveis controles;
- HNF conforme acima até 13ªsemana, transferir para warfarin até a metade do terceiro trimestre, em seguida reiniciar a terapêutica com HNF até o parto.

Contraindicações ao uso de anticoagulantes orais (verificar o risco/benefício):

§ Sangramento ativo (risco > benefício);

§ dificuldade de controlar o INR por problemas socioeconômicos;

§ história de sangramento importante;

§ neoplasias;

§ HAS descontrolada (> 180/100);

§ Gravidez (contraindicação absoluta);

§ Úlcera péptica ativa;

§ Trombocitopenia < 50000 ou disfunção plaquetários;

§ AVC hemorrágico recente;

§ Demência ou severo déficit cognitivo (sem responsável capaz de realizar o acompanhamento);

§ Alcoolismo;

§ Quedas frequentes (> 3/ano);

§ Cirurgia ou procedimento invasivo planejado (normalmente a suspensão por 4 a 5 dias normaliza o RNI, a não ser em idosos ou quando há interações de drogas que potencializem o Warfarin);

§ Uso crônico de AINEs.

Dados Clínico-Laboratoriais relevantes para fundamentar decisões sobre anticoagulação:



- § História de evento embólico (+);
- § História de doenças potencialmente hemorrágicas (-);
- § História de hemorragias (-);
- § Intercorrências de eventual uso prévio (-);
- § Presença de fibrilação atrial (+);
- § Probabilidade de tromboembolismo (acurácia do diagnóstico) (+);
- § Tipo de prótese valvular mecânica (+), bioprótese (-);
- § Dados ecocardiográficos sobre presença de trombo (+);
- § Trombofilia (+);
- § Drogas em uso (considerar as interações).

Orientações para o uso dos anticoagulantes orais:

Uma vez definida a indicação de anticoagulação oral sugerem-se algumas orientações:

1. Deve-se dosar o RNI basal do paciente.
2. O nível de INR dever ser mantido entre 2 e 3 para a maioria das situações clínicas, com exceção da síndrome anticorpo antifosfolípide, quando recomendasse entre 3 e 4.
3. O início da anticoagulação oral pode ser realizado com a administração de warfarina 5 mg dia, até do INR desejado. Salienta-se, que para estabilização do INR deve ser aguardado no mínimo 3 meias vidas do medicamento. Portanto, o RNI deve ser dosado novamente após 3 doses. Finalmente, para facilitar a monitorização matinal do INR, recomenda-se administração da warfarina às 18h.
4. A dose inicial de 10mg de Warfarin não é necessária, podendo levar à anticoagulação precoce e excessiva, além de não ser mais eficaz que a dose de 5mg para alcançar a anticoagulação no 4º ao 5º dia.
5. Se a anticoagulação for excessiva após 3 doses, deve-se considerar condições que causem elevação rápida do RNI. Os novos exames devem ser a princípio semanais, até a estabilização do RNI, que normalmente ocorre após cerca de 2 semanas (mais precoce nos obesos e idosos).



6. Com 02 exames semanais dentro da faixa desejada, considera-se alcançada a estabilização do alvo. Após isso, a periodicidade dependerá da estabilidade do RNI (que varia de paciente para paciente).
7. Alterações na dose devem sempre ser precedidas da análise clínica de fatores associados que possam estar alterando o RNI. O aumento de 10% na dose aumentará o RNI em cerca de 0,7 a 0,8. Novo estado de estabilização do RNI só ocorre após cerca de 3 semanas com a nova dose, recomendando-se a monitorização semanal neste período.

**A dose deve ser menor nos seguintes casos:**

- § Idade > 75 anos;
- § Múltiplas comorbidades;
- § Desnutridos;
- § RNI basal alterado;
- § Disfunção hepática ou tireoidiana.

**Princípios de controle do uso de anticoagulante:**

- § Determinação das doses iniciais e manutenção;
- § Determinação do nível ideal laboratorial;
- § Periodicidade de reavaliações;
- § Interações medicamentosas;
- § Interações alimentares;

**Indicações para suspensão temporária do anticoagulante oral:**

- § Intervenções cirúrgicas ou procedimentos invasivos;
- § Níveis excessivos;
- § Hemorragia;
- § Gestação;

**Na ocorrência de evento tromboembólico na vigência de anticoagulação oral:**

- § Ajustar o nível de anticoagulação;



§ Associar AAS;

§ Investigar Trombofilia;

### **Tratamento da Hipocoagulação Excessiva:**

#### Na ausência de sangramento:

1. INR entre 4,0 e 6,0:

§ suspender o anticoagulante;

§ repetir o INR a cada 24 h;

§ retornar em doses menores

2. INR entre 6,0 e 10,0:

§ vitamina K: 0,5 a 1,0 mg sc;

§ repetir a dose se INR > 6,0 após 24 h.

3. INR entre 10,0 e 20,0;

§ vitamina K à 3 a 5 mg EV;

§ INR a cada 6h;

§ repetir a dose se INR > 10,0 após 12 h.

4. a) INR > 20,0 na ausência de sangramento

b) presença de sangramento com INR < 20,0

c) necessidade de cirurgia imediata.

### **Tratamento:**

§ suspender o anticoagulante;

§ vitamina K 10 mg EV;

§ plasma fresco à 10 a 20 ml/kg;

§ INR a cada 6 h;

§ Repetir a dose se necessário, após 12 h.



5) Sangramento grave, ameaçando a vida do paciente

Administrar concentrado de fator IX 50ui/kg de peso (mais eficaz que o plasma fresco).

**Recomendações úteis para o paciente:**

§ Verificar hematomas e sangramentos;

§ Fazer exame de atividade de Protrombina periódico;

§ Preocupar-se com interação medicamentosa e alimentar;

§ Modificações no estilo de vida para evitar traumatismos;

§ Evitar alimentos ricos em vitamina K: Espinafre, grão de bico, repolho, couve de Bruxelas, brócolis e alface.

**Protocolos de Emergência em Ortopedia**

1. Fratura exposta

1.1. Sinais clínicas

- Exposição óssea pelo ferimento.
- Ferimentos próximos à fratura.
- Presença de gordura no sangue do ferimento.
- Considerar como fratura expostas as fraturas expostas de falange distal das mãos.

1.2. Condutas

- Cobrir o ferimento com gaze estéril e atadura crepom.
- Checar pulsos periféricos e sensibilidade distal à fratura.
- Imobilizar o membro afetado, sempre incluindo as articulações proximal e distal à fratura, na posição encontrada.
- Reposição hídrica nas fraturas de ossos longos como fêmur, tíbia, úmero e pelve, de preferência ringer -lactato.
- Analgesia com dipirona, AINES, Tylenol ou Dolantina, dependendo da dor do paciente e da idade.
- Iniciar antibioticoterapia imediatamente, ainda na emergência, com cefalotina 2 g. IV no adulto e calcular a dose para a criança.
- Radiografar o membro.



- Profilaxia antitetânica.
- Contactar o ortopedista.

## 2. Fratura fechada

### 2.1. Sinais clínicos

- Dor intensa e imediata após o trauma inicial.
- Limitação funcional importante do membro afetado.
- Aumento de volume local.
- Posição antálgica do membro afetado.
- Deformidade local (?).

### 2.2. Condutas:

- Imobilizar o membro acometido, sem tentar corrigir a deformidade.
- Checar pulsos periféricos e sensibilidade distal à fratura.
- Analgesia conforme intensidade da dor com Dipirona, AINES, Tylex ou Dolantina.
- Radiografar o membro afetado incluindo as articulações distal e proximal à fratura.
- Reposição hídrica em fraturas de ossos longos como fêmur, tíbia, úmero ou pelve, de preferência ringer-lactato.
- Deformidade leve ou moderada, a critério do plantonista, contactar o ortopedista.

## 3. Entorses

### 3.1. Sinais clínicos:

- Dor variável conforme a gravidade e crescente com o passar do tempo.
- Aumento de volume articular conforme a gravidade.
- Limitação funcional conforme a gravidade.
- Derrame articular (?).
- Equimose tardia.

### 3.2. Condutas:

#### 3.2.1. Leve: dor leve/moderada, pouca disfunção, pouco edema.

- Crioterapia por 20 min. 3 vezes ao dia.



- Imobilização gessada (?).
- AINES.
- Abstenção das atividades físicas.
- Radiografar a articulação (?).

3.2.2. Moderada: dor moderada, disfunção importante, aumento de volume significativo.

- Radiografar a articulação.
- Imobilização gessada.
- Analgesia com Dipirona, AINH, Tylenol e/ou Dolantina.
- Orientar uso de muletas.
- Repouso com elevação do membro afetado.
- Avaliação ambulatorial com o ortopedista.

3.2.3. Grave: dor severa, disfunção grave, aumento de volume grosseiro, considerar hipótese de fratura não visualizada.

- Radiografar a articulação.
- Imobilização gessada.
- Analgesia com Dipirona, AINES, Tylenol e/ou Dolantina.
- Orientar uso de muletas.
- Repouso com elevação do membro afetado.
- Acompanhamento com o ortopedista.

#### 4. Lombalgias

##### 4.1. Sinais:

- Dor lombar de intensidade variável.
- Limitação funcional variável. Manobra de Laségue.
- Geralmente piora a flexão, menos frequentemente piora a extensão.
- Afastar patologias urinárias através do teste de Giordano, e colher informações sobre febre, disúria e outras alterações urinárias.

##### 4.2. Conduta

- Analgesia com Dipirona, AINES, Mio relaxante, Tylenol ou Dolantina a depender da gravidade da dor.





- Repouso relativo por curto período (+ ou – 3 dias).

- Bolsa de água morna 3 vezes ao dia por 20 min.

- Acompanhamento ortopédico ambulatorial.

#### 5. Luxações

##### 5.1. Sinais

- Deformidade articular grave
- Dor intensa
- Posição do membro afetado.

##### 5.2. Conduta

- Avaliar pulsos periféricos e sensibilidade distal à luxação.
- Analgesia com Dolantina ou Tylenol, AINES e/ou Dipirona.
- Radiografar a articulação acometida.
- Chamar o ortopedista.

#### 6. Pior artrite

##### 6.1. Sinais

- Infância.
- Dor intensa.
- Febre.
- Flogose periarticular.
- Postura antálgica do membro.

##### 6.2 – Conduta:

- Radiografar a articulação.
- Hemograma completo + VHS + PCR
- Hemocultura.
- Analgesia.
- Chamar o ortopedista para realizar punção articular.

#### 7. Osteomielite aguda

##### 7.1 Sinais

- Infância.
- Dor intensa e progressiva próxima a articulação.



- Aumento de volume articular.
- Flogose em região metafisária.

#### 7.2. Conduta

- Radiografar o membro afetado.
- Hemograma completo + VHS + PCR.
- Hemocultura.
- Analgesia.
- Encaminhar ao ortopedista.

## Protocolos de Reações Alérgicas

### INTRODUÇÃO

O uso de contrastes é recomendado por radiologistas para tornar exames por imagem mais sensíveis. Em tomografias e raios-X, o produto pode evidenciar problemas em regiões vascularizadas. O mesmo ocorre em ressonâncias, recomendado principalmente para diagnóstico no crânio, tórax, coluna, abdômen e articulações.

Os meios de contrastes iodados são substâncias radio densas capazes de melhorar a especificidade das imagens obtidas em exames radiológicos, pois permitem a diferenciação de estruturas e patologias vascularizadas das demais.

Entre as condições que influenciam a qualidade do exame, destacam-se:

- Via de administração: determina, em parte, a quantidade de substância que chegará ao órgão estudado;
- Dose de contraste;
- Velocidade de injeção;
- Calibre do cateter: em função da viscosidade da solução utilizada;
- Temperatura da substância;

Os contrastes são líquidos e incolores, que momentos antes da realização do exame, podem ser aplicados na veia ou administrado por via oral.

Reações adversas ao meio de contraste iodado são eventos que ocorrem no cotidiano de trabalho, apresentando-se desde formas leves até quadros ameaçadores à



vida do paciente.

Os contrastes iodados são substâncias injetadas na veia para a realização de alguns exames, com o objetivo de melhorar a visualização e auxiliar na investigação de inúmeras doenças. Estes produtos são muito úteis para a detecção precoce de doenças e tem ampla utilização, infelizmente podem provocar em algumas pessoas reações indesejáveis e algumas vezes graves. Estas reações são imprevisíveis e dependem das características de cada pessoa.

As reações adversas podem ser tóxicas, ocorrendo em resposta à ação direta do contraste, dependentes da dose e podendo manifestar com calor e dor no local da injeção ou com sintomas gerais.

Grande parte dos pacientes que utilizam o contraste iodado evolui bem, sem problemas, e as reações quando surgem, tendem a ser leves e passíveis do controle pelo médico. Os pacientes considerados de risco a reação alérgica ao contraste iodado, apresentam uma ou mais das características citadas abaixo:

- Doença renal pré-existente ( $Cr > 1,5 \text{ mg/dl}$ );
- Diabetes mellitus;
- Desidratação;
- Histórico progresso de alergia alimentar por iodo;
- Doenças cardiovasculares;
- Idade avançada ( $> 70$  anos);
- Mieloma múltiplo;
- Hipertensão;
- Hiperuricemia;
- Uso de drogas nefrotóxicas;
- Pessoa com história de alergia significativa;

#### DESCRIÇÃO SISTEMA/REAÇÃO

| ÓRGÃO/<br>CONDIÇÕES | REAÇÃO         |
|---------------------|----------------|
| Pulmão              | Broncoespasmos |



|                     |                                                                                                      |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Função Renal        | Nefropatia induzida                                                                                  |
| Coração             | Sobrecarga volêmica                                                                                  |
| Doenças Tiroidianas | Exacerbação de hipertireoidismo, especial atenção para bócio nodular atóxico e prematuro e neonatos. |
| Mieloma múltiplo    | Ligação proteica com maior risco Nefropatia                                                          |
| Doenças autoimunes  | Ativação do complemento com exacerbação dos sintomas                                                 |
| Anemia Falciforme   | Crise de falcização                                                                                  |
| Feocromocitoma      | Crise hipertensiva                                                                                   |
| Miastenia Gravis    | Exacerbação e indução de crise miastênica                                                            |
| Gravidez            | Passagem transplacentária muito pequena, mas não há evidência comprovada da segurança do uso.        |
| Lactação            | Absorção pelo lactente de 0,2% da dose<br>Provavelmente sem efeito adverso                           |

### 1.1. REAÇÃO ANAFILÁTICA

Considerada síndrome clínica que representa reações alérgicas graves. O mecanismo da anafilaxia envolve uma reação antígeno-anticorpo (IgE), e a reação anafilactóide é causada por ativação de mastócitos e consequentemente liberação de mediadores inflamatórios. Clinicamente são indistinguíveis.

### 1.2. SINAIS E SINTOMAS

| SINAL/SINTOMA          | PREDOMÍNIO |
|------------------------|------------|
| Cutâneos               | 90,00%     |
| Urticária e Angioedema | 85-90%     |
| Flushing               | 45-55      |

|                                               |        |
|-----------------------------------------------|--------|
|                                               |        |
| Prurido sem rush                              | 2-5%   |
| Respiratório                                  | 40-60% |
| Dispnéia, Sibilos                             | 45-50% |
| Angioedema de via aérea superior              | 50-60% |
| Rinite                                        | 15-20% |
| Hipotensão, Síncope, Alteração da Consciência | 30-35% |
| Náusea; Vômito; Diarreia; Cólica Abdominal    | 25-30% |
| Cefaleia                                      | 5-8%   |
| Dor retroesternal                             | 4-6%   |
| Convulsão                                     | 1-2%   |
| 1:10000 a 1:20000                             |        |

### 1.3. CLASSIFICAÇÃO DA REAÇÃO ALÉRGICA

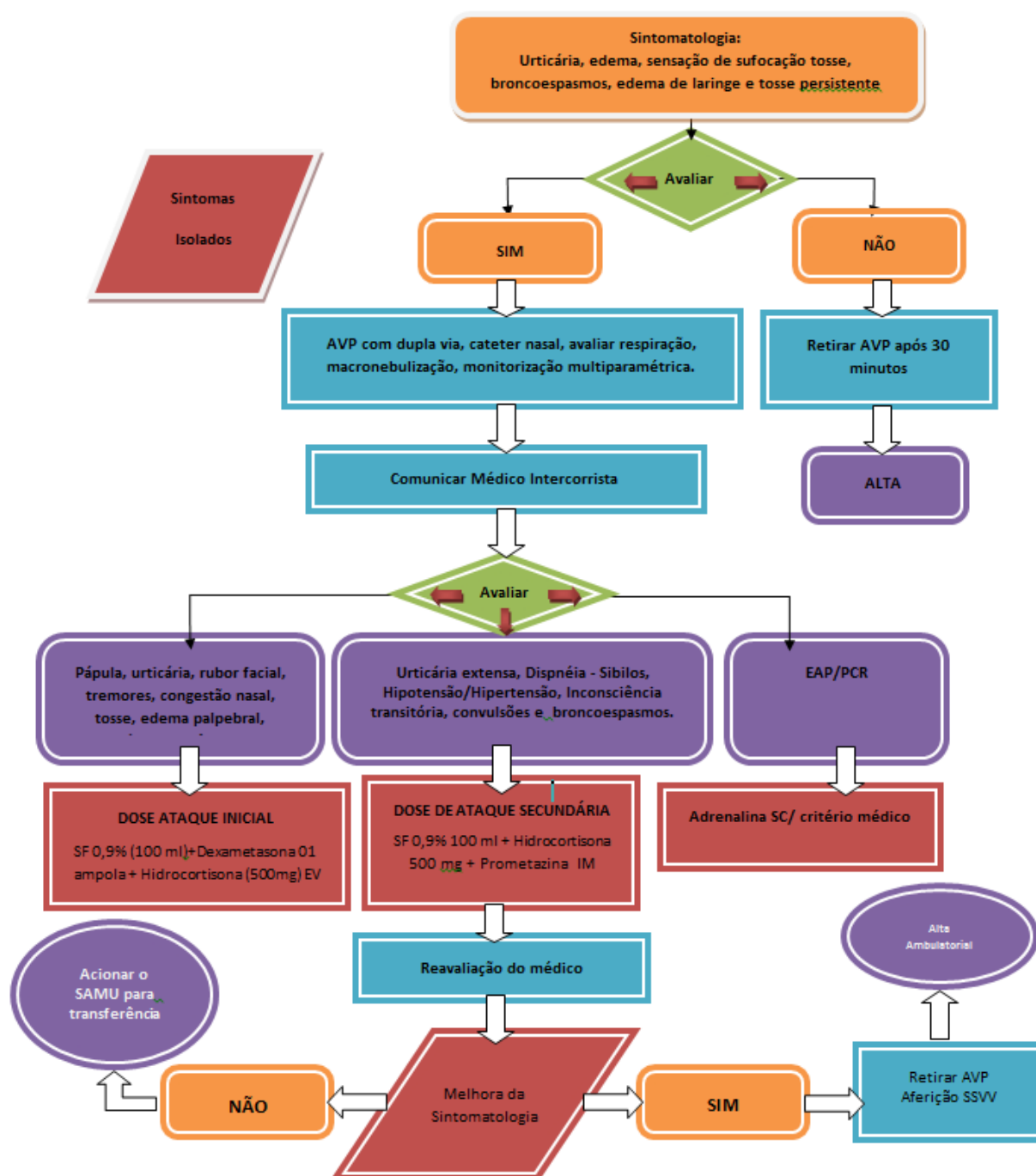
| TIPO     | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                 | TRATAMENTO                                                                                   |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Leve     | Reação limitada e sem progressão: náusea, vômito, tosse calor, cefaleia, tontura, tremores, alteração do gosto, coceira, palidez, rubor, calafrios, suor, nariz entupido, edema facial, periorbital e ansiedade.          | SF 0,9% (100 ml)<br>+<br>Dexametasona 01 ampola<br>+<br>Hidrocortisona (500mg) EV            |
| Moderada | <p>Maior intensidade dos sintomas</p> <p><i>Sinais sistêmicos</i></p> <p>Taquicardia/bradicardia, hipertensão, eritema difuso ou generalizado, dispneia, broncoespasmo, sibilos, edema laríngeo, hipotensão moderada.</p> | <p>SF 0,9% (100ml)</p> <p>+</p> <p>Hidrocortisona 500mg</p> <p>Prometazina IM- 01 ampola</p> |

|       |                                                                                                                                                  |                                          |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Grave | <i>Risco de vida:</i><br>Edema laríngeo (acentuado ou rapidamente progressivo), sem estímulo verbal e doloroso, EAP, PCR, e hipotensão moderada. | Adrenalina SC/ critério médico<br>1:1000 |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|

## 2. ATUANDO NA REAÇÃO ALÉRGICA

O primeiro passo é realizar a avaliação da gravidade, realizando a inspeção geral do paciente, realizar o posicionamento adequado do paciente, deitando-o em uma maca de fácil acesso a toda equipe; estabelecer e manter a via aérea (Via aérea segura), com oxigênio (6-8 litros por minuto); mantenha os sinais vitais mantidos constantemente.

### 2.1 FLUXOGRAMA



### 3. PROFILAXIA

A medicação profilática é realizada somente em pacientes com histórico pregresso de reação alérgica ao contraste iodado ou sensibilidade ao componente do

contraste, com intuito de prevenir a ocorrência da reação alérgica, garantindo assim a segurança do paciente.

Nestes casos, é comunicado ao enfermeiro responsável do setor e ao médico intercorrista, onde é realizada profilaxia medicamentosa (Soro fisiológico de 100ml com dexametasona 10mg EV). Com relação a este, devemos levar em consideração que o paciente já passa por preparo para realização do exame em sua residência, onde é orientado a utilizar medicação Agasten e Prednisona 20 mg 01 comprimido de 12 em 12 horas via oral, iniciando 03 dias antes do exame, e 03 dias após o exame.

Contudo, devemos levar em consideração, ainda, outros fatores que podem levar a avaliação clínica, cancelamento do exame, ou realização do mesmo sem o contraste iodado, sendo estes, hiperglicemia (acima de 180mg/dl) e hipertensão acima de 160/110mmhg.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**Equipe médica do Blog da Alegria** <<http://blogdalergia.blogspot.com/2007/03/alergia-aos-contrastes-iodados.html>>

Rodolfo Stancki, **Especial para a Gazeta do Povo** <<http://www.gazetadopovo.com.br/saude/conteudo.phtml?id=1126215>>

Gracitelli, Mauro E. C; Beltrame, Registila; Grumach, Anete S.: **Reações alérgicas ou pseudo-alérgicas aos meios de contraste iodados? / Allergic or pseudo-allergic reactions to iodide contrast medium?** < Rev. bras. alergia imunopatol;24(4):136-145, jul.-ago. 2001. tab.>

### Protocolos de Emergências Psiquiátricas

#### EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

Condições essenciais para o atendimento ao paciente com quadro emergencial psiquiátrico:



- 1) É fundamental a realização de um exame físico detalhado, mesmo com a impressão inicial de um quadro psiquiátrico primário;
- 2) Devem-se usar faixas confeccionadas com tecido de algodão para contenção de pacientes agitados;
- 3) Verificar disponibilidade de psicofármacos à disposição:
  - a) **Diazepan** comprimidos de 5 e 10mg oro-dispersíveis e ampolas de 10mg;
  - b) **Bromazepam** comprimidos de 3 e 6mg oro-dispersíveis;
  - c) **Lorazepan** comprimidos de 1 e 2 mg oro-dispersíveis;
  - d) **Prometazina** drágeas de 25mg e ampolas de 50mg;
  - e) **Haloperidol** gotas, comprimidos de 5mg e ampolas de 5mg;
  - f) **Olanzapina** ampolas de 10mg;
  - g) **Biperideno** comprimidos e ampolas de 2mg;
  - h) **Clorpromazina** comprimidos de 25 e 100mg e ampolas de 25mg;
  - i) **Midazolam** comprimidos de 15mg e ampolas de 15mg (3ml);
  - j) **Vitamina B1** ampolas de 10mg e comprimidos de 100mg.

## 2. O EXAME DO PACIENTE

1. Obter maior número de dados sobre o paciente, com ele próprio e com acompanhantes (família, policiais, desconhecidos);
2. Início do quadro atual: súbito, paroxístico, gradual, flutuante. Observar quadros semelhantes ocorridos anteriormente e sua evolução;
3. Associação do quadro com:
  - a) perda (morte, separação, crise financeira, desemprego);
  - b) situação traumática;
  - c) uso de bebidas alcoólicas, drogas lícitas ou ilícitas;
  - d) problemas sociais e familiares.
4. Tratamento psiquiátrico anterior:
  - a) ambulatorial;
  - b) internações.

5. Uso atual ou anterior de medicação psiquiátrica.

6. Verificar:

- a) sinal de contusão no couro cabeludo, língua etc. (TCE);
- b) locais de venipuntura (drogatitos);
- c) punhos (tentativas de suicídio);
- d) hálito (alcoólico, cetônico etc.);
- e) vestes;
- f) relação do paciente com acompanhante (agressiva, infantilizada).

3. Quadro de Ansiedade Aguda (Pânico, Distonia Neurovegetativa, Histeria)

3.1. Sinais e Sintomas

Inquietação, angústia, sensação de morte iminente, palidez, tremores, sudorese, desmaios, náuseas e vômitos, dispnéia e taquipnéia, taquicardia e palpitações, sensação de opressão precordial, espasmos e contorções, “convulsões”, parestesias e paralisias, flapping palpebral, sintomas somáticos, múltiplos e difusos (cefaleia, dores no corpo etc.), sensação de “bolo” na garganta, cegueira, surdez e mutismo.

**Obs.:** os quadros somatomorfos podem estar relacionados a trauma emocional recente, informado pelo paciente, familiar ou acompanhante. O quadro de ataques de pânico pode surgir de forma abrupta, inesperada ou ser desencadeado por certos ambientes e situações.

3.2. Diagnóstico Diferencial

- Hipoglicemia
- Infarto Agudo do Miocárdio
- Insuficiência Cardíaca Congestiva
- Distúrbios Respiratórios (embolia pulmonar, asma, pneumotórax, DPOC)
- Epilepsia
- Hipertensão arterial
- Síndromes Cerebrais Orgânicas
- Distúrbios Metabólicos



- Encefalopatia Hepática
- Intoxicação por Drogas (anfetaminas, cocaína, ecstasy)
- Tireotoxicose
- Feocromocitoma

### 3.3. Abordagem

- Avaliar o benefício, em cada caso, de permitir a presença de **um** acompanhante junto ao paciente.
- Evitar desqualificar ou desvalorizar as queixas e os sintomas como se não tivessem importância por não haver alterações no exame físico.
- Tranquilização verbal.
- Explicar ao paciente todo e qualquer procedimento usado.
- Sedação: **Diazepan 01 comprimido de 5mg ou 10mg sublingual ou mastigado de 30 em 30 minutos, até o total de 20mg; ou, Lorazepan de 1mg ou 2mg oro-dispersível de 30/30 minutos até 6mg ou, Bromazepan 3mg ou 6mg oro-dispersível de 30/30 minutos até 18mg.**

**Obs.:** em caso de recusa ou impossibilidade, administrar 01 ampola IM (2ml ou 10mg) de **Diazepan** de hora em hora, até o total de 20mg, a absorção do **Diazepan** IM é irregular e mais lenta que via sublingual e oral. O **Lorazepan** tem uma vida média mais curta sendo equivalente ao do **Bromazepan**.

Se não houver melhora do quadro após uma hora da medicação empregada, reavaliar diagnóstico. Caso afirmativo, manter o benzodiazepínico e observar o paciente até a melhora do quadro.

## 4. Agitação Psicomotora e Confusão Mental

### 4.1. Sinais e Sintomas Associados

- De inquietação até agitação psicomotora
- Desorientação têmporo-espaçial
- Distúrbios da consciência, atenção e memória
- Auto e/ou heteroagressividade
- Impulsividade
- Olhar vago



- Fácies de estranheza ou perplexidade
- Lentidão de pensamento
- Flutuação dos sintomas
- Alucinações (visões, ouvir vozes)

#### 4.2. Etiologia Orgânica

- Geralmente cursa com:
  - Alterações da consciência e atenção
  - Piora noturna
  - Desorientação
  - Alucinações principalmente visuais

#### 4.3. Causas de Agitação Psicomotora e Confusão Mental de Etiologia Orgânica

##### 1. Alterações metabólicas

- a) encefalopatia hepática
- b) uremia
- c) hipoglicemia

##### 2. Endocrinopatias

- a) hipotireoidismo
- b) hipertireoidismo
- c) cushing
- d) hiperparatireoidismo

##### 3. Infecções

- a) encefalite
- b) síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA)
- c) neurosífilis

##### 4. Quadros Neurológicos

- a) traumatismo crânio encefálico (TCE)
- b) tumor cerebral
- c) encefalopatia hipertensiva

- d) demência
- e) estado pós-ictal
- f) lúpus sistêmicos

#### 5. Intoxicações Exógenas

- a) cocaína
- b) álcool
- c) benzodiazepínicos
- d) anfetamina
- e) corticosteróide
- f) esteróides anabolizantes
- g) miscelânea

#### 4.4. Abstinência a Álcool e Outras Drogas

- Geralmente cursa com:
  - Lucidez de consciência
  - Agressividade com intencionalidade
  - Relato de estresse grave e recente com história psiquiátrica anterior

#### 4.5. Causas de Agitação Psicomotora e Confusão Mental de Etiologia Funcional

1. Esquizofrenia
2. Mania
3. Agitação Histérica

##### 4.5.1. Abordagem

- contato verbal procurando orientar o paciente (onde se encontra, dizer que está com um médico, explicar os procedimentos)
- evitar confrontação
- espaço físico (para o paciente não se sentir aprisionado), ambiente calmo, com acompanhamento familiar
- contenção no leito



- a) comunicar ao paciente e familiares que está sendo feita para sua proteção e de terceiros
- b) evitar garroteamento
- c) reavaliação da indicação de 30 em 30 minutos
- d) retirá-la quando o paciente der sinais de que não representa mais riscos
  
- e) Medicação
- f) **Olanzapina** 01 ampola (10mg) IM de 2 em 2 horas até 30mg, reavaliação antes de medicar, novamente
- g) **Haloperidol** 01 ampola (5mg) IM de 30/30 minutos ou de hora em hora, até 25mg/dia nos casos de etiologia orgânicos e até 45mg/dia nos casos de etiologia funcionais
- h) **Prometazina** 01 ampola (50mg) IM de 12/12 horas ou **Biperideno** 01 ampola (2mg) IM de 12/12 horas
- i) Caso a agitação persista, **Haloperidol** 01 ampola (5mg) EV de 30/30 minutos até se conseguir a sedação ou **Clorpromazina** 01 ampola IM até de 4/4 horas
- j) Em caso de reação distônica aguda (contrações tônicas do pescoço, boca, língua, extremidades, crises oculógiras, protusão ou contração da língua, opistótono ou acatisia) **Biperideno** 01 ampola (2mg) IM

#### 4.5.2. Nos Casos Orgânicos

Internação clínica

#### 4.5.3. Nos Casos Funcionais

- a) **pacientes que apresentem melhora:** Alta com acompanhamento e encaminhamento, com esquema de medicação VO, ao Ambulatório
- b) **Pacientes que não melhorarem ou sem suporte sociofamiliar ou que apresentem risco de suicídio ou não cooperação com o tratamento:** Internação Psiquiátrica

## 5. Alcoolismo

Embriaguez Aguda

### 5.1. Sinais e Sintomas



Hálito alcoólico, fala arrastada, desinibição, ataxia, diminuição da memória de fixação, agitação ou lentidão psicomotora, irritabilidade.

#### 5.2. Diagnóstico Diferencial

- Hipoglicemia
- Intoxicação por **benzodiazepínicos**
- Encefalopatia Hepática
- Traumatismo Crânio Encefálico (TCE)
- Delirium Tremens

#### 5.3. Abordagem

- Repouso em local tranquilo
- **Contenção no Leito quando for necessário**
- Hidratação
- **Haloperidol** 01 ampola (5mg) IM nos casos de maior agitação
- **Vitamina B1** 01 ampola (100mg) IM/dia **por 03/dias**

#### 6. Delirium Tremens

História de alcoolismo crônico com diminuição ou abstinência de álcool nos últimos dias.

#### 6.2. Sintomas

Agitação, desorientação, alucinações visuais e táteis (pequenos animais sobre o corpo), delírios, tremor de extremidades, sudorese, taquicardia e febre.

#### 6.3. Abordagem

1. Hidratação
2. **Vitamina B1** 01 ampola (100mg) IM/dia **por 03 dias**
3. **Diazepan** 01 comprimido (10 mg) oro-dispersível ou mascarado VO de 8/8 horas até 60mg/dia
4. Em casos de maior agitação:
  - a) **Haloperidol** 01 ampola (5mg) IM 8/8 horas até 25mg/dia
  - b) **Prometazina** 01 ampola (50mg) IM 8/8 horas



1. Pesquisar possível doença subjacente que seja responsável por interrupção da ingestão de álcool (por ex. pneumonia, infecção urinária, pancreatite aguda, ...)
2. Após melhora, encaminhar ao Ambulatório e Alcoólicos Anônimos

#### 7. Tentativa de Suicídio

1. **Cuidados Gerais** de acordo com o tipo de tentativa
2. Em casos de intoxicação exógena, análise de sangue na Unidade de Toxicologia de referência
3. **Não liberar** o paciente se persistir ideação de suicídio ou suspeita de risco de novas tentativas
4. **Não permitir** que o paciente deixe a Unidade desacompanhado
5. **Recomendar expressamente** vigilância 24 horas por dia nos dias seguintes
6. **Encaminhar**, quando da liberação, para imediato acompanhamento psico-psiquiátrico no Ambulatório
7. **Indivíduos com tentativas prévias, do sexo masculino, de mais idade, com sintomas de depressão e/ou história de quadro depressivo em curso; solteiros, desquitados, viúvos ou vivendo só, com patologia orgânica grave, que referem ideação suicida, apresentam maior risco de suicídio**
8. Em caso de tentativa **grave**, de presença de quadro depressivo importante, história prévia de tentativas de suicídio e/ou suporte familiar e social insuficiente, encaminhar para internação psiquiátrica imediata, após tratamento clínico
9. Nos casos mais **brandos**, quando necessário, prescrever sedação leve com **benzodiazepínicos** e encaminhar para o NAPS

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

O1-Osório, CMS. Semiologia, Psicopatologia e Diagnóstico. Manuscrito não publicado, Porto Alegre, 1991.





1-KAPLAN, HI; SADOCK, BJ. Comprehensive Textbook of Psychiatry IV. vl, 6th ed, Williams & Wilkins, USA, 1995.

2-MACKINNON, RA; YUDOFKY, SC. A Avaliação Psiquiátrica na Prática Clínica. Cap 2: O Exame Clínico do Paciente. p48-93. Artes Médicas, Porto Alegre, 1988.

3-AKISKAL, HS. Diagnosis in Psychiatry and the Mental Status Examination. In:WINOKUR, G; CLAYTON, P eds. The Medical Basis of Psychiatry. WB Saunders, USA, 1986.

4-FLAHERTY, JA; CHANNON, RA; DAVIS, JM. Psiquiatria - Diagnóstico e Tratamento. Artes Médicas, Porto Alegre, 1990.

5-BROPHY, JJ. Psychiatric Disorders. in SCHROEDER, SA; TIERNEY, LM; McPHEE, SJ; KRUPP, MA, EDS. Current- Medical Diagnosis and Treatment. Appleton and Lange, USA, 1992.

6-OTHMER, E; OTHMER, SC. The Clinical Interview using DSM-III-R. American Psychiatric Press, 1984, USA.

7-HALES, RE; YUDOFKY, SC; TALBOTT, JA. Talbott - Textbook of Psychiatry. American Psychiatric Press, 1994, USA.

8-Glossário de Definições dos Sintomas- PSE. Londres, 1983.

CID-ICD-10 Symptom Glossary for Mental Disorders. Division of Mental Health - World Health Organization, Geneva, 1994.

DSM- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed, Washington DC, APA, 1994.

K1-KAPLAN, HI; SADOCK, BJ. Comprehensive Glossary of Psychiatry and Psychology. Williams & Wilkins, USA, 1991.

F1-Mielnik, I. Dicionário de Termos Psiquiátricos.

## Protocolos de Atendimento à Hiperglicemia

### INTRODUÇÃO

O Diabetes mellitus no adulto está presente em, aproximadamente, 10% das internações. O aumento da glicemia pode surgir em pacientes com diabetes conhecido ou ainda não diagnosticado e, em pacientes previamente normoglicêmicos, em decorrência do estresse da doença aguda (hiperglicemia de estresse) ou do uso de terapêuticas com potencial hiperglicemiante (glicocorticoides, octreotida, imunossupressores, nutrição enteral e parenteral). Portanto, a monitorização da glicemia na enfermagem deve ser iniciada em todo paciente diabético e naqueles não diabéticos com alto risco de desenvolverem hiperglicemia<sup>1</sup>.

### 1. Objetivo

Este protocolo tem por objetivo padronizar o atendimento ao paciente com hiperglicemia.

### 2. Aplicação

Este documento aplica-se na Unidade de Pronto Atendimento Central UPA 24h na cidade de SÃO JOÃO DA BOA VISTA-SP.

### 3. Definição de Hiperglicemia

A hiperglicemia é a elevação das taxas de açúcar no sangue e que deve ser controlada. Hiperglicemia de estresse é a elevação da glicose na presença de doenças agudas, sendo um fenômeno frequente em pacientes internados. Os fatores que contribuem para hiperglicemia nestes pacientes incluem a liberação de hormônios de estresse (epinefrina, glucagon, GH e cortisol), o uso de medicações, como corticoides e catecolaminas, e a liberação de citocinas inflamatórias, como nos casos de sepse ou trauma cirúrgico.

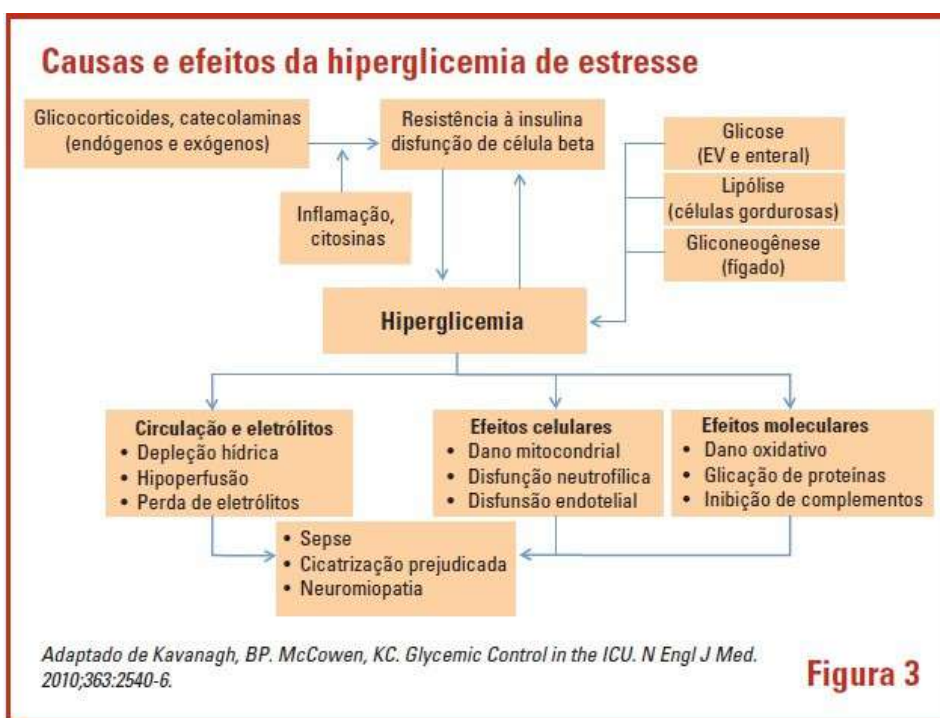
#### 3.1 Metodologia

#### MECANISMOS DE FORMAÇÃO DO ESTRESSE HIPERGLICÊMICO EM PACIENTES CRÍTICOS

- ✓ Alterações hemodinâmicas

- ✓ Distúrbio eletrolítico e desidratação
- ✓ Estresse oxidativo
- ✓ Fatores inflamatórios
- ✓ Hipercoagulabilidade
- ✓ Piora de isquemia miocárdica e cerebral
- ✓ Alteração de imunidade
- ✓ Cicatrização
- ✓ Inflamação
- ✓ Função endotelial

Todas as condições acima citadas inibem a liberação e a ação da insulina, e, portanto, aumentam a neoglicogênese e a glicogenólise, além de dificultar a captação periférica de glicose.



Infusão endovenosa de insulina e pacientes críticos

A administração de insulina por bomba de infusão EV contínua é o sistema mais eficiente, seguro e fácil para controlar a glicemia. Utiliza-se preferencialmente a insulina regular humana em soluções de 100 unidades diluídas em 100 mL de solução salina 0,9% (1 U/mL), com homogeneização do meio. A meia vida curta da insulina EV, ao redor de 4-5 min, permite rápido controle de eventuais hipoglicemias, tão logo se suspenda a infusão pela bomba. Recomenda-se também a utilização de acessos venosos distintos para a infusão de soluções para hidratação, reposição eletrolítica e administração de medicamentos, para que estes não sejam afetados numa eventual interrupção da infusão de insulina.

A enfermeira deve desprezar 10% da solução através do equipo plástico, pois parte da insulina corrente adsorve ao equipo e pode atrasar a ação da insulina. Convém efetuar a troca da bolsa de solução pelo menos a cada 6 horas, em razão da precipitação e perda de efetividade da insulina. Recomenda-se também trocar o cateter de infusão. Na presença de glicemias acima de 300 mg/dL devemos quantificar a cetonemia para afastar a possibilidade de cetoacidose diabética, principalmente no portador de diabetes mellitus (DM) tipo 1 ou pancreatectomizado.

Alguns autores utilizam aplicação inicial de bolus de insulina EV antes de iniciar a infusão contínua, para reduzir o efeito da glicotoxicidade nas hiperglicemias acima de 300 mg/dL, utilizando uma fórmula padrão ( $\text{glicemia} \geq 300 \div 100 = \text{dose de insulina}$ ). O ritmo de infusão inicial pode ser calculado por  $\text{Ritmo (mL/h)} = \text{Glicemia atual} - \text{Glicemia Mínima} \times \text{Fator de Correção (FC)}$ . A glicemia mínima depende de cada caso, podendo ser estabelecida em 100 mg/dL. O FC depende da resistência insulínica estimada do paciente, sendo comum iniciar com  $\text{FC} = 0,02$ , elevando-se este fator em 0,03-0,05 para casos mais resistentes ou reduzindo-se para 0,01 nos pacientes mais sensíveis à insulina.

- ✓ **Exemplo:** paciente com glicemia de 240 mg/dL.
- ✓ Ritmo de infusão inicial =  $(240-100) \times 0,02 = 2,8 \text{ mL/h}$ .

O ritmo de infusão deve ser ajustado para manter a glicemia no alvo desejado, lembrando que quedas glicêmicas exageradas devem ser evitadas, reduzindo-se o ritmo de infusão, enquanto quedas insatisfatórias exigem aceleração do ritmo. Desta forma, o comportamento dinâmico da glicemia, analisado pelas três últimas medidas, é



importante para o ajuste do ritmo de infusão de insulina.

### **Considerações sobre monitorização**

A monitorização da glicemia pode ser feita com amostras colhidas de diferentes locais, tais como cateteres venosos, arteriais, ou “ponta de dedo”. É preciso estar atento para não haver contaminação por soluções endovenosas ricas em glicose, ou prejuízo pela presença de edema, hipoperfusão ou anemia. A frequência de monitorização deve obedecer aos níveis absolutos como as oscilações glicêmicas. De uma maneira geral, durante infusão de insulina EV, devemos medir a glicemia a cada hora, podendo este intervalo ser aumentado a cada 2 ou 3 horas, nos indivíduos com controle glicêmico dentro do alvo, nas últimas 6 ou 12 horas, respectivamente. A variabilidade glicêmica, ou seja, a amplitude das alterações das glicemias é importante fator de aumento de mortalidade, independentemente do valor da glicemia, pela indução de estresse oxidativo celular.

### **Considerações sobre nutrição**

Os pacientes críticos se encontram em estado catabólico e, por diversas razões, com seu apetite suprimido. Devemos, portanto, garantir um aporte de pelo menos 5-10 g/hora de glicose. Considerando os objetivos propostos para os níveis da glicemia, nós recomendamos que o suporte nutricional no paciente crítico em jejum seja preferencialmente por via enteral, introduzido gradualmente, evitando-se a infusão de grandes quantidades de glicose intravenosa. As infusões controladas de glicose podem ser utilizadas provisoriamente nas eventuais pausas da dieta enteral. Com relação à nutrição parenteral, as infusões de emulsões lipídicas estão associadas a aumento do risco de mortalidade e infecções em pacientes críticos. Da mesma forma, o excesso de triglicérides e ácidos graxos circulantes são preditores prognósticos tão poderosos quanto a hiperglicemia.

### **Manuseio do diabetes e da hiperglicemia em pacientes internados não críticos**

Alguns estudos também demonstraram que a hiperglicemia em pacientes não críticos



aumenta a morbimortalidade. Apesar de frequente, a hiperglicemia em pacientes não críticos é pouco valorizada. Em estudo retrospectivo de instituições norte-americanas, observou-se que pelo menos 1/3 dos pacientes mantinham glicemias médias acima de 200 mg/dL, sem que a equipe promovesse qualquer mudança no tratamento. Desta forma, este Posicionamento Oficial da SBD visa à sugestão de metas a serem atingidas e a proposição de esquemas terapêuticos eficientes para alcançá-las.

### **Controle farmacológico da glicemia: insulina é a droga de escolha**

Embora os agentes orais sejam amplamente utilizados em pacientes ambulatoriais, existem muitas desvantagens em mantê-los durante a internação. Os agentes orais só devem ser mantidos no paciente com DM tipo 2 bem controlado, em internações eletivas, de curta duração, desde que não concorram medicamentos ou alterações nutricionais que possam deteriorar o controle glicêmico. Ao contrário destes, a insulina age rapidamente, responde bem às titulações da dose, e pode ser utilizada em praticamente todos os pacientes, e em qualquer condição clínica para controlar a glicemia. Enquanto, a via de administração endovenosa é a preferida nos pacientes críticos, opta-se pela via subcutânea nos pacientes não críticos.

### **Alvos glicêmicos em pacientes não críticos durante internação**

Até o momento, as recomendações das metas de glicemia a serem atingidas se baseiam inteiramente em opiniões de “experts”, tendo em vista não haver estudos clínicos comparando diferentes objetivos glicêmicos com seus respectivos resultados. Conforme a força tarefa da AACE/ADA em 2009 propõe-se glicemia de jejum ou pré-prandial inferior a 140 mg/dL, não sendo recomendados valores inferiores a 100 mg/dL ou acima de 180 mg/dL, em qualquer momento. Deve-se atentar para o controle intra-hospitalar do paciente idoso. O controle da hiperglicemia e sintomas associados, durante a internação, minimiza o

aparecimento das síndromes geriátricas, acelerando a recuperação do paciente, bem como sua alta. Porém, hipoglicemia, mais do que a hiperglicemia no idoso deve ser



evitada pelo risco de desencadear quadros de delírio, comuns neste paciente durante a internação. O mesmo deve ser observado para pacientes com doenças terminais onde o desconforto de repetidas hipoglicemias e os poucos benefícios de um controle intensivo não justificam uma abordagem tão restrita.

### **Reposição fisiológica de insulina (basal-bolus mais dose de correção)**

O programa de insulinização do paciente internado necessita ser suficientemente flexível, para permitir a manutenção do controle glicêmico, mesmo na presença de condições operacionais mais adversas. Um regime de insulina subcutânea, no paciente não crítico, deve mimetizar a secreção fisiológica de insulina. No entanto, quando Unidadeizados os pacientes sofrem uma mudança radical de sua rotina, pelo estresse da doença que motivou a internação, pela alteração do esquema nutricional e pelo uso de medicações que podem impactar na glicemia. Ou seja, além dos componentes fisiológicos, incluindo insulina basal e prandial, devemos realizar ajustes com a insulina de correção de acordo com a evolução clínica do paciente.

A dose total de insulina (DTI) é a soma da necessidade basal e prandial, e representa a quantidade de insulina requerida em um dia. Aproximadamente 50% da DTI são de insulina basal e 50% de insulina prandial. A dose de insulina de correção é dada quando o regime basal + prandial prescrito não atinge as metas desejadas. Em certas circunstâncias a proporção de insulina basal pode ser menor, como nos casos de insuficiência renal, pelo aumento da meia vida da insulina, ou em indivíduos com insuficiência hepática, pela menor reserva de glicogênio, que aumentam o risco de hipoglicemia no período noturno.

A insulina basal a ser utilizada pode ser a insulina glargina uma vez ao dia, devido à sua duração de ação (24 hs) e à ausência de pico, ou então, a insulina detemir, com um pico pouco pronunciado, porém, com mais curta duração e necessitando duas aplicações diárias e, finalmente, a insulina NPH duas a três vezes ao dia, igualmente eficaz, porém, com maior incidência de hipoglicemias em função do pico de ação. Indivíduos com DM tipo 1 ou pancreatectomizados jamais devem ficar sem reposição basal, mesmo em jejum oral, pelo risco de descompensação cetótica.



A insulina prandial é representada pelos análogos de ação rápida (lispro, asparte ou glulisina), aplicadas imediatamente antes da nutrição (refeição ou dieta enteral). A insulina regular apresenta o inconveniente de início de ação. Sempre que as doses de correção estejam sendo usadas com frequência é sinal de insuficiência das doses do basal-prandial, que devem ser corrigidas. Uma proporção de 50% da insulina de correção usada no dia anterior deve ser distribuída entre basal e prandial, para o dia seguinte. A hiperglicemia requer do médico uma atitude proativa, exigindo acertos diários de dose que, em geral, são baseados no comportamento glicêmico do dia anterior.

O uso de tabelas progressivas de insulina de acordo com a glicemia (“sliding scale”) isoladamente, sem levar em conta o perfil fisiológico basal-prandial, se baseia num conceito equivocado, de tratar hiperglicemia com estratégia reativa. Neste tipo de tratamento, a insulina só é aplicada quando o controle metabólico já foi perdido e, frequentemente, a dose é excessiva, provocando episódios indesejáveis de hipoglicemia e grande variabilidade glicêmica. Portanto, o uso isolado de “sliding scale”, apesar de amplamente utilizado, é contraindicado nestes pacientes.

1. Para pacientes sendo transferidos da unidade de terapia intensiva para enfermaria, e que vinham em uso de insulina endovenosa, utilize a quantidade média de insulina recebida por hora (de preferência nas últimas 6 horas), na bomba de infusão, e multiplique por 20, obtendo assim a DTD. É imprescindível desligar a bomba somente após 2 horas da aplicação da insulina basal, período este necessário para a obtenção de nível circulante mínimo para

se evitar descompensação cetótica, principalmente naqueles sem reserva pancreática. Cabe ressaltar que indivíduos não diabéticos podem não necessitar do esquema basal/prandial se a HbA1c de entrada for inferior a 6% ou o ritmo de infusão EV nas últimas horas for inferior a 1 UI/h.

2. Defina o aporte nutricional do paciente e siga as recomendações da Comissão de Controle de Glicemia da Sociedade de Medicina dos EUA quanto ao uso de insulina em diferentes situações de nutrição.



**Recomendação de esquemas de insulinoterapia conforme a terapia nutricional**

| Terapia nutricional          | Esquema insulinico                                               |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Jejum                        | 50% DTD de basal<br>Prandial zero                                |
| Refeições normais            | 50% DTD de basal<br>50% Prandial dividida em 3 refeições         |
| Nutrição enteral descontinua | 40% DTD de basal<br>60% Prandial dividida antes de cada refeição |
| Nutrição enteral contínua    | 40% DTD de basal<br>60% Insulina regular de 6/6 horas            |
| Nutrição parenteral          | Insulina regular contínua por via endovenosa                     |

Adaptado de Schnipper, J.L. Magee, M. Larsen, K. et al. Society of Hospital Medicine Glycemic Control Task Force summary: practical recommendations for assessing the impact of glycemic control efforts. J Hosp Med. 2008;3(5Suppl):66-75.

**Tabela 3**

3. Em pacientes com esquema de redução de corticoterapia, para evitar hipoglicemia, reduzimos a oferta de insulina, em termos percentuais, em metade da redução do corticoide. Exemplo de prescrição de regime basal-bolus com insulina suplementar: ajustar este esquema de acordo com a sensibilidade à insulina de cada paciente.

- ✓ Dieta.
- ✓ Glicemia capilar 4x por dia (pré-refeições e às 23 horas).
- ✓ Glargina 0,2 UI/Kg/dia s/c 1x/dia. (Se for disponível insulina NPH ou Determinar fazer 0,1 U/kg a cada 12 horas).
- ✓ Lispro/asparte/glulisina 0,06 U/Kg s/c antes do café, almoço e jantar (não aplicar se glicemia capilar <70 mg/dL).
- ✓ Lispro/asparte/glulisina. Acrescentar ao item 4, de acordo com o seguinte esquema de doses adicionais:

|           |                                 |
|-----------|---------------------------------|
| 70 a 100  | -1ui                            |
| 100 a 140 | Nada                            |
| 141 a 180 | +2ui                            |
| 181 a 220 | +4ui                            |
| 221 a 260 | +6ui                            |
| 261 a 300 | +8ui                            |
| >300      | +10 ui e solicitar ação médica. |

#### 4 Referências

- 1- LEAL, C.L; PISI, P.C.B; FIGUEIREDO, A.B; ALMEIDA, S.C.L; MORIGUTI, J.C. Manejo da hiperglicemia no paciente hospitalizado não crítico. Medicina Ribeirão Preto, v.43, n.2, p.134-142, 2010. Disponível em:<  
[http://revista.fmrp.usp.br/2010/vol43n2/Simp5\\_Manejo %20da%20hiperglicemia %20no%20paciente%20hospitalizado.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2010/vol43n2/Simp5_Manejo%20da%20hiperglicemia%20no%20paciente%20hospitalizado.pdf)> Acesso em: 24 jun 2015.
- 2- OYAFU S. - Protocolo de tratamento da Hiperglicemia – HIAE – Hospital Israelita Albert Einstein. Novembro de 2010 – São Paulo. Disponível em:<  
[http://medicalsuite.einstein.br/diretrizes/diabetes/protocolo\\_tratamento.pdf](http://medicalsuite.einstein.br/diretrizes/diabetes/protocolo_tratamento.pdf)> Acesso em: 24 jun 2015.
- 3- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Controle da hiperglicemia intra-hospitalar em pacientes críticos e não críticos. Posicionamento Oficial SBD n.º2/2011 – Maio de 2011, Disponível em:<  
<http://www.diabetes.org.br/attachments/posicionamento/posicionamento-sbd-n-02-2011.pdf>> Acesso em: 24 jun 2015.

### Protocolos de Hipertensão Arterial Sistêmica

#### INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, continua e independente<sup>1</sup>. Existem inúmeras definições para os termos crise hipertensiva, emergências hipertensivas e urgências hipertensivas. De uma maneira geral, o conceito de crise hipertensiva engloba um espectro de situações clínicas que tem em comum uma pressão arterial (PA) elevada e potencial de lesão em órgãos-alvo. O termo pressão arterial acentuadamente elevado deve ser utilizado em vez de crise hipertensiva, uma vez que a maioria dos pacientes que chegam ao pronto-socorro (PS) com PA acentuadamente elevada não apresenta, de fato, um risco de



eventos cardiovasculares em curto prazo muito maior do que hipertensos não controlados acompanhados ambulatoriamente.<sup>2</sup>

### 1. Objetivo

Este protocolo tem por objetivo padronizar o pronto atendimento ao paciente com hipertensão arterial sistêmica.

### 2. Aplicação

Este documento aplica-se na Unidade de Pronto Atendimento Central UPA 24h na cidade de SÃO JOÃO DA BOA VISTA-SP.

### 3. Definição de Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

#### 3.1 Metodologia

As principais dificuldades do manejo da PA acentuadamente elevada no PS englobam uma série de perguntas para o médico emergencista.

- ✓ A paciente está estável?
- ✓ Que investigação adicional deve-se realizar?
- ✓ O paciente necessita de intervenção imediata?
- ✓ Qual a intervenção mais adequada?
- ✓ O paciente necessita de internação em enfermaria, UTI, ou pode ir de alta para acompanhamento ambulatorial?
- ✓ Se sair de alta, em quanto tempo deve ser visto no ambulatório?

### 3.2 Descrição do protocolo

#### Avaliação inicial

A avaliação inicial deve incluir uma história e um exame físico sucintos e alguns exames complementares. Em pacientes com quadro nitidamente emergencial, deve-se dar prioridade a uma pronta intervenção terapêutica em detrimento de uma história clínica detalhada e estudos diagnósticos demorados. Tais itens da abordagem nas emergências hipertensivas podem ser realizados a partir do momento em que o paciente estiver estável.

#### Manejo geral

Os pacientes com uma emergência médica (dispneia, intensa, edema agudo de pulmão, dor precordial, palidez, sudorese, alteração do nível de consciência e ou sinais focais) devem ser encaminhados à sala de emergência e a tratamento iniciado concomitantemente a avaliação clínica complementar mais minuciosa. De uma maneira geral, considera-se que a PA deve ser reduzida em questão de minutos a uma hora nas emergências hipertensivas. A redução inicial não deve ultrapassar 20% a 25% da PA média inicial. Em termos práticos, não se deve reduzir de imediato a PA diastólica para menos de 100 mmHg a 110 mmHg. Para tanto, devem ser utilizadas, de preferência drogas anti-hipertensivas de uso parenteral e com monitorização constante da PA. Já pacientes que se apresentam com quadros menos dramáticos com queixas como cefaleia, tontura, ansiedade, dores torácicas inespecíficas, dispneia (sem a observação objetiva de dispneia) e PA acentuadamente elevada, devem ser examinados clinicamente para excluir lesão aguda de órgãos-alvo, bem como avaliados quanto ao risco de desenvolvimento de lesão de órgãos-alvo em curto prazo, medicados com sintomáticos e observados no PS (preferencialmente num local silencioso e com pouca luminosidade) com avaliação posterior. Pacientes com tontura devem ser minuciosamente avaliados para se descartar doença cerebrovascular vertebrobasilar, medicados com sintomáticos e reavaliados periodicamente.

### **Emergência Hipertensiva**

É definida como situação na qual ocorre elevação importante da PAS, associada ou não a lesão de órgão alvo irreversível.

### **Urgência Hipertensiva**

São situações em que a PAS está elevada, com PAD > 120 mmHg, porém são mínimas ou mesmo não se observam lesão de órgão alvo.

### **Emergências Hipertensivas:**

- ✓ Encefalopatia hipertensiva;
- ✓ Dissecção de aorta;
- ✓ Edema agudo de pulmão;
- ✓ Infarto agudo do miocárdio;
- ✓ Hipertensão intracraniana;
- ✓ Eclampsia;
- ✓ Feocromocitoma.

### **Conduta Inicial nos Pacientes com Emergências Hipertensivas**

- ✓ Monitorização cardíaca, PAMNI e oximetria
- ✓ Acesso venoso
- ✓ Iniciar o tratamento farmacológico

### **Conduta Inicial nos Pacientes**

- ✓ Objetivo – rápida e gradual redução da PAS. Nas emergências hipertensivas esta redução deverá ser obtida imediatamente, no máximo com 1 hora da chegada a Unidade de Saúde.
- ✓ Redução de 25% da PAM.

- ✓ Redução da PAD para 100 a 110mmHg nas 2 a 6 horas iniciais do tratamento, até níveis de PAS normais em alguns dias.
- ✓ Redução imediata em 15 a 20 min da admissão na suspeita de dissecação de aorta e/ou EAP. Utilizar B bloqueador + nitroprussiato para dissecação de aorta.
- ✓ Alcançar e manter a PAS 180X100mmHg em 6 a 12 horas da admissão no AVCI ou H.

Atenção para a conduta adequada na verificação da PA conforme manual de normas e rotinas institucionais.

**Tabela 2.** Dimensões da bolsa de borracha para diferentes circunferências de braço em crianças e adultos (D):

| Denominação do manguito | Circunferência do braço (cm) | Bolsa de borracha (cm) |             |
|-------------------------|------------------------------|------------------------|-------------|
|                         |                              | Largura                | Comprimento |
| Recém-nascido           | ≤ 10                         | 4                      | 8           |
| Criança                 | 11-15                        | 6                      | 12          |
| Infantil                | 16-22                        | 9                      | 18          |
| Adulto pequeno          | 20-26                        | 10                     | 17          |
| Adulto                  | 27-34                        | 12                     | 23          |
| Adulto grande           | 35-45                        | 16                     | 32          |

**Tabela 3.** Classificação da pressão arterial para crianças e adolescentes (modificada do The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents)

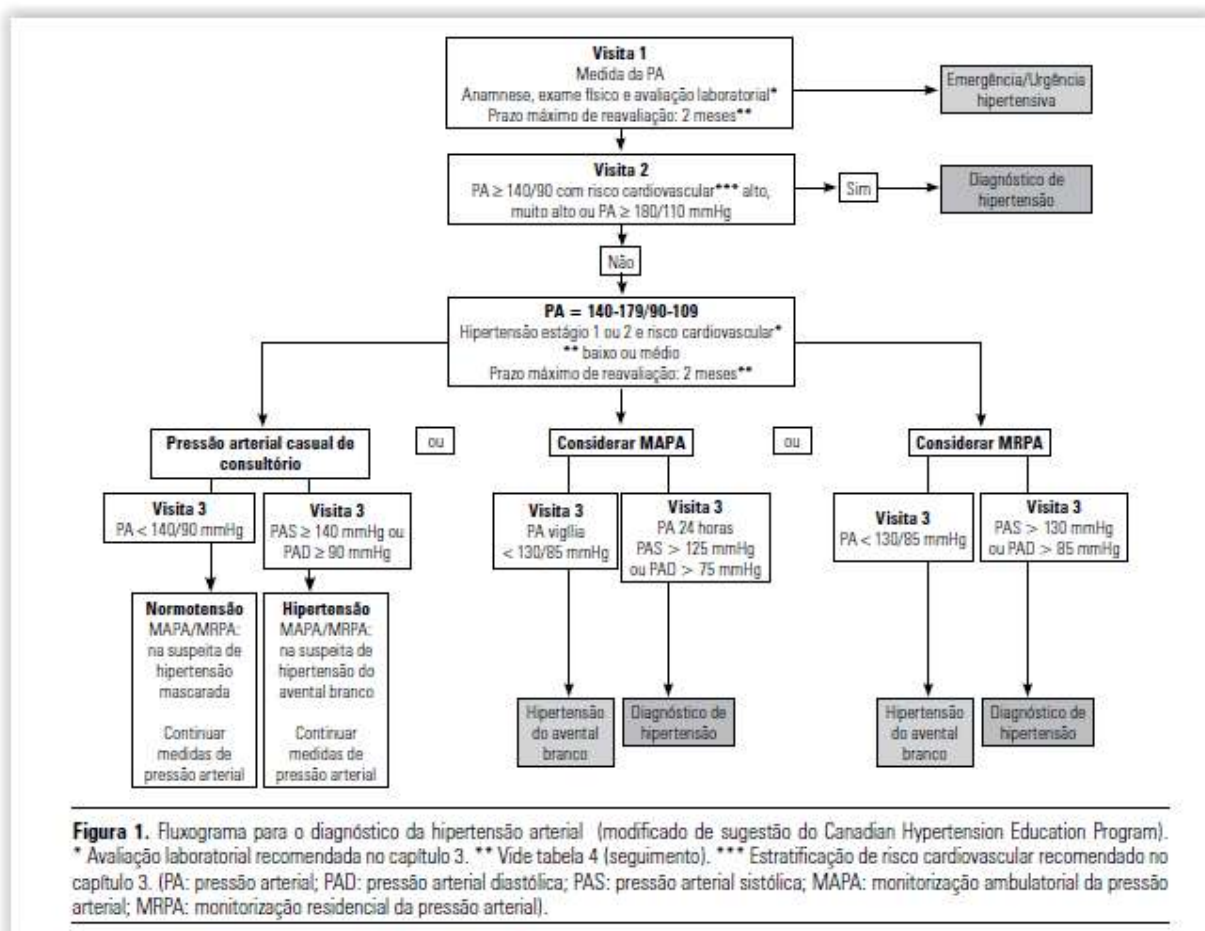
| Classificação                 | Percentil* para PAS e PAD                                                                                   | Frequência de medida da pressão arterial                                                                                                                                            |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Normal                        | PA < percentil 90                                                                                           | Reavaliar na próxima consulta médica agendada                                                                                                                                       |
| Limítrofe                     | PA entre percentis de 90 a 95 ou se PA exceder 120/80 mmHg sempre < percentil 90 até < percentil 95         | Reavaliar em 6 meses                                                                                                                                                                |
| Hipertensão estágio 1         | Percentil 95 a 99 mais 5 mmHg                                                                               | Paciente assintomático: reavaliar em 1 a 2 semanas; se hipertensão confirmada, encaminhar para avaliação diagnóstica<br>Paciente sintomático: encaminhar para avaliação diagnóstica |
| Hipertensão estágio 2         | PA > percentil 99 mais 5 mmHg                                                                               | Encaminhar para avaliação diagnóstica                                                                                                                                               |
| Hipertensão do avental branco | PA > percentil 95 em ambulatório ou consultório e PA normal em ambientes não relacionados à prática clínica |                                                                                                                                                                                     |

\* Para idade, sexo e percentil de estatura.

PA: pressão arterial; PAD: pressão arterial diastólica; PAS: pressão arterial sistólica.

## FLUXOGRAMA





Fonte: VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. – DBH

#### 4 Referências

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. – DBH VI. Revista Brasileira de Hipertensão. v.17, n.1, p.7-10, 2010.

PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS. Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto, Diretoria de Urgência e Emergência, Secretária Estadual da Saúde DRS-XV – São Paulo, São José do Rio Preto, 2013.

#### Protocolos de Atendimento à Hipoglicemia

##### INTRODUÇÃO

A hipoglicemia é a emergência médica endocrinológica mais frequente, de fácil tratamento e da qual a maioria dos pacientes se restabelece completamente, sem



sequelas, desde que devidamente diagnosticada e tratada prontamente. Em ambiente, apesar do risco de hipoglicemia, há evidências de que a glicemia deve ser bem controlada em pacientes com hiperglicemia de estresse.

### 1. Objetivo

Este protocolo tem por objetivo protocolar o tratamento da hipoglicemia na instituição é manter uma atitude ágil e uniforme frente a um evento clínico frequentemente encontrado tanto em pacientes diabéticos quanto em pacientes em jejum prolongado ou em outras situações clínicas de risco.

### 2. Aplicação

Este documento aplica-se na Unidade de Pronto Atendimento Central UPA 24h na cidade de SÃO JOÃO DA BOA VISTA-SP.

### 3. Definição de Hipoglicemia

A primeira definição de hipoglicemia surgiu com Wipple, em 1938, a qual descrevia sintomas com queda concomitante da glicemia medida e reversão do quadro com a reposição de glicose. A maioria dos autores define hipoglicemia como valores abaixo do limite inferior do normal para o método bioquímico utilizado.<sup>1</sup>

#### 3.1 Metodologia

A hipoglicemia é comum em pacientes com alguns fatores de risco:

- ✓ Desencontro entre a aplicação de insulina e o consumo de carboidratos;
- ✓ Jejum prolongado;
- ✓ Insuficiência renal;
- ✓ Hepatopatias;
- ✓ Deficiência na secreção de glicocorticoides ou catecolaminas;
- ✓ Anormalidades do metabolismo da glicose;
- ✓ Ingestão de álcool;
- ✓ Intoxicação por salicilatos;
- ✓ Cirurgias com anestesia geral, nas quais o paciente encontra-se em estado hipermetabólico e inconsciente;

- ✓ Diminuição ou suspensão súbita do uso de corticosteroides;
- ✓ Vômitos ou causas cirúrgicas que inviabilizem a ingestão por via oral;
- ✓ Redução da infusão de glicose no soro de manutenção ou dieta parenteral;
- ✓ Interrupção da dieta enteral;
- ✓ Doenças críticas como sepse e traumas severos.

Para a abordagem, o mais importante e determinante na definição do tipo de terapia (endovenosa ou por via oral) não é o valor absoluto de glicemia e, sim, a capacidade do paciente de ingerir a solução de glicose dependendo do seu nível de consciência e de estar, ou não, com prescrição médica de jejum. A hipoglicemia está relacionada a sinais e sintomas devidos à liberação adrenérgica provocada pela queda da glicemia, o que ocorre precocemente, logo que a glicemia atinge valores menores que 70 mg/dl e/ou a falta de aporte de glicose ao cérebro (sintomas neuroglicopênicos), que ocorre, geralmente, com valores de glicemia menores que 50 mg/dl (tabela1).

### 3.2 Sinais e sintomas da hipoglicemia

Tabela 1- Sinais e sintomas da hipoglicemia

| ADRENÉRGICOS   | NEUROGLICOPÊNICOS                                                                             |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fome           | Dificuldade de concentração                                                                   |
| Sudorese       | Confusão mental                                                                               |
| Taquicardia    | Incoordenação                                                                                 |
| Ansiedade      | Tontura                                                                                       |
| Palidez        | Sonolência                                                                                    |
| Irritabilidade | Pesadelos                                                                                     |
| Cefaleia       | Convulsões                                                                                    |
| Tremor         | Sinais focais: zumbido, vertigem, hemiparesia ou plegia, crises parciais, alterações visuais. |

|                                                |      |
|------------------------------------------------|------|
| Alterações de comportamento e ou personalidade | Coma |
|------------------------------------------------|------|

Fonte: Hospital Sírio Libanês

### 3.3. Descrição do Protocolo

A monitorização glicêmica capilar deve ser feita no mínimo quatro vezes ao dia: antes das refeições principais e no horário de dormir. Pacientes com dieta por via oral não devem ter a glicemia capilar medida em esquema pré-estabelecido de horário (por exemplo, de 6/6h ou 4/4h), já que a correlação com a alimentação é errática e predispõe a variabilidade glicêmica e hipoglicemia. A glicemia capilar deve ser medida antes das refeições, independentemente de horários e às 22 horas.

#### TRATAMENTO:

- Pacientes com alteração do nível de consciência

Conforme fluxograma, caso o paciente apresente alteração do nível de consciência e glicemia < 70 mg/dl, deverá receber terapêutica endovenosa com glicose 50%. Também deverá receber glicose endovenosa se houver interrupção do trânsito intestinal por algum motivo ou em pós-operatório com jejum.

**CONDIÇÕES PARA  
TERAPÊUTICA PARENTERAL**

Jejum  
Vômitos  
Alteração do nível de consciência  
Doença neurológica de base  
Déficit de deglutição

**TRATAMENTO INDICADO**

G 50% 40 ml EV  
**ou** Glucagon 1 mg IM  
(se não houver acesso venoso)

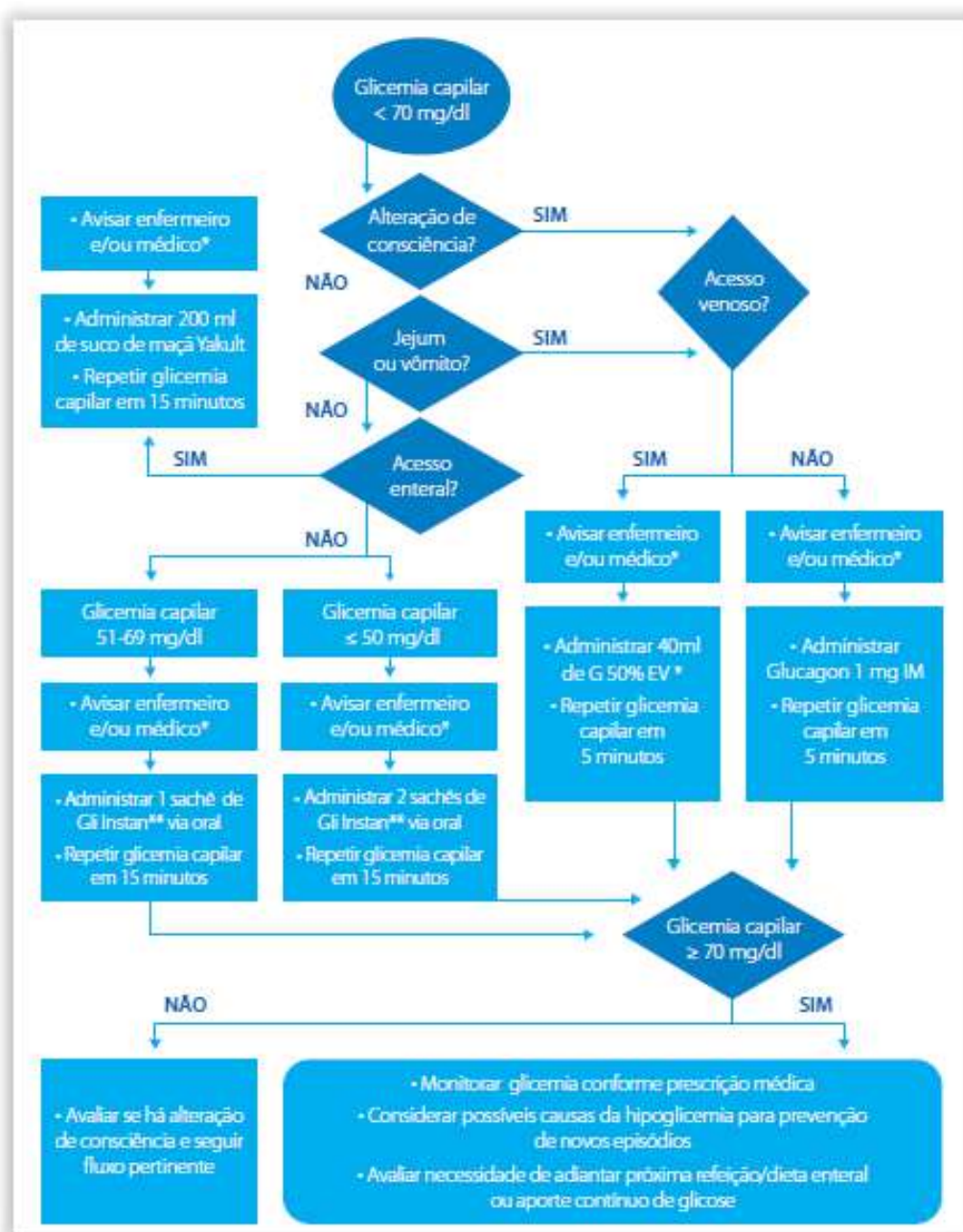
Caso haja indisponibilidade de acesso venoso imediato, alternativamente pode-se administrar glucagon 1mg por via intramuscular. O glucagon, por ser um hormônio contrarregulador envolvido na resposta inicial à hipoglicemia, acarreta aumento da glicemia.

- Pacientes sem alteração do nível de consciência

Se não houver sintomas neuroglicopênicos que contraindiquem a via oral, o tratamento deve ser feito com 15 g de glicose por via oral, preferencialmente na forma líquida por ser de mais rápida absorção, tanto em formas industriais como caseiras.

## FLUXOGRAMA





#### 4. Referências Bibliográficas:

HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS. Protocolo de controle glicêmico intra-hospitalar.

LEAL, C.L; PISI, P.C.B; FIGUEIREDO, A.B; ALMEIDA, S.C.L; MORIGUTI, J.C. Manejo da hiperglicemia no paciente hospitalizado não crítico. Medicina Ribeirão Preto, v.43, n.2, p.134-142, 2010. Disponível em:<

[http://revista.fmrp.usp.br/2010/vol43n2/Simp5\\_Manejo%20da%20hiperglicemia%20no%20paciente%20hospitalizado.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2010/vol43n2/Simp5_Manejo%20da%20hiperglicemia%20no%20paciente%20hospitalizado.pdf)> Acesso em: 24 jun 2015.

PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS. Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto, Diretoria de Urgência e Emergência, Secretária Estadual da Saúde DRS-XV – São Paulo, São José do Rio Preto, 2013.

## Protocolos de Parada Cardiorespiratória

### INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são responsáveis por 29,4% de todas as mortes registradas no País em um ano. Isso significa que mais de 308 mil pessoas faleceram principalmente de infarto e acidente vascular cerebral (AVC)<sup>1</sup>. Como se pode constatar a partir dessas estatísticas, a probabilidade de encontrar um paciente que requeira suporte básico de vida (BLS, *basic life support*) ou suporte avançado de vida cardiológico (ACLS, *advanced cardiac life support*) é alta. Assim como o BLS é uma maneira sistemática de fornecer socorro para uma vítima de sufocamento ou para alguém que necessite de manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP), o ACLS se constitui numa estratégia ordenada de prover cuidado avançado emergencial para um paciente que possa estar apresentando um problema cardíaco<sup>2</sup>.

### 1. Objetivo

Este protocolo tem por objetivo padronizar o atendimento à parada cardiorrespiratória (PCR), para um atendimento rápido e organizado, com o intuito de aumentar a chance de sucesso das manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP).

### 2. Aplicação

Este documento aplica-se na Unidade de Pronto Atendimento Central UPA 24h na cidade de SÃO JOÃO DA BOA VISTA-SP.

### 3. Definição de PCR

Define-se como parada cardiorrespiratória (PCR) a interrupção súbita e brusca da circulação sistêmica e ou da respiração. Iniciar prontamente as manobras de

reanimação, antes mesmo da chegada da equipe de suporte avançado aumenta a chance de sobrevivência e evita sequelas pós-PCR.

### 3.1. Metodologia

São sinais clínicos de PCR:

- inconsciência;
- ausência de movimentos respiratórios;
- ausência de pulso.

### 3.2. Atendimento a parada cardiorespiratória

#### ATENDIMENTO CARDÍACO DE EMERGÊNCIA

1. AVALIE A RESPONSABILIDADE \* Se não responsivo: CHAME O CARRINHO DE PARADA
2. PEÇA UM DESFIBRILADOR
3. AVALIE A CIRCULAÇÃO (palpar pulso carotídeo)

\* Se pulso ausente: INICIAR REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR

#### 4. Parada cardíaca assistida

\* **SE SIM:** INSTALE O MONITOR/DESFIBRILADOR tão logo ele chegue. Verificar o ritmo e seguir o protocolo apropriado conforme o ritmo.

\* **SE NÃO:** Realizar 5 ciclos (ou 2 minutos) de REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR e somente após esses 5 ciclos verificar o ritmo e seguir o protocolo apropriado conforme o ritmo.

#### SEQUÊNCIA DE ATENDIMENTO RECOMENDADA CABD

**C**- Circulação (circulation) procure sentir pulso carotídeo por pelo menos 5 segundos, e não mais que 10 segundos. Na ausência de pulso iniciar compressão torácica.

**A** - Significa - **A**irways em inglês, mas para nós será: Abertura de vias aéreas. Primeiramente **ver** se elevação e retorno do tórax **ouvir** se há escape de ar na expiração, **sentir** o fluxo de ar no seu rosto. Faça manobras de inclinação da cabeça elevação do queixo ou elevação da mandíbula sem extensão da cabeça caso suspeita de trauma.



**B-Boa respiração (breathing)**- se a respiração estiver ausente ou inadequado aplique 2 ventilações. Use um dispositivo de barreira se possível. Cada ventilação deve levar 1 segundo e provocar elevação visível do tórax.

**D- Desfibrilação.** Se não houver pulso conecte o desfibrilador do carrinho de parada e siga as mensagens do aparelho e aplique choque se for indicado.

Tudo isso será importante se o socorrista fizer todos os procedimentos e diagnosticar rapidamente o tipo de parada. Pois o algoritmo do ABCD é apenas uma maneira de gravar e standartizar o processo. Entretanto algumas paradas o C vira antes do A e do B, já que o processo do ABCD é usado em várias etapas do atendimento. Neste caso será usado nesta ordem ao fazer o primeiro contato com o paciente e diagnosticar o que está acontecendo de forma geral.

#### **ÊNFASE PERMANENTE EM RCP DE ALTA QUALIDADE**

- ✓ Frequência de compressão mínima de 100/minuto (em vez de "aproximadamente" 100/minuto).
- ✓ Profundidade de compressão mínima de 2 polegadas (5 cm), em adultos
- ✓ Retorno total do tórax após cada compressão
- ✓ Minimização das interrupções nas compressões torácicas
- ✓ Evitar excesso de ventilação
- ✓ Relação compressão-ventilação de 30:2
- ✓ Alterne a pessoa que faz compressões a cada 2 minutos
- ✓ As terapias são concebidas por períodos (5 ciclos ou 2 minutos) de RCP ininterrupta
- ✓ A RCP deve ser iniciada imediatamente após o choque
- ✓ O ritmo é verificado após completado 5 ciclos de 30 compressões e 2 ventilações.

Quando uma via aérea permeável for estabelecida, as compressões torácicas externas devem ser feitas ininterruptamente a uma frequência de 100 compressões por minuto e as ventilações a uma frequência de 8 a 10 ventilações por minuto. Observar que não se deve interromper as compressões torácicas para efetuar-se a ventilação.



Dois ou mais socorristas devem fazer rodízio a cada 2 minutos entre o massageador e quem ventila no momento de checagem do ritmo (cada 2 minutos). Esse rodízio tem como propósito a manutenção da qualidade da massagem torácica externa.

## TERAPIA ELÉTRICA

A ênfase na desfibrilação precoce integrada com RCP de alta qualidade é a chave para melhorar a sobrevivência à PCR súbita. Profissionais de saúde tratando PCR em hospitais ou outras instituições com DEAs/DAE ou desfibriladores no local devem aplicar a RCP imediatamente e usar o DEA/DAE/desfibrilador tão logo o equipamento esteja disponível.

## OS RITMOS CARDÍACOS QUE PODEM SER OBSERVADOS NUMA PARADA CARDÍACA SÃO OS SEGUINTE:

1. Taquicardia ventricular sem pulso (TV), na qual o eletrocardiograma (ECG) mostra complexos QRS alargados e regulares em uma frequência maior que 120 batimentos por minuto.
2. Fibrilação ventricular (FV), na qual se observam ao ECG deflexões caóticas e irregulares que variam em tamanho e forma, mas não há contração ventricular coordenada.
3. Assistolia, na qual não há presença de atividade cardíaca.
4. Atividade elétrica sem pulso (AESP), na qual a atividade elétrica é visível ao ECG, mas o pulso está ausente. TV e FV são **ritmos chocáveis**. Isto quer dizer que, aplicando um choque elétrico ao coração por meio de um desfibrilador, há a possibilidade de interrupção deste ritmo. Assistolia e AESP são **ritmos não chocáveis**.

### Simplificando

#### Ritmos de Parada Cardíaca

##### *Ritmos chocáveis*

- Fibrilação ventricular
- Taquicardia ventricular

##### *Ritmos não chocáveis*

- Assistolia
- Atividade elétrica sem pulso

---

CARRO DE PARADA

---

| <i>Medicações</i>                          | <i>Material</i>                               |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Adrenalina 10 Amp                          | Ambu adulto 01                                |
| Aminofilina 02 Amp                         | Ambu infantil 01                              |
| Atlansil 05 Amp                            | Bureta com câmara graduada 01                 |
| Atropina 10 Amp                            | Cânulas endotraqueais c/ cuff nº 7.0 a 8.0 01 |
| Bicarbonato de Sódio 01                    | Cateter de intracath adulto 01                |
| Frasco Bicarbonato de Sódio 8.4% 10 Amp    | Cateter de intracath infantil 01              |
| Bricanyl 03 Amp                            | Cateter nº 02 a 03 01                         |
| Cedilanide 04 Amp                          | Desfibrilador 01                              |
| Cloreto de Sódio 05 Amp                    | Equipo 01                                     |
| Decadron 02 Frascos                        | Gel condutor 01                               |
| Dilacoron 04 Amp                           | Jelco nº 20 a 14 01                           |
| Dobutrex 02 Amp                            | Mandril guia 01                               |
| Dopamina 10 Amp                            | Sonda de aspiração nº 12 a 16 01              |
| Efedrina 05 Amp                            | Torneirinha 01                                |
| Fernegan 03 Amp                            |                                               |
| Flebocortid / Solucortef 500 mg 04 Frascos |                                               |
| Glicose 50% 03 Amp                         |                                               |
| Gluconato de Cálcio 03 Amp                 |                                               |
| Heparina 01 Frasco                         |                                               |
| KCL 01 Amp                                 |                                               |
| Lasix 02 Amp                               |                                               |
| Narcan 01 Amp                              |                                               |
| Nor Adrenalina 05 Amp                      |                                               |
| Nipride 02 Amp                             |                                               |
| Quelicin 02 Amp                            |                                               |
| Seloquen 02 Amp                            |                                               |
| Xilocaina 2% S/C 02 Amp                    |                                               |

## VIAS DE ACESSO

- ✓ Acesso venoso periférico de grosso calibre é preferencial
- ✓ As medicações EV devem ser administradas rapidamente, em bolus. Após cada medicação IV, injetar um bolus de 20 a 30 mL de SSI EV e elevar, imediatamente, a extremidade – isto irá facilitar a chegada de drogas na circulação central (a qual pode levar 1 a 2 minutos). endovenoso, intraósseo e endotraqueal
- ✓ Várias medicações podem ser administradas via cânula endotraqueal, mas a dose deve ser de 2 a 2,5 vezes a dose endovenosa (EV). Diluir em 10 ml SSI e realizar hiperventilação.
- ✓ A administração de medicamentos EV ou IO (intraósseo) é preferível à via cânula endotraqueal.
- ✓ Intraósseo: zona vascular da medula óssea, agulha específica. Puncionar na tíbia 1 a 3cm abaixo da tuberosidade, em direção ao pé, ângulo de 60 graus. Todas as medicações podem ser utilizadas nas dosagens preconizadas para via intravenosa.

## INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

Após a inserção da cânula orofaríngea deve-se insuflar o “cuff” com pressão adequada e verificar-se o posicionamento correto. Utiliza-se o método clínico: ausculta dos 4 campos pulmonares (bases direita e esquerda, ápices direito e esquerdo) e o foco gástrico para descartar-se intubação esofágica. Uma vez que o som está audível e simétrico em todos os quatro campos pulmonares e ausentes do foco gástrico, considera-se que, a princípio, a intubação está adequada e pode ser fixada a cânula pela equipe de enfermagem.

- ✓ Caso haja ausculta somente em campos pulmonares direitos sugere entubação seletiva em brônquio fonte direito. Desinsufla-se o “cuff” e procede-se a tração de poucos centímetros na cânula.
- ✓ Na ausência de som à ausculta pulmonar e presença de som de “borbulhar” no foco gástrico estamos frente a uma intubação esofágica. Desinsuflar o “cuff”, retirar

imediatamente a cânula e prosseguir a RCP para oxigenação adequada da vítima e nova tentativa após 2 minutos de RCP.

O ACLS preconiza o uso de dispositivos de verificação, além da verificação clínica: detector de CO<sub>2</sub> exalado ou detector esofágico. Porém, tais dispositivos não são de fácil acesso na nossa rotina de atendimento. Lembrar sempre que uma intubação a princípio bem-sucedida deve ser monitorizada continuamente, pois há o risco de deslocamento da cânula e outras intercorrências passíveis de intervenção. O uso de pressão cricoide durante as ventilações, em geral, não é recomendado Equipamentos adjuntos de via aérea

- ✓ Via aérea orofaríngea (cânula de Guedel) – em pacientes inconscientes quando os procedimentos de abertura da via aérea não conseguem manter via aérea clara e desobstruída
- ✓ Dispositivos de aspiração devem estar disponíveis
- ✓ Cânula nasofaríngea / Máscara laríngea: opções a intubação orotraqueal, requerem experiência.

#### 4. Referências Bibliográficas:

BRASIL. Doenças cardiovasculares causam quase 30% das mortes no País. Por: Radílson Carlos Gomes/Ministério da Saúde. Portal Brasil Publicado: 06/09/2011 18h32, última modificação: 28/07/2014 12h56. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/doencas-cardiovasculares-causam-quase-30-das-mortes-no-pais>> Acesso em: 24 jun 2015.

AEHLERT, B. ACLS, Suporte avançado de vida em cardiologia. Tradução Bianca Tarrise da Fontoura. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS. Protocolo de atendimento a parada cardiorespiratória.

MATTE, J.C; BITTENCOURT, M. G. Protocolo de Atendimento de Parada Cardíaca – Universidade Federal do Paraná, Departamento de Clínica Médica – Disciplina de Cardiologia– junho 2007.

## Protocolos de Trombose Venosa Profunda

### INTRODUÇÃO

A trombose é a formação de coágulos (trombos) que bloqueiam a circulação do sangue ou deslocam-se pela corrente sanguínea. Resultado do desequilíbrio no mecanismo de coagulação sanguínea pode levar a complicações como a trombose venosa e a trombose arterial (relacionada ao infarto do miocárdio e ao derrame cerebral, ou AVC). Entre esses processos, destacam-se o tromboembolismo venoso (TEV), que engloba a trombose venosa profunda (TVP) e sua complicação mais grave, a embolia pulmonar, que ocorre quando o coágulo que se desloca pela corrente sanguínea atinge os pulmões, impedindo a oxigenação do sangue. Existem vários fatores de risco para estas situações, sendo idade e imobilidade os mais importantes. Estima-se que 50% dos casos de tromboembolismo venoso acontecem após a alta.

### 1. Objetivo

Este protocolo tem por objetivo padronizar o pronto atendimento ao paciente com TVP. Reduzir a ocorrência de TVP e TEP e suas consequências. Disponibilizar uma diretriz assistencial atualizada, apresentando uma recomendação terapêutica para profilaxia do TEV, segundo a literatura científica nacional e internacional.

### 2. Aplicação

Este documento aplica-se a todos os adultos na Unidade de Pronto Atendimento Central UPA 24h na cidade de SÃO JOÃO DA BOA VISTA-SP.

### 3. Definição de TVP

A Trombose Venosa Profunda (TVP), conhecida como flebite ou tromboflebite profunda, é a doença causada pela coagulação do sangue no interior das veias vasos sanguíneos

que levam o sangue de volta ao coração em um local ou momento não adequados (devemos lembrar que a coagulação é um mecanismo de defesa do organismo). As veias mais comumente acometidas são as dos membros inferiores (cerca de 90% dos casos). Os sintomas mais comuns são a inchaço e a dor.

É uma patologia mais frequente em pessoas portadoras de certas condições predisponentes como o uso de anticoncepcionais ou tratamento hormonal, tabagismo, presença de varizes, pacientes com insuficiência cardíaca, tumores malignos, obesidade ou a história prévia de trombose venosa.<sup>2</sup>

### 3.1. Descrição do Protocolo

Fatores de risco para o tromboembolismo venoso (TEV)

Algumas doenças ou condições representam um risco adicional para o desenvolvimento de complicações tromboembólicas, tanto em pacientes clínicos quanto cirúrgicos.

- ✓ Abortamento recorrente
- ✓ Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico
- ✓ Anticoncepcional hormonal
- ✓ Câncer
- ✓ Cateter venoso central
- ✓ Doença inflamatória intestinal
- ✓ Doença pulmonar obstrutiva crônica
- ✓ Doença reumatológica ativa
- ✓ Idade  $\geq 55$  anos
- ✓ Infarto agudo do miocárdio atual
- ✓ Infecção
- ✓ Insuficiência arterial periférica
- ✓ Insuficiência cardíaca classe funcional III ou IV
- ✓ Insuficiência respiratória
- ✓ Internação em unidade de terapia intensiva

- ✓ Obesidade
- ✓ Paresia ou paralisia de membros inferiores
- ✓ Puerpério (até 4 semanas)
- ✓ Quimioterapia
- ✓ Reposição hormonal
- ✓ Síndrome nefrotica
- ✓ Tabagismo
- ✓ TEV prévio
- ✓ Trombofilias (antecedente familiar de trombose)
- ✓ Varizes / Insuficiência venosa periférica

Contraindicações para quimioprofilaxia

**Absolutas:**

1. Hipersensibilidade as heparinas
2. Plaquetopenia induzida por heparina
3. Sangramento ativo

**Relativas:**

1. Cirurgia intracraniana ou ocular recente
2. Coleta de LCR nas últimas 24 horas
3. Diátese hemorrágica (alteração de plaquetas ou coagulograma)
4. Hipertensão arterial não controlada (>180x110 mmHg)
5. Insuficiência renal (clearance < 30 ml/ min)

Em pacientes com insuficiência renal, a preferência é por utilização de HNF, por esta depender menos de eliminação renal do que as HBPM. Outra vantagem é a possibilidade de fácil monitorização com tempo de tromboplastina parcial ativada (TPPA) que não deve alterar quando se utilizam doses profiláticas de HNF. Sua alteração indicaria, portanto, uma correção na dose.

**Profilaxia com métodos mecânicos:**

Quando o paciente apresentar risco de TEV aumentado, mas houver contra-indicação a



profilaxia medicamentosa, devem ser utilizados métodos mecânicos de profilaxia, como meia elástica de compressão gradual (MECG), dispositivos mecânicos de compressão pneumática intermitente (CPI) ou bombas plantares (BP). São contraindicações à utilização de profilaxia mecânica:

1. Fratura exposta
2. Infecção em membros inferiores
3. Insuficiência arterial periférica de membros inferiores
4. Insuficiência cardíaca grave
5. Úlcera em membros inferiores

#### **Profilaxia em pacientes cirúrgicos:**

Em pacientes cirúrgicos, a chance de desenvolvimento de TEV depende da idade do paciente, do tipo de cirurgia e da presença de fatores de risco associados. Pacientes jovens, sem fatores de risco adicionais e submetidos a procedimentos de pequeno porte, não necessitam de quimioprofilaxia específica para TEV. Já pacientes idosos, particularmente na presença de fatores de risco, ou submetidos a procedimentos considerados por si só como de alto risco, como as artroplastias de quadril ou joelho, apresentam alto risco. As recomendações da última diretriz de profilaxia em pacientes cirúrgicos, apresentadas no 8º consenso do American College of Chest Physicians, podem ser resumidas no algoritmo abaixo.

#### **Considerações:**

A TVP pode ser de extrema gravidade na fase aguda, causando embolias pulmonares muitas vezes fatais (embolia pulmonar é causada pela fragmentação dos coágulos e a migração destes até os pulmões, entupindo as artérias pulmonares e gerando graves problemas cardíacos e pulmonares). Na fase crônica, após dois a quatro anos, os principais problemas são causados pela inflamação da parede das veias que, ao cicatrizarem, podem levar a um funcionamento deficiente destes vasos sanguíneos. O conjunto das lesões (pigmentação escura da pele, grandes varizes, inchaço das pernas, eczemas e úlceras de perna) é chamado de síndrome pós-flebítica. Esta complicação leva a imensos problemas socioeconômicos por ser de tratamento caro, prolongado e extremamente penoso em suas repercussões sociais.



A TVP é, muitas vezes, assintomática. O diagnóstico clínico é difícil. O exame mais utilizado para o diagnóstico da TVP é o Eco Color Doppler. O tratamento é feito com substâncias anticoagulantes (impedem a formação do trombo e a evolução da trombose) ou fibrinolíticas (destroem o trombo). Mais modernamente, e em situações selecionadas, o tratamento da TVP pode ser feito na própria residência do paciente, usando-se as heparinas de baixo peso molecular.

#### 4. Referências Bibliográficas:

ALBERT EINSTEIN. Trombose: uma abordagem preventiva. Albert Einstein Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. Publicado em 22/03/2012. Disponível em:< <http://www.einstein.br/einstein-saude/pagina-einstein/Paginas/ha-dois-tipos-de-acidente-vascular-cerebral-e-cada-um-deles-requer-um-tratamento-diferente.aspx>> Acesso em 24 jun 2015.

SBACV. Trombose venosa profunda. Sociedade Brasileira de Angiologia de Cirurgia Vascular. Disponível em:< <http://www.sbacv.com.br/index.php/publico/trombose-venosa-profunda.html>> Acesso em: 25 jun 2015.

HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS. Protocolo de Profilaxia de Tromboembolismo Venoso em Pacientes internados.

### Protocolo de Atendimento às Urgências e Emergências

#### Definições de urgência e emergência

Estas definições são controversas em alguns casos, e muitas vezes se confundem, mas segundo os vários autores temos os conceitos abaixo.

***Emergências médicas*** são os problemas de saúde que necessitam de cuidados especializados e imediatos para evitar a morte ou complicações graves do indivíduo (FERNANDES, R.J. 2004).

***Urgências médicas*** são as situações que afetam ou colocam em perigo a saúde de uma ou de mais pessoas (RODRIGUEZ, 2000; MORALES apud TACSI, 2003, p. 34).

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, CFM em 1995, através da Resolução 1.451/95, definiu a urgência como sendo uma ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata, diferenciando da emergência em que conceituou como a constatação médica de condições de agravo à saúde que implicam em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (FERNANDES, R.J. 2004).

As urgências médicas podem ser conceituadas, de acordo com Martinez e Nitschke (2001), como um evento caracterizado como vital pelos indivíduos e/ou pela sociedade, e que apresenta uma gravidade considerada ameaçadora à integridade física ou psicológica da pessoa. As emergências são passíveis de tratamento, desde que reconhecidas e rapidamente instaladas as medidas terapêuticas.

O grau de urgência, segundo Martinez e Nitschke (2001), é uma combinação de vários fatores e muito complexa, onde não se trata apenas do conhecimento médico ou de patologias. A qualificação do grau de urgência está associada a dois grupos de fatores, sendo um deles médico e técnico e o outro social. O fator médico é analisado a partir da conjunção da gravidade e do tratamento, uma vez que uma urgência tem habitualmente diferentes níveis de gravidade, e subentende que os cuidados sejam prioritários a graus de complexidade diferentes. A gravidade e os cuidados são ponderados pelo tempo, pois quanto menor o tempo maior a urgência. Assim, a urgência médica é prioritária em relação a certos pacientes, porque sua patologia evolui muito rapidamente para estados graves, sendo esta uma das razões que delimitam a organização dos cuidados de urgência. Outro aspecto a considerar é a definição sociológica de urgência, quando trata da noção de prioridade ou de conflito de **status** social de uma urgência em relação à outra (FERNANDES, R.J. 2004).

Outros autores relatam que o principal objetivo dos serviços de emergência é diminuir a morbimortalidade e as sequelas incapacitantes, para tanto é preciso garantir os elementos necessários para um sistema de atenção de emergência relacionado a recursos humanos, infraestrutura, equipamentos e materiais, de modo a assegurar uma

assistência integral, com qualidade aceitável e contínua (MORALES; GARCIA-CASTRILLO; DEL BUSTO apud TACSI, 2003, p.36).

## EMERGÊNCIAS TRAUMÁTICAS

Segundo publicações da ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), de 12 de maio de 2003, verifica-se uma triste realidade ao mostrar que os traumas matam mais de cinco milhões de pessoas por ano, na proporção de uma para cada 10 mortes no geral. Dez milhões de pessoas visitam os departamentos de emergência anualmente em decorrência de agravos de natureza traumática, desencadeados por diversos fatores intencionais como as guerras, suicídios, homicídios, e de fatores involuntários como colisões em rodovias, afogamentos, quedas, afetando pessoas de todas as idades e grupos econômicos.

Em termos econômicos, os custos associados com cirurgias e longo tempo de reabilitação aliado aos custos da perda de produtividade, representam bilhões de dólares a cada ano (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Para o MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS), os acidentes e a violência representam um conjunto de agravos à saúde, que podem ou não levar a óbito, sendo resultante de causas acidentais e/ou intencionais. Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças, CID (OMS, 1985 e OMS, 1995) – sob a denominação de Causas Externas que incluem todos os tipos de lesões e envenenamentos, como ferimentos, fraturas, queimaduras, intoxicações, afogamento, entre outros (BRASIL, 2001a).

A este respeito, o trauma tem um perfil socioeconômico bem delineado provocando no Brasil, em 1999, 130.000 mortes e um número três vezes maior de invalidez permanente. Segundo dados do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), o trauma gerou, em 1977, um gasto global de R\$ 84 bilhões. Em 1998 o CRM, aponta que os custos da violência no continente em 1997 representaram R\$ 168

bilhões por ano e em alguns países representam até 14% do produto interno bruto (PIB) (FERNANDES, R.J. 2004).

Este cenário é confirmado por Oliveira; Parolin e Teixeira Jr. (2002) que consideram o trauma como a terceira causa de mortalidade, depois das doenças cardiovasculares e do câncer. Entretanto, estatísticas mais recentes apontam as lesões externas ocupando o segundo lugar no ranking das causas de morte em alguns centros. Como Neto e Gomes (2001), consideram o trauma como uma pandemia contemporânea, como a doença mais significativa em perda de anos de vida produtivos.

Segundo Queiroz (2001), a incidência de trauma no Brasil aumenta a cada dia, mês e ano. No Brasil, o trânsito mata oito vezes mais do que nos Estados Unidos da América (EUA), cinco vezes mais do que no Japão e na Inglaterra, três vezes mais do que na França e Alemanha. Isto demonstra não estar somente associado aos fatores correspondentes ao crescimento da população e ao crescimento do número de veículos, e sim, em grande parte, associado à exposição ao risco. Por sua vez, deixa clara a ligação ao comportamento das pessoas frente a uma situação, ao grau de prudência, à maneira de agir e à maneira de sentir, as quais refletem na forma de conduzir os veículos.

O Brasil apresenta o maior índice de mortes em todo o mundo, com 25,9 vítimas anuais para cada grupo de 10.000 veículos. De 1963 a 1972 – a população cresceu 29%, a frota de veículos cresceu 153%, o índice de acidentes 381% e o número de vítimas fatais 212% (QUEIROZ, 2001).

No Brasil, o trauma é a primeira causa de morte quando consideramos a faixa etária de 1 a 40 anos, sendo predominante dos 20 aos 29 anos de idade, e em vítimas do sexo masculino (OLIVEIRA; PAROLIN; TEIXEIRA JR., 2002).

## EMERGÊNCIAS CLÍNICAS

Bem como as patologias traumáticas, os agravos clínicos merecem ser estudados do ponto de vista das urgências, pois estão entre as primeiras causas de

morbimortalidade no mundo e no Brasil, com destaque para as doenças cardiovasculares.

Segundo a OMS, o avanço dos agravos clínicos, é motivo de preocupação, pois tem sido demonstrado um crescimento contínuo da incidência de doenças cardiovasculares, com uma estimativa de 17 milhões de óbitos a cada ano, destacando-se as isquemias cardíacas e cerebrais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004b).

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das doenças mais comuns nos serviços de emergência, corresponde a terceira causa de mortalidade nos EUA, e é responsável por um custo médio de 19 bilhões de dólares/ano, considerando a perda de produtividade e despesas médicas secundárias à sua morbidade. Aproximadamente 500 mil pessoas apresentam um AVC novo ou recorrente a cada ano, dessas 150 mil morrem (OLIVEIRA; ANDRADE, 2001; BRAGA et al., 2003).

Estudos em diversos países têm demonstrado as vantagens do uso do desfibrilador externo automático ou semiautomático, associados a manobras de suporte básico, na sobrevivência dos pacientes vítimas de parada cardiorrespiratória (PCR) (CASACCIA et al., 1995; TIMERMAN et al., 1998).

No Brasil, os agravos clínicos são responsáveis pela primeira e segunda causa de óbito. Segundo o DATASUS, das causas de mortalidade cardiovascular em 1996, 23% corresponderam a infarto agudo do miocárdio (IAM), 25% foram decorrentes de acidente vascular cerebral, 9% a hipertensão arterial e os 43% restantes foram relacionados a outras lesões (FERREIRA, 1999; RIBEIRÃO PRETO, s.d.).

Em 1997, as doenças do aparelho circulatório em indivíduos com mais de 40 anos, foram responsáveis pela maioria das causas de internação. As neoplasias constituíram a segunda causa de internação dos 40 aos 69 anos (FERREIRA, 1999).

Na visão do MS, o desenvolvimento da tecnologia, o avanço da ciência, as medidas de prevenção às doenças cardiovasculares, às neoplasias e as causas externas,

ainda não foram suficientes para modificar o perfil epidemiológico dessas doenças, estimulando novas estratégias de planejamento das ações de saúde (BRASIL, 2001a).

## PEDIATRIA - Urgências e Emergências

### Crises Convulsivas

#### Introdução

Referem-se a episódios paroxísticos recorrentes de disfunção do sistema nervoso central, manifestando-se em forma de atividade involuntária motora e da alteração da consciência. Não se trata de uma doença, nem mesmo de uma síndrome, mas, antes disso de um sintoma complexo, decorrente de disfunção cerebral, resultando em descargas elétricas rápidas de um grupo de neurônios cerebrais, que, por sua vez, pode ser secundário a várias patologias de etiologias diversas. As características de cada convulsão vão determinar a sua classificação. Elas podem ou não ter atividade motora (denominadas convulsivas). A classificação aqui citada separa as convulsões em dois tipos fundamentais: as de origem focal ou parcial e as generalizadas, aparentemente sem origem focal. As parciais são divididas em simples, quando não há perda ou alteração da consciência, e complexas, quando ocorre a perda ou alteração da consciência (Quadro 1). Cerca de 25% das convulsões não são classificadas mesmo após uma anamnese bem-feita e apesar da experiência do examinador.

O estado de mal epilético (Status eplepticus – SE) é definido como qualquer convulsão que dure mais de 30 minutos, ou convulsões recorrentes durando mais de 30 minutos sem que haja retorno completo da consciência entre as crises. Como nas convulsões isoladas, o SE pode ser também não convulsivo, ou seja, sem atividade motora.

#### Generalizadas de origem não focal

- a. Tônico-clônica
- b. Tônica
- c. Clônica





d. Ausência

e. Atônica

f. Acinésica

g. Mioclônica

Parcial (focal)

b) Parcial simples com sintomatologia elementar (sem alteração da consciência)

c) Com sintomas motores

d) Com sintomas sensoriais (incluindo visual, olfatório, gustativo, vertigem)

e) Com sintomas autonômicos

f) Com sintomas psíquicos

g) Misto

Parcial complexa com sintomatologia complexa (com alteração da consciência)

a) Convulsão parcial simples seguida de perda da consciência

b) Com automatismos

Não classificadas

Etiologia das convulsões e do se de acordo com a idade

Período neonatal

- Anormalidades congênicas
- Distúrbios metabólicos (Hipoglicemia, hipocalcemia, hiponatremia) Erros inatos do metabolismo
- Infecção Tocotraumatismo, Hipoxia, hemorragia

Até os 6 anos

- Febre





- Pós traumatismo Infecções Tumores
- Tocotraumatismos
- Doenças metabólicas
- Síndromes neurocutâneas
- Doenças degenerativas cerebrais
- Toxinas

Toxinas e medicamentos que podem causar convulsões

- Hipoglicemiantes (Ex: Insulina, álcool)
- Alcalóides da beladona
- Anestésicos tópicos (lidocaína)
- Antidepressivos tricíclicos Cânfora
- Cianeto Cocaína Fenciclina (PCP)
- Isoniazida Metais pesados
- Monóxido de carbono
- Nicotina
- Overdose de anticonvulsivantes
- Pesticidas (Organofosforado)
- Simpaticomiméticos (anfetamina, fenilpropanolamina)
- Teofilina

CONDUTA NA CRISE CONVULSIVA

1- Anamnese e exame físico

- Como em qualquer situação de urgência, deve ser realizada simultaneamente ao exame físico e às medidas terapêuticas;



- Descrição pormenorizada da crise desde o início e dos fenômenos concomitantes, assim como os fenômenos pós-críticos, para classificar a mesma;
- História de TCE atual ou passado;
- História pregressa de epilepsia;
- História de doença de base;
- História do nascimento (por exemplo: partos distócicos, sofrimento fetal, hipoxemia, hiperbilirrubinemia, infecções, distúrbios metabólicos, convulsões);
- Desenvolvimento e crescimento;
- Intoxicação ou exposição a tóxicos;
- Uso de anticonvulsivantes e adesão ao tratamento;
- Derivação ventrículo peritoneal;
- Sinais ou sintomas de infecções.
- Exame físico
- Nível de consciência;
- Dados vitais: frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial;
- Coloração;
- Temperatura;
- Padrão respiratório;
- Estado hemodinâmico: ausculta cardíaca, frequência e qualidade dos pulsos, tempo de enchimento capilar;
- Postura;
- Lesões cutâneas sugestivas de alguma doença ou síndrome;
- Evidência de traumatismo craniano ou geral;

- Condição das fontanelas;
  - Sinais meníngeos;
  - Síndromes toxicológicas.
- 2- Tratamento da crise
- a) Posicionar a criança em posição semiprona ou em Tredenlemburg.
  - b) Aspirar secreções/Oferecer oxigênio na maior concentração possível.
  - c) Obter acesso venoso.
  - d) Medicamentos, pela via de acesso disponível.
    - i. Via venosa/Intraóssea: diazepam, midazolan, fenobarbital, hidantoinas.
    - ii. Via IM: midazolan via retal: diazepam
    - iii. Via intranasal: midazolan

#### ANTICONVULSIVANTES NO TRATAMENTO DAS CRISES CONVULSIVAS

| Classe            | Droga        | Início de ação | Duração     | Sintomas             |     |            |
|-------------------|--------------|----------------|-------------|----------------------|-----|------------|
|                   |              |                |             | cardiorrespiratórios | SNC | Interações |
| Benzodiazepínicos | Diazepam     | 1-3 min        | 5- 15 min   | +                    | +   | +          |
|                   | Midazolan    | 1-5 min        | 1-5 horas   | +                    | +   | +          |
|                   | Lorazepan    | 2-3 min        | 12-48 horas | +                    | +   | +          |
| Hidantoinas       | Fenitoína    | 10-30 min      | 12-24 horas | +                    | -   | -          |
|                   | Fosfenitoína | 10-30 min      | 12-24       | +-                   | -   | -          |

|              |                  |           | horas    |   |   |   |
|--------------|------------------|-----------|----------|---|---|---|
| Barbitúricos | Fenobarbita<br>l | 10-20 min | 1-3 dias | + | + | + |

O Diazepam, assim como os outros benzodiazepínicos, é altamente eficaz no controle das convulsões generalizadas motoras. O médico deve estar preparado para atuar sobre a depressão respiratória, tendo à mão uma unidade ventilatória, antes de iniciar a infusão venosa. Devido a seu curto tempo de ação, pode haver recorrência da crise. O medicamento não deve ser diluído. A dose utilizada é de 0,1 a 0,3 mg/Kg, sendo a dose máxima de 10 mg/dose e 40 mg/24 hs.

O Midazolan é seguro, sendo o único eficaz, até o momento, para aplicação também intramuscular quando outra via de infusão não estiver disponível. A dose recomendada é de 0,05-0,2 mg/Kg e pode ser repetida a cada dez a 15 minutos. A dose máxima é de 5 mg/dose. A via intranasal pode ser utilizada na ausência de outra via de administração.

Para infusão de Fenitoína, a monitorização ECG é recomendada, e a droga deve ser infundida bem lentamente. A dose é de 10-20 mg/Kg, e a administração correta é fundamental. Deve ser diluída em solução salina, e a velocidade de infusão deve ser menor que 1 mg/Kg/minuto, em crianças, e menor que 50 mg/minuto em adultos. A dose máxima é de 1 g em crianças e 1,5 g em adultos.

O Fenobarbital tem alto grau de eficácia na maioria das crises, inclusive febris e neonatais. As principais desvantagens estão no demorado tempo de início de ação e na significativa depressão do estado de consciência e respiratória, principalmente após dose prévia de diazepínico. A dose é de 10 a 30 mg/Kg, sendo a dose máxima de 1 g. A taxa de administração não deve exceder 1-2 mg/Kg/minuto em crianças e 100 mg/minuto em adultos.

O Lorazepan venoso e a Fosfenitoína ainda não se encontram disponíveis em nossos serviços.

## DOSES INTRAVENOSAS DE ANTICONVULSIVANTES

| Droga        | Dose                                          | Taxa de infusão            | Dose máxima               | Concentração sérica eficaz |
|--------------|-----------------------------------------------|----------------------------|---------------------------|----------------------------|
| Diazepam     | 0,1-0,3 mg/kg A cada 2 min se necessário.     | < 2 mg/min                 | 10 mg/dose<br>40 mg/24 hs | Não aplicável              |
| Midazolam    | 0,05-0,2 mg/kg                                | < 2 mg/min                 | 5 mg/dose                 | Não aplicável              |
| Lorazepam    | 0,05-0,1 mg/kg A cada 10-15min. se necessário | < 2 mg/min                 | 4 mg/dose                 | Não aplicável              |
| Fenitoína    | 10-20 mg/kg                                   | <1 mg/kg/min<br><50 mg/min | 1000 mg<br>10-20 mcg/mL   |                            |
| Fenobarbital | 10-30 mg/kg                                   | <1-2 mg/kg/min             | 1000 mg                   | 15-40 mcg/ml               |

Midazolam intramuscular: 0,2 mg/kg.

Diazepam retal: 0,5 mg/kg (máximo = 20 mg/dose); administrar através de uma sonda gástrica ou um cateter, introduzindo aproximadamente 4 a 6 cm.

Fosfenitoína: é outra opção para aplicação IM, na falta de um acesso venoso imediato.

Tratamento das causas específicas

Algumas etiologias tornam difícil o controle das convulsões se não eliminadas. Entre elas, podemos citar:

- Distúrbios eletrolíticos do sódio, potássio, magnésio, cálcio.
- Deficiência de Piridoxina, com reposição da mesma na dose de 50 a 100 mg EV.
- Drenagem de hemorragias intracranianas e outras condições cirúrgicas, se pertinentes.
- Intoxicações.

Exames complementares de valor na urgência:

1. Eletroencefalograma: pouco valor na urgência, a não ser no estado de mal epilético.
2. Radiografia do crânio: em raras exceções trata-se de uma urgência.
3. Líquor: na suspeita de infecção do SNC.
4. Dosagens séricas de glicose, cálcio, magnésio, fósforo e sódio, sempre indicadas no período neonatal ou quando houver suspeita de origem metabólica.
5. Screen metabólico: nas crises de difícil controle com suspeita de erros inatos do metabolismo.
6. Tomografia: crises parciais, exames neurológicos alterados, sinais de hipertensão intracraniana, crises de difícil controle.
7. Exames de triagem toxicológica quando houver suspeita de intoxicação.

Outros que dependerão das várias suspeitas diagnósticas possíveis.

Indicações de internação

1. no estado de mal epilético



2. encurtamento do tempo entre as crises
3. aumento da duração da crise
4. necessidade de caracterizar a crise
5. presença de infecção do SNC
6. presença de processos expansivos
7. período neonatal

#### Tratamento do estado de mal epiléptico

É fundamental iniciar o tratamento garantindo uma boa via aérea; se necessário, intubar para permitir uma boa ventilação e oxigenação. Deve ser obtido um acesso venoso seguro para infusão de drogas e, se necessário, restabelecer o volume circulatório. A monitorização dos dados vitais, assim como a oximetria de pulso e a eletrocardiográfica são sempre desejáveis. A abordagem deve ser organizada e agressiva para reduzir a morbidade e a mortalidade. Abordaremos aqui a conduta inicial e algumas medidas que, de preferência, deverão ser adotadas em um centro de terapia intensiva.

#### Abordagem do estado de mal epiléptico

- I. Garantir a estabilização do paciente
  1. Garantir via aérea pérvia; aspiração de secreções.
  2. Considerar intubação endotraqueal
  3. Imobilização da coluna cervical na suspeita de lesão da mesma
  4. Fornecer oxigênio na maior concentração possível (100%)
  5. Cânula oral ou nasofaríngea se necessário. Optar pela oral na presença de trauma
  6. Obter acesso vascular (venoso ou intraósseo)
  7. Sonda nasogástrica

II. Iniciar tratamento com anticonvulsivantes

Tem como objetivo atingir o efeito terapêutico em 30 a 60 minutos. Após infusão de cada droga, deve-se esperar tempo suficiente para que esta atinja seu nível terapêutico.

1- Iniciar infusão venosa com:

- Diazepam. Se a convulsão ceder, aplicar outro anticonvulsivante de ação mais prolongada para evitar recorrência.

2 - Caso não ceda, infundir:

- Fenitoína ou Fenobarbital.

Caso esteja difícil obter acesso vascular, administrar Midazolan intramuscular ou Diazepam retal.

3- Para casos refratários às drogas acima propostas iniciar:

- a) Anestesia geral induzida por barbitúricos ou anestésicos inalantes
- b) Suporte cardiorrespiratório: intubação traqueal e uso de relaxantes musculares
- c) Monitorização contínua cardiorrespiratória
- d) Oximetria de pulso
- e) Eletroencefalograma

Em geral, é utilizado o thionembital, que é um barbitúrico de ação ultracurta, com vida média de nove horas. A dose para criança é de 1 a 8 mg/Kg EV em “bolus”, seguida de infusão contínua de 1 a 14 mg/Kg/hora EV, devendo ser usada de acordo com os sintomas clínicos ou o aparecimento de efeitos adversos cardiovasculares. As doses de aminas vasoativas já devem estar calculadas e iniciadas conforme o acometimento cardiovascular, e, se esses efeitos não forem revertidos, a droga deverá ser suspensa. O tempo de uso dependerá dos sintomas clínicos e de controle eletroencefalográfico. O paciente, obrigatoriamente, deve ser intubado por via traqueal e receber assistência ventilatória.



## Asma

### Definição

É definida como uma condição clínica em que há uma piora progressiva da crise asmática, a despeito da instituição de tratamento adequado, podendo evoluir para a insuficiência respiratória.

### Avaliação inicial

Em todos os pacientes, a avaliação inicial deve seguir a sequência do “ABC” da reanimação. A anamnese e um exame físico mais detalhado devem ser realizados após garantirmos a estabilidade das vias aéreas, respiração e circulação. Em poucos segundos, é possível reconhecer a gravidade do quadro clínico e definir as prioridades do tratamento:

“A” – airway – vias aéreas: o paciente é capaz de manter sua via aérea pérvia? O estado mental do paciente é adequado para proteger a via aérea?

“B” – Breathing – respiração: qual o grau de dificuldade respiratória? O paciente está cianótico?

“C” – Circulation – circulação: como estão os pulsos e a perfusão?

A morbimortalidade da crise asmática está frequentemente associada ao não reconhecimento da gravidade da crise, a ações iniciais inadequadas e ao subtratamento.

### Anamnese

A anamnese deve ser direcionada para a detecção de fatores de risco que estão relacionados com o aumento da morbimortalidade do paciente com asma aguda grave:

- história prévia de crise asmática com necessidade de intubação e ventilação mecânica;
- história prévia de atendimento em serviço de urgência no último ano;
- uso crônico, suspensão recente ou diminuição de dose de corticoide;



- dependência de altas doses de  $\beta_2$  adrenérgico inalatório;
- asma associada a problemas psicossociais;
- baixa aderência ao tratamento de manutenção;
- não reconhecimento dos sintomas pelo paciente ou pelo médico;
- crianças menores de três anos.

## EXAME FÍSICO

### Sinais vitais

Temperatura: febre pode indicar infecção de vias aéreas superiores, pneumonia ou outro foco de infecção;

- Pulso: geralmente há taquicardia, mesmo antes do início do tratamento;
- Frequência respiratória: taquipnéia;
- Pressão arterial: permite avaliar a presença de pulso paradoxal (diferença de pressão sistólica  $> 10$  mmHg entre a inspiração e a expiração), o que indica comprometimento do débito cardíaco. A ausência de pulso paradoxal não exclui gravidade da crise e, no paciente pediátrico taquipneico, essa medida é difícil de ser feita, tornando esse sinal clínico bastante impreciso.

### Exame do tórax

- a) Inspeção do tórax: o aumento do diâmetro antero-posterior indica hiperinsuflação pulmonar;
- b) Uso de musculatura acessória: presença de batimento de asa de nariz, retração intercostal, retração do esterno cleido mastoideo e balanço tóraco-abdominal. Esses achados ao exame físico são os que mais se correlacionam com a gravidade da obstrução das vias aéreas;

c) Ausculta: presença de sibilos expiratórios nos casos leves, progredindo para sibilância inspiratória e expiratória nos casos moderados e silêncio respiratório nos casos graves. O achado de crepitações inspiratórias e expiratórias é comum nas crises moderadas e graves. Observa-se também aumento do tempo expiratório;

d) Palpação da região cervical e da parede torácica: a presença de crepitações à palpação indica enfisema subcutâneo, significando obstrução grave.

#### Exame cardiovascular

- Atenção deve ser dada à frequência cardíaca, ritmo cardíaco, presença de sopros, medida da pressão arterial, pulsos e perfusão.

#### Nível de consciência

- Alterações no estado de consciência, tais como agitação, confusão mental e obnubilação, indicam hipoxemia e hipercapnia graves, mas são sinais tardios.

#### Escore clínico

- Não há critérios únicos ou escores com poder preditivo que sejam aplicáveis a todos os pacientes. A literatura sugere alguns parâmetros que permitem a avaliação da gravidade da crise (Tabela 1).

| Parâmetros*   | Classificação                  |                |                |
|---------------|--------------------------------|----------------|----------------|
|               | Muito grave                    | Grave          | Moderada/leve  |
| Gerais        |                                |                |                |
|               | Cianose, sudorese, exaustão    | Sem alterações | Sem alterações |
| Estado mental | Agitação, confusão, sonolência | Normal         | Normal         |

|                                  |                                                                            |                                                                                   |                                               |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Dispneia                         | Grave                                                                      | Moderada                                                                          | Ausente/<br>leve                              |
| Fala                             | Frases curtas/monosilábicas<br>Lactente: maior dificuldade de alimentar-se | Frases incompletas/parciais<br>Lactente: choro curto, dificuldade de alimentar-se | Frases completas                              |
| Musculatura acessória            | Retrações acentuadas ou em declínio (exaustão)                             | Retrações subcostais e/ou esterno-cleido mastoideas acentuadas                    | Retração intercostal leve ou ausente          |
| Sibilos                          | Ausentes com MV diminuído/localizados ou difusos                           | Localizados ou difusos                                                            | Ausentes com MV normal/localizados ou difusos |
| Frequência respiratória (irpm)** | Aumentada                                                                  | Aumentada                                                                         | Normal ou aumentada                           |
| Frequência cardíaca              | > 140 ou bradicardia                                                       | > 110                                                                             | ≤ 110                                         |

|       |  |  |  |
|-------|--|--|--|
| (bpm) |  |  |  |
|-------|--|--|--|

|                                                        | Muito grave | Grave               | Moderada/leve |
|--------------------------------------------------------|-------------|---------------------|---------------|
| Pico de fluxo expiratório (PEF) (% melhor ou previsto) | < 30%       | 30% - 50%           | > 50 %        |
| SaO <sub>2</sub> (ar ambiente)                         | ≤ 90%       | 91% - 95%           | > 95%         |
| PaO <sub>2</sub> (ar ambiente)                         | < 60 mmHg   | Ao redor de 60 mmHg | Normal        |
| PaCO <sub>2</sub> (ar ambiente)                        | > 45 mmHg   | < 40 mmHg           | < 40 mmHg     |

Crianças menores de seis anos de idade, é recomendada a utilização dos critérios de Wood-Downes (Tabela abaixo). Escore 5 indica insuficiência respiratória iminente, e escore > 7 associados a PaCO<sub>2</sub> > 65 mmHg indicam insuficiência respiratória instalada.

| Variáveis                    | 0                    | 1                | 2                            |
|------------------------------|----------------------|------------------|------------------------------|
| PaO <sub>2</sub> (mmHg)      | 70 - 100/ar ambiente | < 70/ar ambiente | < 70 c/ FiO <sub>2</sub> 0,4 |
| Cianose                      | Ausente              | Em ar ambiente   | Com FiO <sub>2</sub> 0,4     |
| Murmúrio vesicular           | Normal               | Desigual         | → ou ausente                 |
| Uso da musculatura acessória | Ausente              | Moderado         | Máximo                       |
| Sibilos                      | Ausente              | Moderado         | Máximo                       |

|                       |        |                       |      |
|-----------------------|--------|-----------------------|------|
| expiratórios          |        |                       |      |
| Estado de consciência | Normal | Deprimido/<br>agitado | Coma |

#### Exames complementares

##### Testes da função pulmonar

- Incluem o pico de fluxo expiratório (PFE) e o volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) que são usados para quantificar o grau de obstrução e avaliar a resposta ao tratamento. Nem todos os pacientes estão familiarizados ou treinados para realizar tal procedimento, o que inviabiliza, sob o ponto de vista prático, a realização dessas medidas durante a crise.

##### Radiografia do tórax

- a) Os achados radiográficos têm pouca relação com a gravidade da crise, mas o exame está indicado em todo paciente grave, com o objetivo de definir a extensão de doença parenquimatosa associada, presença de pneumotórax e/ou pneumomediastino e para excluir outros diagnósticos (aspiração de corpo estranho e insuficiência cardíaca congestiva, por exemplo);
- b) Ao se indicar a realização da radiografia do tórax, deve-se tomar cuidado para que esse procedimento não acarrete atraso ou suspensão do tratamento e da monitorização;
- c) Os achados radiológicos incluem: hiper insuflação, espessamento Peri brônquico e áreas de atelectasias, que podem ser erroneamente interpretadas como pneumonia.

##### Saturação de oxigênio

- Deve ser mensurada em todo paciente, de preferência por oximetria de pulso. Essa medida é especialmente útil em crianças, porque a avaliação objetiva da função



pulmonar é difícil nessa faixa etária e uma saturação de oxigênio menor que 92%, em ambiente, sugere crise grave, que necessita de acompanhamento rigoroso e tratamento mais agressivo.

#### Análise dos gases arteriais

- a) Não deve ser feita rotineiramente, mas está sempre indicada na asma aguda grave e quando não há resposta ao tratamento inicial;
- b) O componente mais importante a ser avaliado é a PaCO<sub>2</sub>, cujos valores determinam a gravidade da crise. PaCO<sub>2</sub> entre 40 e 45 mmHg deve alertar o médico de que o paciente está em insuficiência respiratória;
- c) Hipoxemia (PaO<sub>2</sub> entre 60 e 80 mmHg) ocorre mesmo nas crises moderadas. PaO<sub>2</sub> menor que 60 mmHg indica insuficiência respiratória;
- d) A análise seriada dos gases arteriais é mais útil na avaliação da resposta ao tratamento do que a análise de uma amostra única.

#### Outros exames

- a) Dosagem sérica de eletrólitos: hipocalcemia pode ocorrer pelo uso de altas doses de  $\beta_2$  adrenérgico; hiponatremia como consequência de síndrome de secreção inapropriada de hormônio antidiurético;
- b) Glicemia: hiperglicemia pode ocorrer pelo uso de corticoides;
- c) Leucograma: leucocitose é um achado comum em razão do estresse, do uso de adrenérgicos e de corticoides.

### TRATAMENTO DA CRIANÇA NA UPA

#### Avaliação inicial

Exame físico rápido e relevante: frequência respiratória (FR), frequência cardíaca (FC), uso da musculatura acessória, dispneia, estado de consciência, cor, PFE e oximetria de



pulso. Se a medida de PFE e a oximetria não forem disponíveis, os critérios clínicos são adequados para avaliação da gravidade da crise.

#### Tratamento inicial

##### A. Oxigênio

- a) Deve ser administrado de acordo com a oximetria de pulso: SaO<sub>2</sub> 95%. Se isso não for possível, forneça oxigênio para todos os pacientes.
- b)  $\beta$ 2 agonistas de ação curta (salbutamol, fenoterol e terbutalina)
- c) Spray com espaçador/inaladores de pó ou nebulização.

| Nome                       | Apresentação e via de utilização                              | Dose                                                               |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Prednisona<br>Prednisolona | Comprimido de 5 e 20 mg<br><br>Sol. oral 5mg/5ml e 15 mg/ 5ml | 1 a 2 mg/kg – máximo de 40 mg<br><br>1 a 2 mg/kg – máximo de 40 mg |
| Metilprednisona            | Fr. ampola 40, 125 e 500 mg                                   | 1 a 2 mg/kg de 4/4 ou 6/6 h                                        |
| Hidrocortisona             | Fr. ampola 100 e 500 mg                                       | Dose de ataque: 8 mg/kg, seguida de 2 a 4 mg/kg de 6/6 h           |

#### Reavalie o paciente

Boa resposta: PFE > 70% do basal, diminuição da FR e FC, sibilos raros ou ausentes, ausência de dispneia ou uso de musculatura acessória, SaO<sub>2</sub> > 95% em ar ambiente.

Assim:

- a) Aumente o intervalo de  $\beta$ 2 agonista para cada duas horas;





- b) Mantenha o paciente em observação por no mínimo uma hora;
- c) Se o paciente se mantiver estável, dê alta para o domicílio, com orientação de uso de  $\beta_2$  agonista; considere o uso de corticoide oral e encaminhe para acompanhamento ambulatorial.

Resposta incompleta: PFE 40% a 70% do basal, aumento da FR e FC, sibilância leve ou moderada, dispneia e uso da musculatura acessória moderados, sem melhora da SaO<sub>2</sub>.

Assim:

- a) Continue a administração de  $\beta_2$  agonista a cada 20 minutos;
- b) Mantenha ou adicione corticoide;
- c) Reavalie o paciente em uma hora:
  - 1. Se o paciente apresentar boa resposta clínica, faça como descrito acima;
  - 2. Se o paciente apresentar resposta incompleta ou má resposta (PFE < 40% do basal, SaO<sub>2</sub> < 91% e os outros parâmetros sem melhora), mantenha o tratamento.

Sulfato de magnésio

- a) Não deve ser usado de rotina, mas há evidências na literatura de benefícios, inclusive para tratamento de crianças;
- b) Não há necessidade de monitorização adicional e não há relato de efeitos colaterais;
- c) Dose: 25 mg/kg diluído em 100 ml de NaCl 0,9%, via intravenosa em 20 minutos, máximo de 2 g.

## Bronquiolite

### Introdução

A bronquiolite é uma inflamação da mucosa do trato respiratório inferior, geralmente de etiologia viral. O vírus mais frequentemente envolvido é o vírus sincicial respiratório



(VSR), embora muitos outros possam levar a essa condição, como a influenza vírus, metapneumovírus, bocavírus, rinovírus, adenovírus etc. É a causa mais comum de infecção do trato respiratório inferior em crianças até os dois anos de idade, sendo o principal motivo de internação por causas respiratórias em lactentes.

Este texto é uma proposta para a abordagem diagnóstica e terapêutica dos lactentes com bronquiolite. É uma iniciativa do Núcleo de Pediatria Baseada em Evidências, com o intuito de fornecer ao corpo clínico revisões atualizadas da literatura médica sobre os temas mais prevalentes na prática pediátrica. Esperamos contribuir para melhorar ainda mais a qualidade do atendimento prestado aos pacientes desta instituição.

### Definições

**Bronquiolite:** Infecção aguda dos bronquíolos, geralmente de etiologia viral, caracterizada por aumento de secreção de muco, edema e necrose do epitélio da mucosa, associada ou não a broncoespasmo, com sintomatologia de obstrução das vias aéreas inferiores.

**Lactentes:** pacientes com idade entre 0 e 2 anos.

Estas recomendações se referem a pacientes saudáveis, excluindo-se aqueles com doenças pulmonares crônicas, cardiopatias congênitas cianogênicas ou com repercussão hemodinâmica e portadores de imunodeficiências.

### Diagnóstico

- Idade entre 0 e 2 anos
- Início agudo de sintomas respiratórios como coriza, tosse, espirros precedidos ou não de febre
- Taquipnéia, com ou sem insuficiência respiratória
- Sinais clínicos de obstrução das vias aéreas inferiores, como sibilos, expiração prolongada

Pontos importantes:

- O diagnóstico da bronquiolite é clínico, baseado nos critérios acima
- A oximetria deve ser realizada para os pacientes atendidos em hospitais
- A presença de estertores difusos à ausculta pulmonar é um achado frequente, não sendo patognomônico de pneumonia
- Lactentes nascidos com baixo peso, ou prematuros, podem se apresentar com apneia

#### Exames complementares

1. Pacientes com quadro clínico típico, sem sinais de insuficiência respiratória não necessitam de estudo radiológico do tórax
2. A radiografia de tórax pode ser realizada seguintes situações:
  - a. Quando há dúvida diagnóstica
  - b. Quando a evolução clínica não segue o padrão habitual
  - c. Para pacientes admitidos na UTI
3. Hemograma: não auxilia na diferenciação entre infecções virais e bacterianas
4. A incidência de infecção bacteriana grave em pacientes com bronquiolite é menor que 2%. Nos menores que 60 dias, pode chegar a valores em torno de 10%, sendo que infecção urinária é a causa mais comum de infecção bacteriana invasiva em todas as faixas etárias. Não é necessária à coleta de culturas para pacientes com quadro clínico típico de bronquiolite.
5. A triagem para vírus respiratórios deve ser solicitada para pacientes que necessitem de internação, devido a medidas de precaução (contato, gotículas ou ambas, dependendo da etiologia)

#### Tratamento

A maioria dos casos podem ser tratados em domicílio.



Critérios de admissão:

1. Sinais clínicos de insuficiência respiratória
2. Hipoxemia (<92%)
3. Letargia
4. Incapacidade de ingerir líquidos
5. Considerar admissão em pacientes de alto risco:
  - a. Lactentes jovens
  - b. Prematuros abaixo de 35 semanas
  - c. Portadores de displasia bronco pulmonar
  - d. Cardiopatias congênitas cianogênicas ou com repercussão hemodinâmica
  - e. Imunodeprimidos

## TERAPIA FARMACOLÓGICA

### Broncodilatadores

1. A maioria dos pacientes não se beneficia do tratamento com broncodilatadores.
2. Em pacientes com sinais de desconforto respiratório pode ser feito um teste terapêutico, particularmente naqueles com antecedentes pessoais ou familiares de atopia
3. A epinefrina também pode ser utilizada, devido a sua ação alfa e beta agonista.
4. A manutenção dessas medicações só se justifica se houver melhora clínica significativa após 30 minutos da administração da primeira dose. Sugere-se a avaliação de parâmetros objetivos, como frequência respiratória e saturação de oxigênio
5. Não há benefício no uso de brometo de ipatrópio em pacientes com bronquiolite



### Corticosteroides

1. O uso de corticoesteróides sistêmicos não é indicado no tratamento rotineiro dos pacientes com bronquiolite
2. Não há benefício no uso de corticoesteróides por via inalatória na fase aguda do tratamento de pacientes com bronquiolite
3. Não foi demonstrado benefício a longo prazo no uso de corticoesteróides inalatórios para prevenção de hiperreatividade brônquica pós bronquiolite viral.

### Antimicrobianos:

1. A ribavirina não deve ser utilizada no tratamento rotineiro dos pacientes com bronquiolite.
2. A ribavirina pode ser utilizada em pacientes com quadros muito graves ou em portadores de imunodeficiências graves, com bronquiolite causada por vírus sincicial respiratório, mediante confirmação etiológica.
3. O oseltamivir é liberado para uso em crianças acima de 1 ano de idade, e pode ser utilizado para o tratamento das infecções causadas pelo vírus Influenza em duas situações:
  - a. Pacientes de alto risco para infecção grave
  - b. Pacientes saudáveis com quadro clínico grave
  - c. O benefício do tratamento é maior quanto mais precocemente utilizado. Se iniciado até 12 horas do início dos sintomas, diminui o tempo de duração da doença em 3 dias. Se iniciado nos primeiros dois dias, diminui a duração em 1 dia.
4. Antibióticos não devem ser utilizados no tratamento de rotina da bronquiolite, exceto em infecções bacterianas documentadas. A presença de estertores faz parte do quadro clínico, e sua presença não caracteriza pneumonia bacteriana.

5. A otite média aguda é a complicação bacteriana mais frequente nos pacientes com bronquiolite, encontrada em cerca de 50% dos pacientes. O tratamento das otites agudas deve seguir a recomendação habitual, independente da presença da bronquiolite.

#### Anti-histamínicos

Descongestionantes, antitussígenos não devem ser utilizados em pacientes com bronquiolite.

#### TERAPIA NÃO FARMACOLÓGICA

1. Oxigênio: Pacientes com sinais de insuficiência respiratória devem receber oxigênio a fim de manter a saturação de oxigênio acima de 92%, e o mesmo deve ser retirado gradualmente, até que a saturação esteja consistentemente acima de 94% em ar ambiente.

2. Fisioterapia respiratória: o A fisioterapia respiratória por técnicas de vibração e/ou percussão não diminui o tempo de internação nos pacientes com bronquiolite. Os estudos avaliados não incluem pacientes em ventilação pulmonar mecânica, ou admitidos em unidades de terapia intensiva. Alguns guidelines recomendam a aspiração das vias aéreas superiores como uma medida eficaz.

3. Monitorização:

a. Pacientes em unidades de terapia intensiva devem ter monitorização cardíaca e respiratória constantes

b. Pacientes de alto risco devem permanecer com monitorização cardíaca e respiratória constantes

c. Pacientes internados na enfermaria com quadros moderados devem ser submetidos a reavaliações clínicas frequentes, bem como a medidas intermitentes da oximetria

d. A oximetria contínua em pacientes fora das unidades de terapia intensiva aumenta o tempo de internação

#### CRITÉRIOS DE ALTA

1. Sem necessidade de oxigênio – Saturação estável acima de 94% em ar ambiente por mais que 12 horas
2. Ingesta via oral acima de 75% do basal

#### PREVENÇÃO

##### Medidas gerais

1. Aleitamento materno: o incentivo do aleitamento materno é uma medida eficaz na prevenção de infecção pelo vírus sincicial respiratório, e diminui em um terço o risco de infecção do trato respiratório inferior
2. Tabagismo passivo: pacientes que convivem com tabagistas têm maior risco de desenvolver bronquiolite.
3. Lavagem das mãos: é uma medida eficaz na prevenção da disseminação da doença. O álcool gel é a medida mais eficaz. Deve ser adotada não somente em hospitais e clínicas, como também na comunidade, e no cuidado domiciliar de pacientes com infecção do trato respiratório.
4. Para pacientes, recomenda-se quarto privativo, com precauções de contato e para gotículas, ou seja, máscara comum, aventais e luvas descartáveis, bem como lavagem vigorosa das mãos antes e após o contato com o paciente.
5. Uma vez isolado o agente, adotar as medidas recomendadas para cada vírus.

#### CONDUTAS ESPECÍFICAS



1. Vacinação contra o vírus influenza, indicada para crianças a partir dos 6 meses. É uma medida eficaz na proteção contra o vírus influenza, embora este seja responsável por apenas uma pequena parcela dos casos de bronquiolite
2. Oseltamivir: o uso profilático é recomendado na estação de maior circulação do vírus em algumas situações
  - a. Proteção de crianças de alto risco, vacinadas, que não tiveram tempo de desenvolver a resposta imune. (See "Duration" below).
  - b. Proteção de crianças de alto risco em quem a vacinação é contraindicada
  - c. Proteção portadores de imunodeficiência em quem a resposta imune à vacina pode ser inadequada.
  - d. Proteção de contactantes não vacinados de crianças de alto risco
  - e. Controle de surtos de influenza em instituições fechadas
  - f. Dose profilática
    - ≤15 kg — 30 mg uma vez ao dia
    - >15 a 23 kg — 45 mg uma vez ao dia
    - >23 a 40 kg — 60 mg uma vez ao dia
    - >40 kg — 75 mg uma vez ao dia
3. Imunoglobulina contra vírus sincicial respiratório –Há evidências que justifiquem seu uso na prevenção de bronquiolite por vírus sincicial respiratório em grupos de alto risco, porém não há indicações precisas na literatura.
4. Palivizumab: imunoglobulina hiperimune contra o vírus sincicial respiratório Anticorpo monoclonal murino contra o vírus sincicial respiratório. Seu uso não previne a infecção pelo vírus sincicial respiratório, mas evita as formas graves na população de alto risco, para quem há indicação da sua utilização. Seu alto custo limita o uso em larga escala, mas o governo brasileiro disponibiliza esta medicação para as seguintes indicações:



- a. Menores de um ano nascidos prematuros abaixo de 28 semanas
- b. Menores de dois anos de idade portadores de:
  - i. Cardiopatias congênitas cianóticas
  - ii. Cardiopatias com hipertensão pulmonar grave
  - iii. Cardiopatias com repercussão hemodinâmica (em uso de medicação)
  - iv. Doença pulmonar crônica da prematuridade em uso de terapia medicamentosa nos 6 meses que antecedem a estação de pico (outono e inverno)
- c. A posologia é de 5 doses mensais (a cada 30 dias) de 15mg/kg via intramuscular

#### PACIENTE GRAVE

#### Sinais e sintomas de gravidade

Vários sinais e sintomas podem estar presentes, mas, algumas vezes, o evento pode ser súbito. Os pacientes podem apresentar sinais de choque, de insuficiência respiratória ou de piora de um quadro clínico preestabelecido.

A observação e a atenção dos profissionais de saúde e dos pais ou cuidadores da criança permitem a percepção de que “algo está errado”. A informação adequada durante a anamnese e o exame minucioso é que permitirão o diagnóstico precoce. A partir daí uma atenção diferenciada deve ser dada a esse paciente. As medidas iniciais a serem tomadas dependerão do quadro clínico, mas uma folha de PCR (TABELA 1) deve ser preenchida, a estabilização do paciente deve ser mantida (através de suporte básico e, se necessário, avançado). O exame deve ser sequencial e frequente, adotando-se a avaliação pelo “ABC” (TABELA 2). Os dados devem ser anotados em prontuário médico.

| Drogas                                                        | Dose/via administração                                                           | Cálculo                                                                                                                                                               | Prescrição                                                                                                                           |          |              |           |          |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------|-----------|----------|
| Epinefrina 1:1000 (1ml/1mg)                                   | 1ª dose: 0,01 mg/kg<br>Et ou demais doses 0,1mg/kg<br><br>*rn: 0,01 a 0,03 mg/kg | 1ª dose: 0,1 ml/kg (1:10.000) - peso x 0,1<br>**et ou demais doses: 0,1 ml/kg (1:1.000) - peso x 0,1<br>*rn: 0,1 a 0,3 ml/kg (1:10.000) - peso x 0,1 a 0,3 (1:10.000) | 1ª dose: diluir 1ml de epinefrina em 9 ml de ad e fazer _____ ev ou io.<br><br>* et ou demais doses: _____ não diluir (exceto em rn) |          |              |           |          |
| Bicarbonato de sódio 8,4%                                     | 1ml/kg (sol. 1:1 com ad) - ev/io                                                 | P e p                                                                                                                                                                 | Diluir _____ de nahco, 8,4% em _____ de ad e fazer _____ ev/io lento                                                                 |          |              |           |          |
| Glicose 50% (1ml/0,5g)                                        | 2ml/Kg da sol. 1:1 EV/IO                                                         | P x 2 da sol. 1:1                                                                                                                                                     | Diluir _____ de SGH 50% em _____ de AD e fazer _____ EV/IO                                                                           |          |              |           |          |
| Atropina (1ml/0,5 mg)                                         | 0,02 mg/kg lo/ev/et                                                              | P x 0,04                                                                                                                                                              | Sem diluir, fazer _____ ev/io/et<br>Mínimo de 0,2 ml/ máximo de 1ml para crianças e 2 ml para adolescentes                           |          |              |           |          |
| Gluc. Cálcio 10% (1ml/ 9 mg cat+elementar)                    | 1-2 ml/kg (sol. 1:1 com ad) ev lento                                             | P x 1                                                                                                                                                                 | Diluir _____ de glucaca 10% em _____ de ad e fazer ev/io lento em 10 minutos.<br>Máximo: 10ml de glucaca 10%                         |          |              |           |          |
| (1ml/5000mcg)                                                 | mcg/kg/min Ev/io                                                                 | 5000                                                                                                                                                                  | _____ de sgi 5% e infundir ev a _____ ml/hora (conc. Máx. 1:2)                                                                       |          |              |           |          |
| Dobutamina (1 ml/12500 mcg)                                   | 1-20 mcg/kg/min Ev/io                                                            | Dose x p x 24 hs x 60 min ÷ 5000                                                                                                                                      | Diluir _____ de dobutamina em _____ de sgi 5% e infundir ev a _____ ml/hora (conc. Máx. 1:2)                                         |          |              |           |          |
| Epinefrina contínua (1ml/1000 mcg)                            | 0,05-1 mcg/kg/min Ev/io                                                          | Dose x p x 24hs x 60 min ÷ 1000                                                                                                                                       | Diluir _____ de epinefrina em _____ de sgi 5% e infundir ev a _____ ml/hora (conc. Máx. 1:20)                                        |          |              |           |          |
| Norepinefrina contínua (1ml/1000mcg)                          | 0,05-0,5mcg/kg/min Ev/io                                                         | Dose x p x 24hs x 60 min ÷ 1000                                                                                                                                       | Diluir _____ de norepinefrina em _____ de sgi 5% e infundir ev a _____ ml/hora (conc. Máx. 1:20)                                     |          |              |           |          |
| <b>Drogas para Intubação Endotraqueal/Sedação/Curarização</b> |                                                                                  |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                      |          |              |           |          |
| Fentanil 1 ml/50 mcg                                          | Rn / lactente: 2 mcg/kg<br>Criança maior: 1 mcg/kg Ev/io                         | P x 0,06<br>P x 0,02                                                                                                                                                  | Diluir _____ de fentanil em 3 ml de ad e infundir ev lento em 3 minutos.<br>Antagonista: naran 0,4mg/ml-0,1mg/kg                     |          |              |           |          |
| Midazolam 3 ml/15mg/10ml/50mg                                 | 0,2 mg/kg Ev/io/in                                                               | P x 0,04                                                                                                                                                              | Fazer _____ ev lento, em 1 min.<br>Antag.: lanexat 0,1mg/ml - 0,05 mg/kg                                                             |          |              |           |          |
| Succinilcolina 5 ml/100mg                                     | 1 mg/kg Ev                                                                       | P x 0,05                                                                                                                                                              | Fazer _____ ev<br>Duração da ação: 10 minutos                                                                                        |          |              |           |          |
| Pancurônio 1 ml/ 2 mg                                         | 0,05 - 0,1mg/kg Ev                                                               | Px0,025<br>Px 0,05                                                                                                                                                    | Fazer _____ ev<br>Duração de ação: 40-60 minutos                                                                                     |          |              |           |          |
| Atracurium 2,5 ml/ 25 mg                                      | 0,5 mg/kg Ev                                                                     | P x 0,05                                                                                                                                                              | Fazer _____ ev<br>Duração de ação: 30-45 minutos                                                                                     |          |              |           |          |
| Cetamina 50 mg/ml                                             | 2mg/kg                                                                           | Px0,04                                                                                                                                                                | Fazer _____ ev<br>Duração de ação: 15 minutos                                                                                        |          |              |           |          |
| <b>Equipamentos para intubação endotraqueal</b>               |                                                                                  |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                      |          |              |           |          |
| Idade                                                         | RNPT                                                                             | RNT                                                                                                                                                                   | 0-6 meses                                                                                                                            | 1-2 a    | 4-6 a        | 8-10 a    | >12 anos |
| Tubo                                                          | 2,0-3,0                                                                          | 3,0-4,0                                                                                                                                                               | 3,5-4,5                                                                                                                              | 4,0-4,5  | 5,0-5,5      | 5,5-6,0   | 7,0-7,5  |
| Lamina                                                        | 0/reta                                                                           | 0-1/reta                                                                                                                                                              | 1-2/reta                                                                                                                             | 1-2/reta | 2 reta/curva | 2-3/curva | 3/curva  |
| Sonda Aspira                                                  | 5-6                                                                              | 6                                                                                                                                                                     | 8                                                                                                                                    | 8        | 10           | 12        | 12       |

TABELA 2 - ABC

A = Airway (Abertura de vias aéreas)

B = Breathing (Ventilação)

C = Circulation (Circulação)

Os sinais e sintomas de alerta na criança e no adolescente devem ser avaliados (TABELA 3), assim como nos neonatos (TABELA 4) e nos lactentes (TABELA 5). Devemos estar atentos aos diagnósticos diferenciais nos lactentes e aparência séptica (TABELA 6). A medida da pressão arterial deve ser avaliada, estando atentos para se manter a PA sistólica acima do percentil 5 (TABELA 7).

TABELA 3

SINAIS DE ALERTA DE GRAVIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

|                                      |                                                                                                                                               |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Frequência respiratória</b>       | Maior que 60 irpm em qualquer faixa etária.<br>Bradipnéia                                                                                     |
| <b>Esforço respiratório</b>          | Batimentos de aletas nasais, gemência, retração esternal, tiragens intercostais ou subdiafragmáticas ou subcostais, balanço tóraco-abdominal. |
| <b>Palpação de pulsos</b>            | Finos, muito rápidos, ausentes, muito cheios                                                                                                  |
| <b>Frequência cardíaca</b>           | RN: <80-100 ou >200 bpm<br>0-1 ano: <80-100 ou >180 bpm<br>Crianças: <60-80 ou >120 bpm<br>Adolescentes: < 60 ou > 110 bpm                    |
| <b>Pressão arterial</b>              | Pressão sistólica menor que o percentil 5; pressão sistólica ou diastólica maior que o percentil 90                                           |
| <b>Cianose</b>                       | Presença de cianose                                                                                                                           |
| <b>Hipóxia</b>                       | Pode ser notada através de saturimetria, palidez cutânea, alteração do sensorio, sinais de má circulação.                                     |
| <b>Alteração de consciência</b>      | Não estar reconhecendo os pais, confusão mental, sonolência, irritabilidade, prostração                                                       |
| <b>Diminuição do débito urinário</b> | Sinal de hipovolemia ou choque.                                                                                                               |

|                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Fatores pré-partos</b>                         | <b>Fatores maternos:</b> idade materna <16 anos ou >35 anos, doenças maternas (por exemplo: cardiovasculares, renais, neurológicas, da tireóide), uso de medicamentos (por exemplo: lítio, magnésio, bloqueadores adrenérgicos), uso de drogas ilícitas pela mãe, ausência de pré-natal, hemorragia, morte fetal ou neonatal prévia, mãe com infecção, hipertensão crônica ou induzida pela gravidez, anemia ou imunização.<br><b>Fatores fetais:</b> Bradicardia fetal, prematuridade, crescimento intra-uterino restrito, líquido amniótico meconial, diagnóstico prévio de má formação, gemelaridade, pós-termo, atividade fetal ou do neonato diminuída, oligohidrânio, apresentação pélvica no parto, maturidade pulmonar. |
| <b>Fatores intra-partos ou Pós-parto imediato</b> | <b>Intra-partos:</b> parto de urgência em local não apropriado, parto operatório, rotura prolongada de membranas, prolapso de cordão umbilical, apresentação pélvica ou anormal, sedação materna, líquido amniótico meconial, trabalho de parto prolongado, sinais de sofrimento fetal, descolamento de placenta ou ruptura uterina.<br><b>Pós-parto imediato:</b> parto de urgência em local não apropriado, mecônio em vias aéreas, neonato que não responde a estimulação (secagem, aquecimento e aspiração), neonato em apnéia ou com movimentos respiratórios inefetivos, frequência cardíaca ausente ou bradicardia, tônus muscular diminuído, cianose central ou periférica, má formação não diagnosticada previamente.  |
| <b>Neonato</b>                                    | <b>"RN que não vai bem":</b> dificuldade respiratória, presença de sopros ou arritmias cardíacas, hipocitvidade ou hiperatividade, alteração do tônus muscular, febre ou hipotermia, vômitos, alterações metabólicas ou hidroeletrólitos, crises convulsivas, prematuridade ou baixo peso ao nascer, pouco ganho ou perda de peso, distensão abdominal, cianose ou palidez, icterícia, alterações urinárias, atraso na eliminação de mecônio, sucção débil ou má aceitação do leite materno, cãibras durante alimentação gástrica ou entérica, movimentos anormais, má formação não diagnosticada previamente.                                                                                                                  |

TABELA 4 – SINAIS DE ALERTA EM RN

TABELA 5 – SINAIS DE ALERTA NO LACTENTE

|                                 |                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sintomas e sinais gerais</b> | Prostração, letargia, hiporexia, vômitos, febre alta difícil de ceder, sono alterado, desidratação, palidez, edema, cianose, icterícia.                                                                       |
| <b>Gastrointestinais</b>        | Diarréia, ausência de eliminação de fezes, distensão abdominal.                                                                                                                                               |
| <b>Renais</b>                   | Poliúria, anúria, ou oligúria.                                                                                                                                                                                |
| <b>Neurológicas</b>             | Déficits motores ou sensitivos, alteração do estado mental.                                                                                                                                                   |
| <b>Cardiovasculares</b>         | Aumento do tempo de reenchimento capilar, pulsos periféricos muito amplos e cheios ou finos e de baixa amplitude, taquicardia ou bradicardia, pressão arterial abaixo do percentil 5 ou acima do percentil 90 |
| <b>Respiratórias</b>            | Bradipnéia, taquipnéia, dificuldade respiratória, diminuição da entrada de ar nos pulmões, estridor laringeo.                                                                                                 |

TABELA 6 – DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS LACTENTE APARÊNCIA SÉPTICA

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Distúrbios hematológicos</b>   | Anemia<br>Metemoglobinemia<br>Anemias hemolíticas<br>Distúrbios de coagulação                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Doenças infecciosas</b>        | Meningite asséptica<br>Sífilis congênita<br>Infecções virais<br>Dengue                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Distúrbios metabólicos</b>     | Fibrose cística<br>Hipo ou hiperglicemias<br>Desidratação<br>Intoxicações<br>Defeito do ciclo da uréia<br>Outras doenças metabólicas congênitas                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Doença neurológica</b>         | Botulismo<br>Hemorragia intracraniana<br>Lesões isquêmicas cerebrais                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Distúrbios genitourinários</b> | Uropatias obstrutivas<br>Infecções urinárias<br>Pielonefrites                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Maus tratos e Violência</b>    | Pensar quando houver sinais de: síndrome do bebê sacudido, lesões ósseas em diversos estágios de consolidação, atraso no desenvolvimento, desnutrição, anemia grave e súbita, sinais de lesões traumáticas, sinais de abuso sexual, história familiar conturbada, local de moradia ou da escola violento, doença psiquiátrica ou distúrbios emocionais em familiares. |

TABELA 7 - PERCENTIL 5 PARA PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA (LIMITE INFERIOR)

| Idade                     | Percentil 5 para pressão sistólica  |
|---------------------------|-------------------------------------|
| RN                        | 60 mmHg                             |
| Até 1 ano de idade        | 70 mmHg                             |
| De 1 a 10 anos de idade   | $70 + (\text{idade} \times 2)$ mmHg |
| Acima de 10 anos de idade | 90 mmHg                             |

### Conduta

Uma história sucinta com dados relevantes à história da doença atual deve ser colhida rapidamente. É também importante saber se o paciente é portador de doença crônica, se está usando medicamento contínuo ou fazendo algum tratamento médico. Após estabilização, uma história detalhada deve ser colhida.

Dependendo de uma avaliação sumária do “ABC”, as medidas de suporte de vida, se necessárias, devem ser tomadas (TABELA 8). As medidas terapêuticas específicas devem ser instituídas de acordo com a doença determinante. A oxigenoterapia deve ser iniciada nos pacientes gravemente enfermos até que o quadro clínico seja esclarecido e



a monitorização da saturimetria, se possível, seja instituída. Devem ser avaliadas: necessidade de intubação traqueal e de ventilação mecânica; a monitorização da frequência cardíaca, da PaCO<sub>2</sub>, da pressão venosa central.

Tabela 8 SEQUÊNCIA DE MANOBRAS DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA

|                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Verificar o estado de consciência. Pedir AJUDA. Ativar o SME.                                                                                                                                                                     |
| 2. <b>"A" Abrir vias aéreas</b> - Inclinação da cabeça e elevação do queixo. Em caso de trauma proteger a coluna cervical com a manobra de abertura de vias aéreas com elevação do ângulo da mandíbula.                              |
| 3. <b>"B". Verificar respiração:</b> "Ver, Ouvir, Sentir".<br>Se estiver respirando: colocá-la em posição de recuperação.<br>Se não estiver respirando: 2 ventilações efetivas e lentas                                              |
| 4. <b>Ventilar</b> o paciente: usar unidade ventilatória com máscara                                                                                                                                                                 |
| 5. <b>"C" Circulação</b><br>Checagem de pulso:<br>Se os sinais de circulação estão presentes: ofereça suporte ventilatório. Se os sinais de circulação estão ausentes, inicie as compressões torácicas intercaladas com respirações. |

Exames complementares devem ser solicitados dependendo do quadro clínico do paciente. Em quadros infecciosos: hemograma completo, PCR, culturas, sorologias específicas, urina rotina, radiografias, líquido, ultrassonografia, tomografias. Em caso de alteração renal: ureia, creatinina, ionograma. Se insuficiência respiratória: gasometria arterial, radiografia de tórax. A gasometria arterial pode auxiliar no diagnóstico e classificação da gravidade do quadro (TABELA 9). Caso o paciente esteja desidratado gravemente, ele deve ser reidratado antes da coleta da gasometria arterial, do hemograma e do ionograma. Outros exames que podem ser necessários: dosagem de sódio urinário, prova de função hepática, coagulograma, estudos hemodinâmicos, ecocardiograma, dosagem de tóxicos, ureia e creatinina. Algumas medidas adicionais podem estar indicadas: medida da diurese (pesagem da fralda, coletor urinário, sonda uretral), cálculo de ânions gap, monitorização da pressão intracraniana).

Contatos, se necessário, com os serviços de transporte e de atendimento para suporte avançado de vida ou internação em enfermaria devem ser mantidos. O paciente tem que ser estabilizado para o transporte. Os familiares ou responsáveis devem ser

comunicados sobre a gravidade do caso. O acompanhamento médico é obrigatório e regulamentado por lei do Conselho Federal de Medicina.

TABELA 9 - GASOMETRIA NA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

|                                    | PaO <sub>2</sub>       | PaCO <sub>2</sub>   |
|------------------------------------|------------------------|---------------------|
| Fase inicial compensada            | Normal                 | Diminuído (<35mmHg) |
| Fase intermediária                 | Diminuído (<60-55mmHg) | Normal              |
| Fase avançada acidose respiratória | Diminuído (<50-60mmHg) | Aumentado (>45mmHg) |

## Politraumatismo

### Introdução

O tratamento de uma vítima de trauma grave requer avaliação rápida das lesões e instituição de medidas terapêuticas de suporte de vida, com uma abordagem sistematizada, através da “avaliação inicial”, que inclui:

1. Preparo para o atendimento
2. Triagem
3. Exame primário (ABCDEs)
4. Reanimação
5. Medidas auxiliares ao exame primário e à reanimação
6. Exame secundário (da cabeça aos pés) e história
7. Medidas auxiliares ao exame secundário

8. Reavaliação e monitoração contínuas após a reanimação

9. Cuidados definitivos

A primeira hora após o acidente é considerada a “hora de ouro”, estando intimamente relacionada à sobrevida e prognóstico da criança.

#### Preparação

1. FASE PRÉ-HOSPITALAR:

A equipe de atendimento pré-hospitalar deve agilizar de maneira significativa o tratamento no local do trauma, devendo ser estruturado de tal maneira que a Unidade que irá receber o paciente seja notificado antes que ele seja removido, pela equipe de resgate, da cena do acidente. Nessa fase, deve ser dada ênfase à manutenção das vias aéreas, ao controle dos sangramentos externos e do choque, à imobilização do doente e ao transporte imediato a Unidade apropriada mais próxima, sendo que todo esforço deve ser realizado para abreviar a permanência no local do acidente. Também deve-se dar ênfase à obtenção de informações necessárias à triagem para o encaminhamento a Unidade, tais como: hora do trauma; eventos relacionados ao trauma e a história do doente.

#### Triagem

A triagem é a classificação dos pacientes de acordo com o tipo de tratamento necessário e os recursos disponíveis, sendo baseado nas prioridades ABCs (A – Vias aéreas e controle da coluna cervical, B – Respiração, C – Circulação, com controle da hemorragia). A triagem também se aplica à classificação dos pacientes no local e na escolha da Referência para o qual o paciente deverá ser transportado.

#### VÍTIMAS MÚLTIPLAS

O número de doentes e a gravidade das lesões não excedem a capacidade de atendimento da Unidade. Nessa situação, os pacientes com risco de vida iminente, assim como aqueles com traumatismos multissistêmicos, terão prioridade de atendimento.





## SITUAÇÕES DE DESASTRES

O número de pacientes e a gravidade das lesões excedem a capacidade de atendimento da Unidade e da equipe. Nessa situação, os pacientes com maiores possibilidades de sobrevivência, cujo atendimento implica em menor gasto de tempo, de equipamento, de recursos e de pessoal, serão atendidos primeiro.

### Exame primário

Os pacientes são avaliados e as prioridades de tratamento são estabelecidas de acordo com suas lesões, seus sinais vitais e mecanismos da lesão. O tratamento do paciente deve consistir em um exame primário rápido, onde as condições que implicam em risco de vida devem ser identificadas e seu tratamento deve ser instituído simultaneamente à reanimação das funções vitais, seguindo o ABCDE abaixo citado

- A. Vias aéreas com proteção da coluna cervical
- B. Respiração e ventilação
- C. Circulação com controle da hemorragia
- D. Incapacidade, estado neurológico
- E. Exposição/Controle do ambiente: Despir completamente o paciente, com prevenção da hipotermia.

### A. MANUTENÇÃO DE VIAS AÉREAS COM PROTEÇÃO DA COLUNA CERVICAL

As vias aéreas devem ser avaliadas para assegurar a sua permeabilidade. Essa rápida avaliação deve identificar sinais de obstrução das vias aéreas, incluindo o diagnóstico quanto à presença de corpos estranhos e fraturas faciais, mandibulares ou tráqueo-laríngeas. Todas as manobras para estabelecer a perviabilidade das vias aéreas devem ser feitas com proteção da coluna cervical. Como primeira medida, é recomendada a manobra de “levantamento de queixo” (chin lift) ou de “anteriorização da mandíbula” (jaw thrust).



Se o doente está inconsciente e não tem reflexo de deglutição, a utilização de uma cânula orofaríngea pode ser adequada em caráter temporário. Entretanto, se houver qualquer dúvida sobre a capacidade do doente manter a perviabilidade de sua via aérea ou se escala de Glasgow for menor que oito, deve-se estabelecer uma via aérea definitiva.

A cavidade oral deve ser avaliada e, no caso da presença de secreções, estas devem ser aspiradas através de sondas flexíveis no caso de secreções fluidas, ou sondas rígidas no caso de secreções espessas, sempre com o cuidado de não introduzir a sonda profundamente na cavidade orofaríngea devido ao risco de reflexo vagal e estímulo de vômitos.

Durante a avaliação e a manipulação das vias aéreas, deve-se ter cuidado para evitar a movimentação excessiva da coluna cervical. A cabeça e o pescoço do doente não devem ser hiper estendidos, hiper fletidos ou rodados com o intuito de estabelecer ou manter uma via aérea pérvia. Com base na história do trauma, deve-se suspeitar da perda de estabilidade da coluna cervical. A proteção da coluna cervical deve ser feita e mantida com uso de dispositivos apropriados de imobilização. Esses dispositivos usados devem ser mantidos até que seja excluída, completamente, uma lesão da coluna cervical.

## B. RESPIRAÇÃO E VENTILAÇÃO

A permeabilidade das vias aéreas, por si só, não significa ventilação adequada. Uma troca adequada de gases é necessária para que seja possível a oxigenação e a eliminação de dióxido de carbono num grau máximo. Uma boa ventilação exige um funcionamento adequado dos pulmões, da parede torácica e do diafragma. Cada componente deve ser avaliado e examinado rapidamente.

A avaliação da respiração e ventilação consta de:

1. Inspeção: procura de desvio da traquéia, deformidades, contusões, equimoses, perfurações, ferimentos, esforço respiratório, frequência respiratória, expansibilidade e simetria do tórax;



2. Palpação: procura de enfisema subcutâneo, hematomas, crepitações, dor ou fraturas de arcos costais;
3. Percussão: avaliação da simetria, presença de timpanismo ou macicez;
4. Ausculta: avaliação da presença de crepitações, roncos, sibilos, diminuição ou abolição dos sons respiratórios.

O controle definitivo das vias aéreas em pacientes que as têm comprometidas com fatores mecânicos, problemas ventilatórios, ou que estão inconscientes, é obtido através da intubação endotraqueal, por via nasal ou oral. Esse procedimento deve ser realizado com proteção contínua da coluna cervical. Caso a intubação oral ou nasal esteja contraindicada ou não seja possível, deve ser adotada uma via aérea cirúrgica.

- A intubação nasotraqueal está contraindicada nos casos de TCE, devido à possibilidade de fratura de base do crânio.

O pneumotórax hipertensivo compromete dramaticamente e de modo agudo a ventilação e a circulação; quando suspeito, deve ser tratado imediatamente por descompressão torácica.

Todo doente traumatizado deve receber oxigenoterapia suplementar. Se não for intubado, o doente deve receber oxigênio através de sistemas que garantam uma oxigenação máxima. O uso do oxímetro de pulso é uma medida valiosa para assegurar que a saturação da hemoglobina seja adequada.

#### C. CIRCULAÇÃO COM CONTROLE DA HEMORRAGIA

Algumas considerações devem ser feitas com relação a esse tópico.

1. Volume sanguíneo e débito cardíaco.

A hemorragia é a principal causa de mortes pós-traumáticas evitáveis através de um rápido tratamento. A hipotensão em pacientes traumatizados deve ser considerada como hipovolêmica até provarem o contrário. Portanto, é essencial a avaliação rápida e precisa do estado hemodinâmico do paciente traumatizado. Os elementos clínicos que oferecem informações importantes dentro de poucos segundos são:



### 1.1 Nível de consciência

Quando o volume sanguíneo está diminuído, a perfusão cerebral pode estar criticamente prejudicada, resultando em alteração do nível de consciência; no entanto, um paciente consciente também pode ter perdido uma quantidade significativa de sangue.

### 1.2 Cor e temperatura da pele e enchimento capilar

Um paciente traumatizado com pele de coloração rósea, especialmente na face e extremidades, raramente está criticamente hipovolêmico; a coloração acinzentada ou pálida da face e extremidades é sinal evidente de hipovolemia. Uma perfusão maior que três segundos indicam má perfusão tecidual.

### 1.3 Pulso

Um pulso central de fácil acesso (femoral ou carotídeo) deve ser examinado bilateralmente para se avaliar a sua qualidade, frequência e regularidade. Pulsos periféricos cheios, lentos e regulares são, usualmente, sinais de normovolemia relativa em doente que não esteja em uso de bloqueadores beta-adrenérgicos. Pulso rápido e filiforme é habitualmente um sinal de hipovolemia. Uma frequência normal de pulso não é garantia que o paciente esteja normovolêmico. Quando irregular, o pulso costuma ser um alerta para um potencial disfunção cardíaca. A ausência de pulso central, não relacionada a fatores locais, significa a necessidade de uma ação imediata de reanimação para restaurar o déficit sanguíneo e o débito cardíaco, evitando, assim, a morte do paciente.

### 1.4 Pressão arterial

Sistólica mínima aceitável

- Acima de 60 mmHg RNT
- Acima de 70 mmHg durante o primeiro ano de vida
- Acima de 70 mmHg, (idade em anos X 2) em crianças de 1 a 9 anos de idade

- Acima de 90 mmHg em crianças acima de 10 anos de idade

#### 1.5 Ausculta cardíaca

Avaliação das bulhas cardíacas quanto ao ritmo, fonese, presença de bulhas abafadas, arrítmicas ou ritmo de galope.

#### 1.6 Jugulares e fígado

Avaliar se existe ingurgitamento jugular e se existe hepatomegalia

### 2. Sangramento

Hemorragias externas são identificadas e controladas no exame primário. Uma rápida perda sanguínea externa é controlada exercendo-se pressão manual direta sobre o ferimento. Os torniquetes não devem ser utilizados, pois causam esmagamento de tecidos, além de provocarem isquemia distal.

Hemorragias dentro do tórax, abdome, em partes moles ao redor de fraturas graves de ossos longos, no espaço retroperitoneal em decorrência de fratura pélvica ou como resultado de ferimentos penetrantes do tronco são as causas mais comuns de perdas ocultas de sangue.

Todo paciente politraumatizado que apresente instabilidade hemodinâmica deve ser avaliado por um cirurgião o mais rápido possível.”

No mínimo, devem ser inseridos dois cateteres venosos de grosso calibre. A velocidade máxima dos fluidos administrados é determinada pelo diâmetro interno do cateter e é inversamente proporcional ao seu comprimento. Não depende do calibre da veia em que o cateter é colocado. É preferível iniciar por punções venosas periféricas nos membros superiores. O uso de outras veias periféricas, de dissecções e punções de veias centrais deve ser feito de acordo com as necessidades e levando-se em consideração a habilidade do médico responsável pelo doente.

Assim que a veia for puncionada ou cateterizada, devem ser retiradas amostras de sangue para tipagem sanguínea e prova cruzada e para exames laboratoriais de rotina.



Deve ser iniciada a administração intravenosa vigorosa de fluidos com soluções salinas, de preferência aquecidas a 37º-40º. Os hemoderivados não devem ser aquecidos.

O estado de choque que se associa ao trauma é, na maioria das vezes, de origem hipovolêmica. Caso o doente não apresente resposta à infusão rápida inicial de fluidos, pode ser necessária a administração de sangue tipo específico. Se o sangue do tipo específico não estiver disponível, deve ser considerado como substituto o sangue tipo O com baixos títulos de anticorpos ou o sangue O negativo. O choque hipovolêmico não deve ser tratado com vasopressores, esteróides ou bicarbonato de sódio, ou pela infusão contínua de cristalóides e de sangue. Se a perda de sangue continua, ela deve ser controlada por uma intervenção cirúrgica. O processo de reanimação cirúrgica oferece ao cirurgião a oportunidade de interromper o sangramento, em complementação à restauração e à manutenção do volume intravascular.

#### D. INCAPACIDADE (AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA)

No final do exame primário, realiza-se uma avaliação neurológica rápida. Essa avaliação estabelece o nível de consciência do doente, assim como o tamanho da pupila e sua reação. Uma maneira mnemônica simples de avaliar o nível de consciência do paciente é o método AVDN.

A - Alerta

V - Verbaliza

D - Só responde à dor

N - Não responde a nenhum estímulo

A escala de coma de Glasgow é uma avaliação neurológica mais pormenorizada, rápida, simples e que pode ter relação com prognóstico e a evolução do doente. Essa avaliação pode ser feita ao invés do AVDN. Se não realizada durante o exame primário, a escala de coma de Glasgow deve ser feita como parte de uma avaliação neurológica mais pormenorizada.



O rebaixamento do nível de consciência pode representar diminuição na oxigenação e/ou na perfusão cerebral ou ser resultado de um trauma direto ao cérebro. A alteração do nível de consciência implica em necessidade imediata de reavaliação da ventilação, da oxigenação e da perfusão. Deve-se ainda avaliar a simetria e reatividade das pupilas, assim como movimentação dos quatro membros.

#### E. EXPOSIÇÃO/CONTROLE DO AMBIENTE

O doente deve ser totalmente despido, usualmente cortando-se as roupas para facilitar o acesso adequado e o exame completo. Após terem sido removidos os trajes do doente e ter sido completada a avaliação, é imperativo que o doente seja protegido com cobertores aquecidos ou com dispositivos de aquecimento externo para prevenir a ocorrência de hipotermia no serviço de emergência.

### MEDIDAS AUXILIARES AO EXAME PRIMÁRIO E À REANIMAÇÃO

#### MONITORAÇÃO ELETROCARDIOGRÁFICA

A monitoração eletrocardiográfica é necessária em todos os traumatizados. A presença de arritmias, incluindo taquicardias inexplicáveis, fibrilação atrial, extrassístoles ventriculares e alterações no segmento ST, podem indicar trauma cardíaco contuso. A atividade elétrica sem pulso, (anteriormente denominada dissociação eletromecânica), pode indicar tamponamento cardíaco, pneumotórax hipertensivo e/ou hipovolemia profunda. Quando há bradicardia, condução aberrante ou extrassístoles, deve-se suspeitar imediatamente de hipóxia ou hipoperfusão. A hipotermia extrema também provoca essas arritmias.

A oximetria de pulso é um método auxiliar valioso na monitoração do paciente.

#### SONDAS URINÁRIAS E GÁSTRICAS

##### 1. Sondas Urinárias

O débito urinário é um indicador sensível da volemia do paciente e reflete a perfusão renal. A monitoração do débito urinário é realizada de forma mais adequada pela



inserção de uma sonda vesical de demora. A cateterização transuretral da bexiga é contraindicada nos casos em que se suspeita de uma secção uretral.

A lesão uretral deve ser suspeitada quando há:

1. sangue no meato peniano
2. equimose perineal
3. sangue no escroto
4. deslocamento cranial da próstata ou ela não é palpável ao toque retal
5. fratura pélvica

Dessa maneira, a sondagem urinária não deve ser tentada antes que seja realizado um exame do reto e genitália. Quando há suspeita de lesão da uretra, deve ser confirmada através de uma uretrografia retrógrada antes que a sonda seja inserida.

## 2. Sondas Gástricas

A sonda gástrica está indicada para reduzir a distensão gástrica e para diminuir os riscos de aspiração. A descompressão do estômago diminui o risco de aspiração, porém não a evita completamente. Caso haja fraturas ou mesmo suspeitas de fraturas da placa crivosa, a sonda gástrica deve ser passada por via oral para evitar que seja introduzida acidentalmente dentro do crânio. Nessa situação, qualquer instrumentação nasofaríngea é potencialmente perigosa.

## RADIOGRAFIAS E PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS

A utilização de radiografias deve ser feita de maneira racional e de modo a não retardar a reanimação do doente. As radiografias anteroposteriores (AP) do tórax e da pelve podem oferecer informações úteis para guiar os esforços de reanimação nas vítimas de trauma fechado. A radiografia de tórax pode detectar lesões capazes de ameaçar a vida do doente e que exigem tratamento, e as radiografias pélvicas podem evidenciar fraturas que indicam a necessidade de transfusões sanguíneas precoces. Uma radiografia lateral da coluna cervical que demonstre uma lesão é um achado





importante, enquanto, quando negativa ou tecnicamente inadequada, não exclui a presença de uma lesão de coluna cervical.

O lavado peritoneal diagnóstico e a ultrassonografia abdominal constituem-se em instrumentos úteis para a detecção rápida de sangramento oculto intra-abdominal. A identificação precoce da fonte de perda sanguínea pode indicar a necessidade do controle cirúrgico da hemorragia.

#### Exame secundário

O exame secundário só deve ser iniciado após se completar o exame primário (ABCDEs). Esse exame é um exame físico do doente traumatizado da cabeça aos pés, isto é, uma história clínica e um exame físico completo, incluindo a reavaliação de todos os sinais vitais. Cada região do corpo deve ser examinada por completo. Durante essa avaliação devem ser feitas as radiografias indicadas. Esses estudos radiográficos podem ser realizados em qualquer momento do exame secundário.

#### HISTÓRIA

Toda avaliação médica completa deve incluir uma história dos mecanismos do trauma. A utilização do código “AMPLA” é uma fórmula mnemônica útil para alcançar essa finalidade.

A - Alergia

M - Medicamentos de uso habitual

P - Passado médico/Prenhez

L - Líquidos e alimentos ingeridos recentemente

A - Ambiente e eventos relacionados ao trauma

As condições do doente são fortemente influenciadas pelo mecanismo do trauma. O pessoal do atendimento pré-hospitalar pode fornecer valiosas informações quanto a tais mecanismos e deve reportar os dados pertinentes ao médico atendente. Alguns

tipos de lesões podem ser suspeitados de acordo com a direção da força e a quantidade de energia desprendida.

## EXAME FÍSICO

### 1. Cabeça

O exame secundário começa com a avaliação da cabeça e com a identificação de todas as lesões relacionadas e significativas. Toda a cabeça e o couro cabeludo devem ser examinados à procura de lacerações, contusões ou evidências de fraturas. Visto que o edema periocular pode dificultar um exame ulterior mais pormenorizado, os olhos devem ser reavaliados para determinar:

- a. Acuidade visual
- b. Tamanho da pupila
- c. Hemorragias do fundo e conjuntiva
- d. Lesões penetrantes
- e. Lentes de contato (remover antes que ocorra edema)
- f. Deslocamento do cristalino
- g. Encarceramento ocular

### 2. Face

Os traumatismos da face, quando não estão associados à obstrução das vias aéreas ou a sangramentos importantes, só devem ser tratados após a completa estabilização do doente e quando as lesões que trazem risco de vida estiverem totalmente controladas.

### 3. Coluna Cervical e Pescoço

Doentes com trauma craniano e maxilo-facial devem ser considerados como portadores de lesão instável de coluna cervical (fraturas e/ou lesões de ligamentos). Seu pescoço deve ser imobilizado até que sua coluna cervical tenha sido estudada por completo e tenham sido excluídas possíveis lesões. A ausência de déficit neurológico não exclui



lesão da coluna cervical, e este tipo de lesão deve ser presumido até que um estudo radiológico completo tenha sido revisado por um médico com experiência na detecção radiológica de fraturas cervicais.

O exame de pescoço inclui inspeção, palpação e ausculta. Dor ao longo da coluna cervical, enfisema subcutâneo, desvio da traquéia e fratura da laringe podem ser evidenciados em um exame mais detalhado. As artérias carótidas devem ser palpadas e auscultadas para verificar a presença de frêmitos e sopros. Evidências de traumas fechados na projeção desses vasos devem ser procuradas e, se presentes, devem alertar para a possibilidade de lesão da artéria carótida. Oclusão ou dissecação da artéria carótida podem ocorrer tardiamente após uma lesão, sem sinais ou sintomas precursores. A maioria das lesões vasculares cervicais são produzidas por ferimentos penetrantes. Entretanto, um trauma cervical fechado ou uma lesão por tração devido a cinto de segurança podem produzir ruptura da íntima, dissecação e trombose.

Ferimentos cervicais penetrantes podem lesar diferentes órgãos e sistemas. O achado de sangramento arterial ativo, hematoma em expansão, frêmito arterial; ou comprometimento da via aérea freqüentemente exige avaliação cirúrgica. Paralisia isolada ou inexplicada de uma extremidade superior deve levantar a suspeita de lesão de raiz de nervo cervical e deve ser documentada cuidadosamente.

#### 4. Tórax

A inspeção visual do tórax, em sua face anterior e posterior, permite identificar lesões como pneumotórax aberto e grandes segmentos instáveis. Uma avaliação completa do tórax requer a palpação de toda a caixa torácica, incluindo clavículas, costelas e esterno. A pressão esternal é dolorosa se o esterno estiver fraturado ou quando há disjunção costochondral. Contusões e hematomas da parede torácica devem alertar o médico para a possibilidade de lesões ocultas. Lesões torácicas significativas podem manifestar-se por dor, dispneia ou hipóxia. A avaliação inclui a ausculta e radiografia do tórax. O murmúrio vesicular é auscultado na parte anterossuperior do tórax para a identificação do pneumotórax e na face posterior das bases para detecção de hemotórax. Os achados auscultatórios podem ser de difícil avaliação em um ambiente barulhento, mas podem



revestir-se de extrema utilidade. Bulhas abafadas e pressão de pulso diminuída podem indicar um tamponamento cardíaco. O tamponamento cardíaco e o pneumotórax hipertensivo podem ser sugeridos pela presença de distensão das veias do pescoço, embora a hipovolemia associada possa diminuir ou mesmo abolir esse sinal. A diminuição do murmúrio vesicular, o timpanismo, a percussão e o choque podem ser os únicos sinais de um pneumotórax hipertensivo e da necessidade da descompressão torácica imediata.

A radiografia do tórax confirma a presença do hemotórax ou pneumotórax simples. As fraturas de costelas podem estar presentes e não serem visualizadas nas radiografias. Alargamento do mediastino e o desvio da sonda para a direita podem sugerir ruptura de aorta.

#### 5. Abdome

As lesões abdominais devem ser identificadas e tratadas de maneira agressiva. O diagnóstico específico não é tão importante quanto a identificação da presença de uma lesão e a necessidade de corrigi-la cirurgicamente.

Doentes com hipotensão inexplicada, lesões neurológicas, alteração do sensório decorrente do uso do álcool e/ou drogas e com achados abdominais duvidosos devem ser considerados como candidatos a uma lavagem peritoneal, a uma ultrassonografia abdominal ou, caso estejam hemodinamicamente normais, a uma tomografia computadorizada do abdome com contraste intravenoso e intragástrico. As fraturas de pelve e das últimas costelas também podem dificultar o diagnóstico preciso e a interpretação dos achados do exame do abdome, pois a palpação abdominal pode despertar dor neste local.

#### 6. Períneo/Reto e Vagina

O períneo deve ser examinado à procura de contusões, hematomas, lacerações e sangramento uretral.

O toque retal deve ser realizado antes da introdução do caráter urinário. Especificamente, o médico deve avaliar a presença de sangue na luz intestinal, a



existência de próstata alta e flutuante, a presença de fraturas pélvicas, a integridade da parede do reto e a tonicidade do esfíncter.

Nas doentes do sexo feminino, o toque vaginal é parte fundamental do exame secundário. O médico deve avaliar a presença de sangue na vagina e a existência de lacerações vaginas. Além disso, um teste de gravidez deve ser realizado em todas as mulheres em idade fértil.

#### 7. Sistema musculoesquelético

As extremidades devem ser inspecionadas para verificar a presença de contusões e deformações. A palpação dos ossos pesquisando dor ou movimentos anormais ajuda na identificação de fraturas ocultas.

Lesões vasculares significativas de extremidade podem existir sem que seja possível identificar fraturas quer no exame físico quer na radiografia. A ruptura dos ligamentos provoca instabilidade da articulação. A lesão de tendões interfere com a movimentação ativa da estrutura afetada. Perdas da sensibilidade ou da contratilidade muscular voluntária podem ser decorrentes de uma lesão nervosa ou de isquemia, incluindo a resultante de síndrome compartimental.

O médico deve lembrar que a avaliação musculoesquelética não é completa sem o exame de dorso do doente. Se o dorso não for examinado, lesões significativas podem passar despercebidas.

#### 8. Sistema Nervoso

Um exame neurológico abrangente não inclui apenas uma avaliação sensorial e motora das extremidades, mas também a reavaliação do nível de consciência e do tamanho e da resposta da pupila do paciente. A escala de coma de Glasgow facilita a identificação precoce de alterações no estado neurológico.

Qualquer evidência de perda de sensibilidade, paralisia ou fraqueza sugere lesão grave de coluna ou do sistema nervoso periférico. O déficit neurológico, quando identificado, deve ser documentado mesmo quando for necessária a transferência para outra Unidade ou para outro especialista. A imobilização de todo o doente, usando pranchas

longas, colares cervicais semirrígidos e/ou outros aparelhos de imobilização cervical, deve ser mantida até que as lesões de coluna tenham sido excluídas. A proteção da medula é obrigatória continuamente até que sejam descartadas lesões de coluna e especialmente quando o doente é transferido.

Nos doentes com lesões neurológicas é necessário um parecer precoce do neurocirurgião. Se um doente com traumatismo craniano piora do ponto de vista neurológico, a oxigenação e a perfusão do cérebro e a adequação da ventilação (ABCDE) devem ser reavaliadas. Pode ser necessária uma intervenção neurocirúrgica ou a adoção de medidas que visem à redução da pressão intracraniana.

#### Medidas auxiliares ao exame secundário

Durante o exame secundário, podem ser realizados testes diagnósticos especializados para identificar lesões específicas. Eles incluem: radiografias adicionais da coluna e das extremidades, tomografia computadorizada da cabeça, tórax, abdome e coluna; urografia excretora e arteriografia; ultrassonografia transesofágica; broncoscopia; esofagoscopia e outros procedimentos diagnósticos. Quando os equipamentos para a realização desses procedimentos não estão disponíveis de imediato, torna-se necessário o transporte de doentes para outras áreas da Unidade.

#### Reavaliação

O doente traumatizado deve ser reavaliado constantemente para assegurar que fatos novos não passem despercebidos e para identificar o agravamento de anormalidades já conhecidas.

O alívio da dor é uma parte importante do manuseio do traumatizado. Muitas lesões, especialmente musculoesqueléticas, produzem dor e ansiedade no doente consciente. A analgesia, para ser efetiva, requer geralmente a utilização de opiáceos intravenosos ou ansiolíticos. Injeções intramusculares devem ser evitadas. Esses agentes devem ser administrados cautelosamente e em pequenas doses para alcançar o nível desejado de conforto para o doente e alívio da ansiedade, evitando, ao mesmo tempo, a depressão respiratória e o mascaramento de lesões sutis ou de mudança no estado do doente.

## Tratamento definitivo

O tratamento definitivo começa após a identificação das lesões do paciente, resolvendo-se os problemas que implicam em risco de vida e tendo-se em mãos os resultados de exames especializados.

## TRANSFERÊNCIA

Se as lesões do doente excedem a capacidade da instituição em fornecer tratamento adequado, o processo de transferência deve ser iniciado tão logo tal necessidade seja identificada. O atraso em transferir o doente a uma instituição dotada de recursos mais adequados pode aumentar significativa- mente os riscos de mortalidade.

## Traumatismo Cranioencefálico

O Traumatismo Cranioencefálico (TCE) é um importante problema de saúde pública nas crianças e adultos jovens, apesar de a maioria dos traumatismos serem considerados leves e não necessitarem de intervenção médica. Ocorre um alto índice de morbidade e mortalidade nessa faixa etária.

Segundo estatísticas americanas, a taxa de novos casos de trauma craniano chega a 200 por 100 mil habitantes entre crianças abaixo de 15 anos de idade e 340 por 100 mil habitantes entre adolescentes e adultos jovens. Cerca de 12% das crianças com TCE necessitam de cuidados médicos e, destas, 2% são hospitalizadas, acarretando 100 mil internações pediátricas nos EUA por ano. A taxa de mortalidade é de cerca de 10% (compare-se com a mortalidade por leucemia, segunda causa de morte na infância – de cerca de 2%). Os meninos são acometidos duas vezes mais que as meninas, tendo também maior probabilidade de seu TCE ser grave ou fatal.

Consequentemente, o custo para o tratamento do TCE nos EUA tem sido uma importante preocupação, pois cada criança gasta mais de US\$ 10milhões, implicando em mais de US\$ 1 bilhão por ano de despesas. Além do mais, as implicações sociais que esse problema gera vão além dos gastos públicos. Embora a maioria das crianças com TCE grave fiquem dependentes permanentemente, as que têm um trauma menos grave

apresentam sequelas mais sutis, como dificuldades neuropsicológicas, predispondo ao insuficiente rendimento escolar, dificuldade de se empregarem, além de desajustes sociais.

#### Mecanismo de trauma na infância

O TCE na infância difere do adulto em vários aspectos, além de variar com a faixa etária. Podemos incluir, ainda, os traumatismos do período neonatal, decorrentes do trabalho de parto (céfalo-hematomas, fraturas de crânio, hemorragias intracranianas).

Alguns autores relatam que o abuso infantil (ou trauma não-acidental) é a causa mais importante de TCE nas crianças entre dois e quatro anos de idade. Entretanto, é difícil determinar a real causa desses traumas, pois eles podem estar incluídos entre as quedas ou outras causas de relevância “menor”. O abuso infantil é superado apenas pelos acidentes automobilísticos na população pediátrica. E as quedas estão entre as causas mais comuns de TCE nas crianças entre dois e quatro anos (da própria altura, escadas, camas e, no nosso meio, das lajes). Outro tipo de acidente muito comum é o de queda de objetos sobre a cabeça das crianças, tais como televisões.

Já entre os escolares, as quedas tornam-se menos frequentes, sendo os acidentes de trânsito os mais importantes, principalmente os que envolvem bicicletas, com alta taxa de acidentes fatais.

Traumas penetrantes estão relacionados com quedas sobre objetos cortantes, mas também com acidentes automobilísticos. Surpreendentemente, nos últimos anos, temos observado mais traumatismos decorrentes por arma de fogo.

#### Considerações anatômicas

Há características próprias na infância que devem ser consideradas quanto ao traumatismo cranioencefálico. Deve estar claro que as diferenças estruturais em relação às do adulto interferem na sua resposta ao agente agressor. Apesar do peso do neonato equivaler a apenas 15% daquele do adulto, o cérebro compreende 15% do total do peso ao nascimento, em relação a 3% do adulto. O tecido cerebral imaturo



crece rapidamente, atingindo cerca de 75% do peso do adulto aos dois anos de idade e 90% aos seis anos. O conteúdo de água diminui com a idade, assim como a distribuição neuronal e dendrítica vai interferir nos mecanismos bioquímicos de resposta ao trauma.

Também devemos considerar as diferentes estruturas anatômicas para classificar o TCE:

1. LESÕES DE COURO CABELUDO: são aquelas próprias das lacerações e contusões da pele, céfalo-hematoma do neonato e hematoma subgaleal.
2. LESÕES ÓSSEAS: as fraturas que acometem o crânio na convexidade e nas bases. Quanto às de convexidade, podemos encontrar as lineares, as diástases de suturas, as fraturas-afundamentos e as fraturas em crescimento. Estas últimas são características da criança menor de um ano de idade, onde há uma laceração da dura-máter subjacente a uma fratura, criando-se uma “fístula” liquórica para um tecido de aracnoide que fica encistado nas bordas da fratura (conhecido também como cisto leptomeníngeo).
3. LESÕES INTRACRANIANAS: podem ser intra ou extra-axiais, de acordo com sua localização em relação à superfície do sistema nervoso central.

Dentre as intraaxiais, temos os hematomas intraparenquimatosos, contusões e lacerações cerebrais, cisalhamento dos axônios, hemorragias ventriculares. As extra-axiais ainda podem ser extras ou intradurais. Temos a hemorragia subaracnóide, os hematomas extradural e subdural.

#### Classificação do TCE

A principal classificação dos traumatismos cranioencefálicos é baseada na sua gravidade. Para tanto, é necessário conhecer a Escala de Coma de Glasgow modificada para crianças. Os itens avaliados são os mesmos do que se sabe para adultos, diferindo apenas na interpretação verbal mais adequada para a população pediátrica.

#### ABERTURA OCULAR

4 – Espontânea 3 – ao chamado 2 – à dor 1 – ausente



#### RESPOSTA MOTORA

6 – Obedece às ordens 5 – localiza estímulo 4 – flexão inespecífica 3 – decortica

2 – Descerebra 1 – ausente

#### RESPOSTA VERBAL

5 – Adequada à idade, fixa e segue, sorriso social 4 – choro consolável

3 – Persistentemente irritável 2 – letárgica 1 – ausente

De acordo com a pontuação, Cooper classifica o TCE em:

1- LEVE: Glasgow entre 13 e 15 pontos

2- MODERADO: Glasgow entre 9 e 12 pontos

3- GRAVE: Glasgow entre 3 e 8 pontos

Entretanto, para melhor compreender o TCE, é importante entender o que significam traumas primário ou secundário e traumas focais e difusos.

Por trauma primário, temos os efeitos imediatos e irreversíveis da dissipação de energia do agente agressor. Isso inclui: a ruptura neuronal e glial direta, o trauma vascular e as lacerações próprias de um agente penetrante no tecido cerebral. A natureza do trauma primário vai depender do mecanismo e da quantidade de energia transferida ou dissipada para o tecido nervoso.

Em contrapartida, após os eventos desencadeados pelo insulto inicial, alguns podem acelerar novas lesões celulares. Esta “cascata” de eventos constitui o que se chama de trauma secundário. Muitos fatores contribuem para o dano cerebral secundário: hipotensão arterial, hipóxia, distúrbios hidroeletrólíticos etc., que vão perpetuando novas lesões secundárias.

Daí, baseando-se nessa cadeia de eventos, é que se atua hoje na interrupção dos danos subsequentes:



A- Prevenindo a isquemia cerebral, especialmente pelo controle da pressão intracraniana e mantendo a pressão arterial normal;

B- Mantendo substrato energético (oxigênio e glicose);

C- Prevenindo distúrbios metabólicos e infecciosos que podem resultar em mais danos cerebrais.

Traumas focais incluem as contusões, lacerações, hematomas traumáticos, desvios das estruturas cerebrais por compressão das lesões expansivas ou por traumas penetrantes. Por traumas difusos, temos as concussões cerebrais, a lesão axonal difusa, o brain swelling e as lesões secundárias, a hipóxia e isquemia.

Existem algumas particularidades na diferenciação dessas lesões nas crianças. O hematoma intraparenquimatoso traumático é raro no grupo pediátrico. A patogênese dessa lesão ainda é incerta, mas parece tratar-se de ruptura dos vasos arteriais centrais. O diagnóstico diferencial com as contusões se faz pela falta de continuidade do hematoma com a superfície do cérebro. O tratamento cirúrgico só deve ser considerado se há hipertensão intracraniana descontrolada, pois não se observa diferença na evolução das lesões já causadas nas estruturas atingidas.

Os traumas penetrantes muitas vezes podem passar despercebidos. Devido à pequena espessura do crânio da criança, especialmente a região temporal, assoalho das órbitas e da fossa nasal, objetos podem por aí penetrar e um edema no local de entrada pode mascarar a ferida puntiforme. Isso é comum com pedaços de madeira, lápis, vidro e objetos afiados. O diagnóstico frequentemente é tardio quando se encontram sinais de hipertensão intracraniana por hemorragias ou abscessos, ou ainda fístula líquórica. Quando o trajeto da lesão possibilitar uma lesão vascular, deve-se fazer um estudo angiográfico para se descartar um aneurisma traumático.

Hematoma extradural é uma lesão muito pouco frequente na população pediátrica (1,5% a 3,5%, segundo Choux). Diferentemente dos adultos, que têm o clássico sangramento por lesão da artéria meníngea média, a hemorragia epidural na infância é atribuída ao sangramento da díploe ou venoso dural. Devido à demora do início dos

sintomas (muito comum nessa faixa etária), a anemia pode ser o primeiro sinal dessa lesão. Ainda há a possibilidade do extravasamento pela linha de fratura craniana, devido à pequena espessura óssea, o que ainda retarda o diagnóstico.

O hematoma subdural é pouco frequente na infância predomina na faixa neonatal (trauma de parto) ou por abuso infantil. Quando ele aparece, é predominante antes dos três anos de vida. O hematoma subdural agudo é acompanhado de lesão cerebral difusa, o que explica a persistência da hipertensão intracraniana, apesar de sua evacuação cirúrgica.

Quanto ao hematoma subdural crônico, é comum como resultado de um abuso, como sequela de recuperação de um trauma grave ou após procedimento de drenagem por uma derivação craniana (para tratamento cirúrgico de hidrocefalia).

Referindo-se aos traumas difusos, é importante salientar que o tecido cerebral imaturo tolera menos a hipotensão arterial do que a hipóxia. Isso pode ser explicado pela menor exigência metabólica do tecido cerebral imaturo. Pode-se também entender por que as crianças mais novas têm melhor recuperação de traumas graves em relação às mais velhas.

Brain swelling parece ser mais comum no grupo pediátrico em relação aos adultos. Entretanto, é a maior causa de deterioração e ameaça à vida depois de um trauma leve ou moderado.

### Abuso infantil

Também conhecido como “Shaking-Impact Injuries of Infancy”, “Shaken-Baby Syndrome”, Síndrome da Criança Espancada. É considerada a maior causa de mortalidade traumática infantil após acidentes automobilísticos. Mesmo em estatísticas americanas, a real incidência do trauma não acidental permanece desconhecida. Tem-se atribuído cerca de 10% dos traumas cranianos nas crianças abaixo de dois anos de idade.



O quadro clínico se caracteriza por hematoma subdural agudo e hemorragia subaracnóide, hemorragia retiniana e focos de neoformação óssea das regiões epifisárias de ossos longos. O mecanismo da lesão cerebral ainda é incerto, mas trabalhos recentes descrevem a necessidade de um trauma contuso associado, e não apenas atribuído a forças de aceleração e desaceleração abruptas.

O diagnóstico é baseado nas evidências clínicas descritas, além de muita suspeição, quando a história do trauma é desproporcional aos achados das lesões traumáticas. Infelizmente, muitas vezes os profissionais dos serviços de urgência não estão preparados para fazer o diagnóstico com sinais sutis, tais como: precário estado de higiene e nutrição, atraso no desenvolvimento, lesões de partes moles e ósseas em diferentes estados de cicatrização ou queimaduras.

É importante que as autoridades competentes sejam acionadas quando se suspeita de um abuso infantil, para que a criança seja protegida dos fatores agressores, muitas vezes, os próprios cuidadores.

Quanto às lesões neurológicas, devem ser tratadas assim que identificadas, a mais comum é o hematoma subdural. A evolução não é satisfatória: 7% a 30% dos pacientes morrem; 30% a 50% apresentam sérios déficits cognitivos e neurológicos; apenas 30% têm uma oportunidade de recuperação boa.

### Pequenos Ferimentos

Trauma é, genericamente, a lesão de um tecido em sua integridade anatômica e vitalidade celular. Pode ser produzido por agentes físicos (mecânicos, térmicos, elétricos e irradiantes), químicos (cáusticos) e biológicos (substâncias venenosas).

Os traumatismos superficiais constituem a maior parte do atendimento de cirurgia ambulatorial. A maioria deles é de origem extrínseca, acidental e doméstica. A prevenção é indiscutivelmente a maior arma contra essas lesões, e a maioria poderia ser evitada com medidas simples de cuidados com as crianças.

### Classificação



O critério mais aceito para se classificar as feridas se baseia no grau de acometimento, podendo ser superficiais, quando acometem apenas pele e tecido celular subcutâneo, ou profundas, quando acometem fáscias, músculos e estruturas nobres, como nervos, tendões, vasos, ossos e vísceras. Quanto à solução de continuidade, podem ser fechadas (contusões leves, edemas traumáticos, equimoses, hematomas e seromas superficiais) ou abertas (feridas).

As feridas podem ser classificadas em:

#### QUANTO À NATUREZA DO AGENTE:

1. Ferida incisa: o agente vulnerante é cortante, produzindo ferida linear e com bordas regulares.
2. Ferida contusa: o agente é de superfície geralmente romba, produzindo feridas irregulares, com bordas traumáticas (ferida corto-contusa, ferida perfuro-contusa).
3. Ferida perfurante: o objeto é fino e pontiagudo, produzindo lesão puntiforme ou linear com bordas regulares ou não.
4. Ferida penetrante: o objeto é pontiagudo e penetra numa cavidade natural do organismo.
5. Ferida transfixante: é uma ferida perfurante em que o agente penetra e atravessa um tecido ou órgão em toda sua espessura.

#### QUANTO À CONTAMINAÇÃO:

1. Ferida limpa: há um grau mínimo de contaminação bacteriana.
2. Ferida suja: é uma ferida contaminada com possibilidade de infecção.
3. Ferida infectada: já houve proliferação de microrganismos, com processo infeccioso.

#### QUANTO À COMPLEXIDADE:

1. Ferida simples: pequenos ferimentos sem perda tecidual, sem contaminação.



2. Ferida complexa: feridas irregulares com perda de substância, esmagamento e corpos estranhos inclusos.

#### Tratamento

As lesões superficiais podem ser tratadas com fechamento primário (sutura imediata), fechamento primário retardado (ferida com mais de oito horas de evolução em que, após quatro dias de observação constatando ausência de infecção, realiza-se sutura) e fechamento por segunda intenção (quando a ferida aberta se fecha naturalmente).

O mais importante no tratamento das feridas não é propriamente o tipo de sutura, a espessura do fio etc., e sim toda a preparação para a realização dele. Higienização exhaustiva com soro fisiológico, retirada de corpos estranhos e tecido desvitalizado, hemostasia e degermação da área vizinha com PVPI ou clorexidine a 2%. A técnica cirúrgica tem que ser asséptica, evitando contaminação do procedimento. “É preferível deixar uma ferida aberta, porém bem limpa, do que suturar sem os cuidados descritos.” Para limpar bem, a ferida geralmente necessita estar anestesiada para conforto do paciente. Pequenos ferimentos normalmente são tratados com anestesia local simples, sem sedação.

A criança não cooperativa, até a idade de quatro a cinco anos (em geral), deve ser contida, podendo ser enrolada em lençóis, e, de preferência, deve estar em companhia dos pais ou responsáveis. Dependendo da estrutura a ser suturada cuja imobilidade precise ser absoluta, como na lesão de pálpebras, por exemplo, a criança deveria ser sedada ou, em casos selecionados, receber anestesia geral.

#### Anestesia

A anestesia utilizada nos pequenos ferimentos é a anestesia local em suas várias modalidades (infiltração local, bloqueio de campo e bloqueio regional). Se não há um grau de contaminação intenso, devem-se infiltrar as bordas por dentro da ferida, perpendicular à borda, com pontos equidistantes, até a infiltração completa da ferida,

percebida pela tumescência dela; isso diminui a dor e a quantidade de anestésico utilizada.

O anestésico mais utilizado é a Lidocaína com a dose máxima de 5mg/ kg nas crianças. Doses maiores podem provocar sonolência, depressão do miocárdio e do sistema de condução cardíaca e ainda convulsões.

### Sutura

O fio mais utilizado para sutura de pele é o mononylon com agulha cortante (traumática), cuja espessura depende da região a ser suturada, do tamanho da ferida e da idade do paciente. Utiliza-se, normalmente, o 6-0 (na face), 5-0 (tronco e membros) ou 4-0 (couro cabeludo).

A sutura é feita com pontos simples numa quantidade suficiente para a aproximação total da ferida sem tensão (lembrar que a sutura tem o objetivo de afrontar as bordas e que a natureza irá providenciar a cicatrização). O resultado estético está diretamente relacionado à menor quantidade de pontos necessários para o fechamento completo da lesão e à perfeição da aproximação das bordas. O primeiro nó é duplo (nó de cirurgia), o segundo encosta no primeiro, o terceiro aperta e o quarto garante que não haja afrouxamento dos demais.

### Curativo

O curativo deve ser feito com gaze estéril e fita de micropore, cujo objetivo é absorver secreções por 24 horas, manter a ferida isolada de contaminações e ventilada; após esse período já ocorreu a epitelização da parte mais superficial da epiderme e o isolamento dela do meio ambiente. Podemos então retirar o curativo e manter a ferida limpa com água corrente e sabão neutro e seca, sem necessidade de outro curativo (nos casos de fechamento primário). Nos outros tipos de fechamento, deve-se manter o curativo até a total resolução do processo, com avaliações sequenciais e renovação pela enfermagem, sempre com técnica asséptica. Pode-se usar nas feridas (secretantes)





pomada de neomicina e bacitracina; e se há a necessidade de debridar tecidos necróticos, podemos optar pelo debridamento químico feito pela collagenase associada com o antibiótico. O curativo no tronco e extremidades pode ser fixado com atadura de crepom, principalmente quando há várias feridas, como escoriações, por exemplo.

### Infecções inespecíficas

Existe a máxima na cirurgia que “abscesso drenado é um abscesso tratado”; isso deve ser levado à risca independentemente do tipo do agente causal e da localização. O orifício de drenagem deve ser amplo e mantido até a resolução completa do quadro, pois as defesas orgânicas vêm de dentro para fora combatendo a infecção. O orifício pode ser mantido com a presença dos drenos de penrose que são introduzidos na cavidade de maneira sanfonada e retirados gradativamente (aproximadamente 1 cm ao dia). A cobertura antibiótica sistêmica deve ser utilizada quando há repercussões clínicas dele (febre). Se há tecido necrótico, este deve ser debridado agressivamente (por exemplo na infecção do antraz). É de suma importância aguardar a flutuação do abscesso para drenagem, podendo este processo ser acelerado com o uso do calor local.

### Corpos estranhos

São de natureza variada, devendo quase sempre ser retirados, principalmente se localizados em áreas de articulação. É importante o diagnóstico que pode ser feito pela palpação e, se radiopacos, pela radiografia simples. Muitos serão expelidos naturalmente pelo organismo. Lembrar sempre a possibilidade de tétano.

Nos casos peculiares de acidente com anzóis pela presença na ponta de um “gancho” que dificulta sua retirada por tração simples, devemos, após anestesiá-lo, torná-lo transfixante pela progressão da ponta do anzol na sua curvatura, cortar a sua ponta e, com movimento inverso, retirar o fragmento restante pelo orifício de entrada.

A retirada de corpos estranhos é, na maioria das vezes, extremamente difícil devendo-se recorrer ao intensificador de imagem para o sucesso do procedimento.

## Acidentes por Submersão

### Introdução

Os acidentes por submersão são causa importante de mortalidade e morbidade em crianças e adolescentes em todo o mundo. A mais importante consequência desse tipo de acidente é a hipóxia, estando a duração dela, assim como a imediata ressuscitação, ainda na cena do acidente, intimamente relacionada à sobrevida e principalmente à qualidade de vida após o acidente.

Trata-se de um grave problema de consequências catastróficas, cuja principal solução é a conscientização de todos aqueles que, de forma direta ou indireta, lidam com crianças e adolescentes, sendo a prevenção o ponto chave para evitar que tais acidentes aconteçam, assim como está no treinamento dos profissionais que lidam com crianças e da população em geral (Suporte Básico de Vida), a qualidade do atendimento prestado, que é fator crucial no prognóstico da criança.

### Definição e classificação

Muitas definições e termos são utilizados para descrever os acidentes por submersão. Anteriormente, eram aceitos os seguintes conceitos:

- Afogamento: morte por asfixia enquanto submerso ou nas primeiras 24hs após o acidente.
- Semiafogamento: episódios bastante graves, que justificam assistência médica à vítima e podem eventualmente, resultar em morbidade e mortalidade.

Segundo as novas recomendações do Ilcor Task Force (Guidelines 2.000 Conference), os termos atualmente recomendados são:

1. Salvamento aquático – Vítima alerta após o evento, com sintomas leves e transitórios, não necessitando de transportes ou cuidados médicos.
2. Submersão – Vítima que necessita de transporte para a unidade de emergência para observação e tratamento.
3. Afogamento – Acidente por submersão onde há morte na cena, na sala de emergência, durante o resgate ou nas primeiras 24 horas do evento.

Se ocorrer óbito após 24 horas do evento, o termo afogamento é substituído por morte relacionada a afogamento; caso haja sobrevivência, a vítima deve ser considerada como vítima de acidente por submersão.

#### Incidência

Segundo estudo americano, no ano de 2000 ocorreram mais de 1.400 vítimas fatais, menores de 20 anos, devido a afogamento. No mesmo estudo, de 1999 -2000 os acidentes por submersão foram a segunda causa de acidentes em crianças e adolescentes (01 a 19 anos).

Em crianças maiores de um ano, a incidência é maior em meninas.

- Até 01 ano – o principal local de acidentes são banheiras;
- 01 – 04 anos – principalmente piscinas;
- 05 – 12 anos – rios, piscinas, mergulhos em locais rasos, convulsões;
- 13 – 19 anos – ingestão de álcool ou drogas/esportes aquáticos.

Crianças com quadro de epilepsia NUNCA devem ser deixadas sem supervisão, mesmo durante o banho (principalmente em banheiras).

Síndrome do QT Longo – Em crianças com esse quadro, o ato de nadar seria um fator arritmogênico, favorecendo o acidente devido à perda de consciência.

## Atendimento inicial

Nenhuma modificação é necessária na sequência inicial da ressuscitação do paciente vítima de acidente de submersão. Entretanto, algumas considerações devem ser feitas:

1. A ressuscitação deve ser iniciada o mais rápido possível, às vezes se a situação assim o permitir, ainda na água.
2. O reanimador deverá minimizar ao máximo o perigo para si e para a vítima.
3. Atenção deve ser dada à possibilidade de TRM (Traumatismo Raqui-Medular), principalmente em águas rasas e acidentes com equipamento de recreação.
4. Abertura de vias aéreas deve ser realizada levando-se em consideração a possibilidade de TRM.
5. Não é recomendada a manobra de HEIMLICH (manobra usada para desobstrução de vias aéreas por corpo estranho), pois, além de retardar o início da ventilação, pode produzir graves complicações tais como vômitos e aspiração. Quando houver suspeita de obstrução por corpo estranho, iniciar compressões torácicas, pois são consideradas tão eficazes quanto a manobra de HEIMLICH, e com menor índice de complicações nesse tipo de vítima.
6. Considerar a possibilidade de distúrbio de ritmo (principalmente em maiores de oito anos).
7. Fibrilação Ventricular em vítimas com hipotermia grave (Tax: menor que 30°C); aplicar o máximo de três “choques”. Caso não haja sucesso, retornar ao ABCDE, até que a temperatura corporal fique maior que 30°C, para tentativa de novas desfibrilações.
8. Atentar para grande possibilidade de vômitos durante a ressuscitação; caso ocorra, a vítima deve ser posicionada em decúbito lateral, com desobstrução da cavidade oral, usando-se as mãos, panos etc. Se há possibilidade de traumatismo raquimedular, a vítima deve ser mobilizada em bloco.

## Fisiopatologia

A sequência de eventos que ocorre após a submersão foi exaustivamente estudada em modelos animais, e esses eventos são considerados similares aos ocorridos em humanos.

Durante os primeiros minutos, ocorre pânico e pequena quantidade de líquido pode ser aspirada até a hipofaringe, causando laringoespasmos. A vítima pode deglutir grandes volumes de líquido.

Em 85% a 90% dos casos, o laringoespasmó inicial desaparece com aspiração de grandes volumes de água; em alguns casos, o laringoespasmó persiste e há pequena quantidade de líquido aspirado. Pode também ocorrer vômito com aspiração do conteúdo gástrico.

A hipotermia persistente causa danos cerebral e eventualmente leva ao colapso circulatório, dano do miocárdio e disfunção de múltiplos órgãos e sistemas.

Depois que a vítima aspira a água do mar, o líquido hipertônico promove a saída de água da circulação para o interior dos pulmões, ficando os alvéolos cheios de líquido, porém perfundidos (edema pulmonar). O surfactante pulmonar é expulso. A vítima desenvolve hipovolemia e aspira maiores quantidades de água do mar (maior que 11 ml/Kg), e o volume sanguíneo pode reduzir-se a até 65% do normal.

A aspiração da água doce pode provocar um aumento do volume sanguíneo porque, em grandes quantidades, o líquido hipotônico é absorvido pela circulação. O surfactante é alterado numa combinação com a hipóxia regional e o shunt intrapulmonar, resultando em hipoxemia sistêmica; esta causa vasoconstrição arterial pulmonar reflexa, depressão miocárdica e alteração da permeabilidade capilar pulmonar. Todos esses eventos induzem um retorno de líquido ao pulmão com consequente edema pulmonar súbito.

Apesar de todas essas considerações acerca da osmolaridade do líquido aspirado, do ponto de vista clínico e de tratamento, não se observam alterações significativas quanto ao tipo de líquido aspirado.



### Fisiopatologia Pulmonar

Os eventos patológicos pulmonares incluem aumento da resistência das vias respiratórias periféricas, graus variáveis de laringoespasma, vaso-constrição pulmonar reflexa, induzindo à hipertensão pulmonar, diminuição da complacência pulmonar, queda da relação ventilação/perfusão, desvios de líquidos através da membrana celular, perda do surfactante (água salgada) ou alteração das suas propriedades (água doce), produção de espuma e alterações anatômicas das células epiteliais alveolares.

Quando se aspira um líquido, um reflexo vagal eferente causa obstrução das vias respiratórias periféricas. O reflexo é predominantemente mediado pela osmolaridade do líquido, em vez de pelo volume; logo, pequenas quantidades de água doce podem provocar vasoconstrição pulmonar e resultar em hipertensão pulmonar. Volumes maiores de líquido causam perfusão vascular dos alvéolos não-ventilados e, em combinação com a perda ou a inativação do surfactante, do colapso alveolar e da hipertensão pulmonar, resultam em diminuição da complacência pulmonar. Poucos minutos após a respiração de pequenas quantidades de água doce, um shunt intrapulmonar, devido à perfusão de áreas não-ventiladas, poderá aumentar dos 5% a 18% normais para 75%. Embora as vítimas jovens possam parecer clinicamente normais dentro de minutos ou horas a partir do evento, podem passar dias até que o shunt intrapulmonar retorne aos níveis anteriores ao evento.

Conforme mencionado antes, a água doce move-se através das membranas endoteliais e capilares para dentro da circulação, e o plasma desloca-se em direção oposta, atraído pela água do mar nos alvéolos. O surfactante é expulso pela água salgada e é alterado pela água doce. As vias respiratórias podem ficar obstruídas por laringoespasma, bronca constrição, espuma, muco, corpo estranho aspirado e conteúdo do estômago.

### Fisiopatologia neurológica

A acidose metabólica e a hipoxemia produzem rápida alteração da barreira hematoencefálica, e, mesmo que o paciente seja salvo nesse ponto, ocorre edema



cerebral. O edema provoca tumefação hemisférica e deslocamento do cérebro através dos compartimentos (herniamento). É provável que o edema não cause lesão celular cerebral, mas é uma indicação da extensão dos episódios hipóxicos originais e de quaisquer outros subsequentes. Se a hipóxia for grave, ocorre morte cerebral.

As sequelas neurológicas incluem prolongada inconsciência com subsequente recuperação (rara, porém, mais provável quando o evento ocorreu na água fria), cegueira, alterações eletroencefalográficas, dilatação dos ventrículos devido à atrofia cerebral e coma persistente, resultando em morte (mais comum em pacientes em coma prolongado).

#### Fisiopatologia cardiovascular

O sistema cardiovascular em crianças possui uma estabilidade extraordinária. A maioria das vítimas tem coração sadio que pode ser reanimado após prolongados períodos de isquemia. Podem ocorrer alterações eletrocardiográficas (ECG), sobretudo bradicardia ou assistolia. Algumas vítimas podem apresentar fibrilação ventricular e necessitar de desfibrilação durante a reanimação. A pressão sanguínea arterial sistêmica poderá ser normal, alta ou baixa, na dependência da oxigenação, do equilíbrio acidobásico, da função cardíaca, da resistência vascular periférica, do nível de catecolaminas endógenas e exógenas circulantes e da elevação da pressão intracraniana (PIC).

#### Fisiopatologia renal

A fisiopatologia renal é quase sempre normal, mas podem ocorrer Albuminúria, hemoglobinúria, oligúria ou anúria. A disfunção provavelmente resulta de isquemia e não de lesão tubular pela hemoglobina livre.

#### Prognóstico

São três os fatores associados a 100% de mortalidade em crianças e adolescentes (até 20 anos):

- Submersão – maior que 25 min.



- Ressuscitação – maior que 25 min.
- Parada cardíaca no atendimento de emergência ou durante o transporte.
- Fatores também relacionados ao pior prognóstico:
- Presença de TV/FV no ECG inicial (93% mortalidade)
- Midríase fixa notada no atendimento de emergência (89% de mortalidade)
- Acidose à admissão (89% de mortalidade)
- Parada respiratória (87% de mortalidade)

Nível de consciência – Mortalidade é de aproximadamente 100% nas vítimas em coma (Escala de Coma de Glasgow  $<$  ou  $=$  8) na cena do acidente ou na chegada à sala de emergência.

Não se correlaciona com prognóstico o tamanho e idade da criança, assim como a temperatura do fluido do acidente.

#### Prevenção

Com certeza, como já vimos, podemos interferir de forma significativa na mortalidade e morbidade da criança com uma correta e pronta ressuscitação; porém, nosso principal papel deve ser, sem dúvida, a PREVENÇÃO. As medidas preventivas estão citadas abaixo:

- Grades protetoras em piscinas principalmente as domiciliares, principal local de acidentes em crianças entre um e quatro anos.
- Supervisão rigorosa da criança enquanto em contato com a água e, principalmente, atenção total do adulto que supervisiona a criança (não estar distraído com outras atividades como ler, telefonar etc.).
- Aprender a nadar: tópico controverso quanto à idade adequada para o início do aprendizado, sendo cada caso analisado de forma individual.





- Remoção de águas paradas em baldes, bacias, tanques, banheiras, locais comuns de acidentes no ambiente domiciliar.
- Orientação quanto ao perigo da água.
- Mergulho em águas rasas: orientação quanto aos riscos e consequências desse tipo de acidente.
- Álcool e drogas: também nossa maior arma é a ORIENTAÇÃO.
- Basic Life Support (Suporte Básico de Vida): treinamento em massa da população para capacitação do maior número de reanimadores.

## Intoxicações Agudas

### Particularidades na Abordagem do Intoxicado

A intoxicação, na grande maioria dos casos, provoca uma instabilidade transitória de sistemas fisiológicos. Se nesse período mantivermos o paciente com suas funções preservadas, a recuperação será total, sem sequelas.

Em muitos casos, os efeitos deletérios ocorrem devido aos metabólitos e por isso mesmo ocorrem mais tardiamente. Exemplo: o paration possui um metabólito, o paraóxon, que é mais tóxico do que o produto original.

Para algumas substâncias como o álcool e os opiáceos, a criança é mais sensível do que o adulto. Ao contrário, para outros tóxicos como os digitálicos, os barbitúricos e os benzodiazepínicos, a criança é mais resistente.

### Diagnóstico

O diagnóstico é baseado na história clínica, no exame físico e nos exames laboratoriais.

### História clínica

Na maioria das vezes, o diagnóstico é feito pelo paciente ou seu acompanhante; o que precisamos é confirmá-lo pelo exame físico e laboratorial. Nas crianças, o habitual é a mãe relatar que a criança ingeriu este ou aquele produto, ou ainda foi encontrada



sonolenta junto a frascos abertos do medicamento usado pelo irmão ou por familiar. Em muitos casos, é importante a entrevista com companheiros ou acompanhantes do intoxicado que poderá nos revelar os últimos contatos com este, o que ele estava fazendo e o local onde foi encontrado. Ajuda também no diagnóstico o conhecimento dos produtos que possuía em casa. A presença de medicamentos ou tóxicos encontrados junto ao intoxicado é de grande importância. Quando possível, a anamnese com o próprio paciente ajuda no diagnóstico.

#### Exame físico

O exame físico do intoxicado inicia-se pela observação do comportamento do paciente. Ele poderá mostrar-se agitado, apresentando alucinações, ou sonolento, comatoso; estar orientado ou apresentando períodos de agitação, intercalados com sonolência.

A observação do hálito muitas vezes define o diagnóstico: querosene e outros derivados do petróleo, álcool, hipocloritos e cianetos têm hálito característico.

As características da pele (avermelhada), as mucosas secas e a taquicardia indicam intoxicação atropínica. No caso de intoxicação pela via cutânea, podemos encontrar restos do tóxico na pele e no couro cabeludo ou sinais de sua ação principalmente nas mucosas, se o tóxico for corrosivo. A presença de corantes que contenham anilina pode corar a língua e mucosa oral, o que explica uma metahemoglobinemia.

No exame do aparelho respiratório vamos avaliar se a respiração é efetiva ou não; a frequência respiratória, a profundidade da respiração e o esforço respiratório, se há sinais de obstrução de vias aéreas, a presença de secreção pulmonar que indica intoxicação por drogas calinérgicas (organo- fosforados, carbamatos), se há broncoespasmo.

Sinais de aspiração do conteúdo gástrico devem ser avaliados cuidadosamente. Avaliar a necessidade do uso de oxigênio; o aparelho cardiovascular é avaliado através da verificação dos pulsos periféricos e centrais; o estudo de enchimento capilar, se superior a três segundos é sinal de má perfusão e a presença de arritmias é dado importante na avaliação do estado cardíaco circulatório.



## Exame laboratorial

Na avaliação laboratorial do intoxicado, dois tipos de exames devem ser realizados. Os exames com a finalidade de avaliação clínica habitual em qualquer paciente grave são: hemograma, coagulograma, ionograma, dosagem de ureia e creatinina sérica, eletrocardiograma, calcemia, gasometria. Os exames radiológicos são realizados se houver indicação precisa.

Outro grupo de exame realizado é aquele que visa diagnosticar qual a gente produziu a intoxicação. Esse exame toxicológico pode ser feito no sangue, urina, resíduo gástrico, órgãos e vísceras, caso o paciente tenha falecido, ou através de biópsias.

Inicialmente os exames de triagem (screening) são os mais utilizados pela sua rapidez. A dosagem dos níveis séricos do tóxico, quando possível de ser realizado, confirma o diagnóstico; a sua desvantagem é que muitas vezes é demorada. Alguns tóxicos como os organofosforados produzem alterações enzimáticas características, como alteração da atividade da acetilcolinesterase; outros produzem alterações sanguíneas como os derivados cumarínicos que alteram a atividade de protrombina.

## Síndromes Clínicas Tóxicas

Os dados do exame clínico podem caracterizar uma das síndromes clínicas toxicológicas. Quando isso ocorrer, avança-se bastante quanto ao diagnóstico e o tratamento do intoxicado. As principais síndromes clínicas são:

### Síndrome anticolinérgica

Caracterizada por taquicardia sinusal, hipertensão moderada, hipertermia, pele quente, vermelha e seca, midríase, retenção urinária, sede, peristaltismo ausente ou diminuído. Pode ocorrer o delírio, mioclonia coreoatetose, agitação. Os agentes que mais provocam essa síndrome são: atropina, antidepressivos tricíclicos, anti-histamínicos, cogumelos, erva do diabo e plantas beladonas.

### SÍNDROME COLINÉRGICA

Predomina a ação muscarina da acetilcolina. É encontrada miose, bradicardia, sudorese, broncorréia, diarreia, lacrimejamento, salivação, rinorréia, incontinência urinária. Pode haver sinais nicotínicos como hipertensão, taquicardia, fasciculações, agitação, ansiedade. Os agentes mais comumente responsáveis por essa síndrome são: organofosforados, carbonatos, nicotina, fisostigmina e cogumelos.

#### Síndrome simpaticomimética

São características dessa síndrome: hipertensão, taquicardia, pode haver bradicardia reflexa e até bloqueio A.V., midríase, hipernatremia, sudorese, agitação, tremores, convulsões, ansiedade, às vezes boca seca. As drogas responsáveis por essa síndrome são: cocaína, anfetaminas, efedrina, pseudoefedrina, fenilpropanolamina.

#### Síndrome simpaticolítica

Seus principais sinais são: hipotensão, bradicardia, hipotermia, miose, hipoperistaltismo, letargia, apatia, coma, hipoventilação, depressão do SNC. Os principais responsáveis por essa síndrome são: opiáceos, benzodiazepínicos, clonidina, álcoois.

#### Síndrome barbitúrica

As manifestações dessa síndrome são depressão respiratória, coma, miose, hipotermia, vesículas cutâneas, depressão miocárdica em alguns casos. Os principais responsáveis por esta síndrome são os barbitúricos, em especial o fenobarbital.

Além dessas síndromes clínicas, há uma série de sinais orientadores que ajudam no diagnóstico e que são relacionados a seguir:

Hipotermia    álcoois, barbitúricos, opiáceos, fenotiazinas, sedativos, hipoglicemiantes

Hipertermia    anfetaminas, anticolinérgicos, cocaína, Haloperidol,

salicilatos, antidepressivos tricíclicos, inibidores da M.A.O.

Hipotensão álcoolis, barbitúricos, bloqueadores betas adrenérgicos, antagonistas do cálcio, monóxido de carbono, cianetos hipotensores, ferro, opiáceos, fenotiazinas, agentes tri- cíclicos, nitritos, nitratos, salicilatos, inseticidas, organofosforados

Hipertensão arterial anfetaminas, cocaína, efedrina, inibidores M.A.O., fenilpropanolamina, pseudoefedrina, nicotina, corticosteroides, ergotamina

Coma álcoolis, barbitúricos, benzodiazepínicos, opiáceos, fenotiazinas, antidepressivos tricíclicos, barbitúricos, hidrato de cloral, lítio, insulina, dióxido de carbono, anestésicos, hipoglicemiantes, organoclorados, organo-

fosforados

Convulsões anfetaminas, anti-histamínicos, cafeína, cocaína isoniazida, luidame, organofosforados, carbonatos, teofilina, antidepressores tricíclicos, estricnina, beladona- dos cianetos salicilatos, chumbo, ergotomina, LSD

Bradycardia barbitúricos, betabloqueadores, digitálicos, antagonistas do cálcio, opiáceos, bário, fisostigmina, fenileprina

Taquicardia anfetamina, anticolinérgicos, cafeína, ferro, beta adrenérgicos, cocaína, solícilatos, teofilina, atropina, simpaticomiméticos

Bradipnéia barbitúricos, opiáceos, álcoolis, gás carbônico, monóxido de carbono

Apnéia opiáceos, benzodiazepínicos, álcoolis, barbitúricos, anestésicos, hidrato de cloral, curares, insulina, cogumelos

Distúrbios mentais alucinações/ delírios derivadores beladonados, cocaína, LSD, anti-histamínicos, metaclopromida, querosene, cola de sapateiro, maconha, cogumelos, atropina, dissulfiram, efedrina, dextrometorfam, piperazina, zipeprol

Sialorréia organofosforados, carbamatos, fisostigmina, pilocarpina

Edema pulmonar organofosforados, estricnina, gás clorídrico, amônia, fosgênio, hidrocarbonetos derivados do petróleo

Visão alterada maconha, digitálicos, álcool, beladonados, organofosforados, monóxido de carbono, ergotomina, tálho, pilo- carpina, isoniazida, benzodiazepínicos, atropina

Esses sinais relacionados acima não são completos, mas são um bom guia na orientação da maioria das intoxicações. Para finalizar a parte do diagnóstico, acrescentamos que existem situações em que forçosamente temos que pensar em intoxicações:

1. Todo paciente em coma sem uma explicação deve ter como primeira hipótese a intoxicação.
2. Em todo quadro clínico bizarro que não se enquadra em nenhuma patologia conhecida, deve ser pensada a possibilidade de intoxicação.
3. Qualquer paciente que estava bem e sadio, e que subitamente adoece sem explicação, também pode estar com intoxicação exógena.

#### Tratamento do Intoxicado

O tratamento do intoxicado deve ser iniciado no local onde ocorreu a intoxicação. Habitualmente, o primeiro contato é feito por telefone com o médico, com o posto de saúde ou com o centro de controle de intoxicações. As seguintes informações iniciais devem ser obtidas:

1. Número do telefone do intoxicado: caso a ligação seja interrompida, ficará fácil um novo contato;
2. Endereço: quando há necessidade de assistência com equipamentos (oxigênio, linha venosa e outros), fica mais fácil encaminhar um veículo e o médico assistente;
3. Avaliação da gravidade do caso: se há perda de consciência, movimentos anormais, sangramento, vômito e outros sinais, se o paciente se encontra estável ou não;
4. Horário da intoxicação: este dado pode ajudar na interpretação dos sinais e sintomas, assim como no prognóstico;

5. Tipos de exposição: se foi ingestão, contato com a pele, inalação, contato com mucosa ou outros;
6. Nome do produto causador da intoxicação, o que facilita e agiliza a identificação do princípio ativo responsável pela intoxicação;
7. Quantidade ingerida aproximada do produto causador da intoxicação. Por exemplo, o número de comprimidos ou cápsulas ingeridas;
8. Informações sobre o passado mórbido do paciente. Se é portador de alguma deficiência ou patologia, como, por exemplo, epilepsia, diabetes, asma, retardo motor, cardiopatia, sequela neurológica, doença renal, hepática...

Tais informações devem ser registradas por escrito, bem como as informações fornecidas, pois podem ser necessárias para procedimentos médico-legais.

Com os dados obtidos, é possível que seja tomada uma das seguintes condutas:

1. Apenas manter-se informado sobre o estado do paciente. Exemplo: criança que comeu batom ou creme dental, entre outros produtos, adultos que ingeriu três comprimidos de dipirona;
2. Avaliar o paciente para posterior conduta;
3. Admitir o intoxicado para observar evolução do seu estado;
4. Admitir o intoxicado para tratamento;
5. Admitir o intoxicado com instabilidade de um ou vários sistemas principais, para tratamento. Exemplo: criança com insuficiência circulatória, convulsão, sangramento importante, insuficiência respiratória e outras manifestações.

No caso de observação domiciliar, as informações deverão ser fornecidas pelo menos com duas, quatro, seis, nove e 12 horas, o que pode variar, dependendo da farmacocinética do produto ingerido. Em boa parte dos casos o tratamento é iniciado no domicílio.

Para aqueles pacientes cujo contato com o tóxico foi através do couro cabeludo, mucosa nasal ou ocular e pele, deve ser recomendada a sua remoção através da lavagem, com água corrente, da pele, fossas nasais, conjuntiva e outras partes. O paciente poderá ser induzido ao vômito, para promover o esvaziamento gástrico e diminuir a absorção do tóxico.

#### Tratamento da intoxicação na Unidade

Com a finalidade de sistematizar o tratamento do intoxicado, vamos dividi-lo por etapas. Na prática, estas medidas são realizadas simultaneamente, para melhor resultado.

#### Avaliação clínico-laboratorial inicial

Toda pessoa que ingeriu um produto tóxico tem um potencial de gravidade e de instabilização de seus sistemas fisiológicos.

No primeiro contato direto do médico com o paciente, deve ser feita uma avaliação rápida e objetiva dos sinais vitais: no aparelho respiratório, devem ser verificados a frequência respiratória e o esforço para respirar (batimentos da asa do nariz, tiragem intercostal, retrações torácicas, estridor, gemido, expansibilidade torácica, murmúrio vesicular, ritmo respiratório, profundidade da respiração. Lembrar, sempre, que a cianose é um sinal tardio de insuficiência respiratória. No aparelho cardiovascular, a frequência cardíaca, a presença dos pulsos, o tempo de enchimento capilar ou recoloração, a presença de diurese e a pressão arterial devem ser avaliados. Não esquecer que a hipotensão é sinal tardio de insuficiência circulatória.

No sistema nervoso central, são avaliados o estado de consciência, a presença de movimentos anormais (mioclonia, fasciculações, convulsões), a capacidade de resposta a estímulos, contraturas hipotonias, reatividade e estado das pupilas, bem como alucinações.

Na avaliação geral, verificam-se a coloração da pele, o hálito, a presença de sudorese, petéquias, hematomas e lesões da mucosa.





Após essa avaliação inicial, que não deve durar mais do que cinco minutos, pode-se estimar o grau de instabilidade do paciente; se ele está ou não com insuficiência respiratória, se há insuficiência circulatória e se verificasse distúrbio neurológico. Não podemos esquecer nunca de avaliar o nível de glicose sanguínea através de rastreamento com Destrostix ou equivalente. A presença de hipoglicemia é muito frequente nas intoxicações. Quando disponível, a oximetria de pulso é de grande auxílio. Lembrar que, nos casos de intoxicação cianídrica por monóxido de carbono e metahemoglobinemia, essa avaliação deve ser cuidadosa, pois é grande a ocorrência de erro.

Redução do contato com o tóxico não absorvido

A descontaminação da pele, das mucosas e do aparelho gastrointestinal tem duas finalidades: limitar a ação corrosiva do tóxico sobre a pele ou mucosa e a sua absorção com a consequente ação sistêmica.

Descontaminação da pele e mucosas

Se a intoxicação ocorreu através da mucosa ocular, nasal ou outra, esta deve ser lavada com água corrente, cuidadosamente, para retirar o princípio ativo que ainda esteja presente. No caso de as vestes estarem impregnadas, será preciso retirá-las. Promover a lavagem da pele e do couro cabeludo com água corrente. Se o produto contaminante for oleoso, poderá ser usado xampu ou sabão neutro.

Descontaminação gastrointestinal

Feita pela êmese, lavagem gástrica ou catárticos.

A êmese, para ser eficaz, deve ser induzida nos primeiros 60 minutos após a ingestão do tóxico. É mais efetiva em crianças do que em adolescentes e adultos. Está contraindicada nos seguintes casos:

- Abaixo de um ano;
- Criança sonolenta, comatosa ou com alterações do sensório;
- Presença de estado convulsivo;



- Após ingestão de agente corrosivo (ácido ou alcalino);
- Ingestão de hidrocarbonetos derivados de petróleo;
- Ingestão de agentes em que a manipulação pode desencadear contraturas. Por exemplo, estricnina, agentes tricíclicos, cânfora.

A lavagem gástrica é o método de escolha, se o paciente está comatoso ou apresentando convulsões. Tem a vantagem de promover o esvaziamento rápido. É pouco efetiva quando realizada após duas horas da ingestão do tóxico.

A passagem da sonda nasogástrica para realização do procedimento deve ser cuidadosa nos pacientes em crise convulsiva, comatosos e naqueles com lesões corrosivas do tubo digestivo alto. As complicações raras são a perfuração do esôfago e do estômago. O líquido usado deve ser soro fisiológico e o volume de 5 ml a 10 ml por kg, até o máximo de 200 ml. O uso de água gelada em crianças pequenas pode produzir hipotermia. Devem ser feitas quantas lavagens forem necessárias, até que o líquido retirado esteja límpido.

O carvão destilado de madeira é capaz de absorver, em sua superfície, grande número de tóxicos e toxinas. Por isso, pode ser usado após o esvaziamento gástrico como absorvente de drogas que não são totalmente removidas. Não existe contraindicação absoluta para o seu uso. Não é eficaz nas intoxicações por metais pesados, cianetos e álcool. Quando houver necessidade de endoscopia, deve-se evitar usá-lo.

A administração de carvão ativado deve ser feita com água pura. A associação com sucos, refrigerantes e adoçantes diminui a sua atividade adsorbtiva. A dose usada é cinco a dez vezes a suposta dose do tóxico ingerido. A dose máxima pode chegar até 50 gramas. O carvão ativado é inerte e não tóxico.

Quando a dose do tóxico ingerido é desconhecida, usar 1 g/kg.

Se a criança não apresentar reflexo de tosse ou de deglutição, deverá ser intubada e ventilada artificialmente, monitorizada com oximetria de pulso. Lembrar, sempre, que a hipoglicemia é uma causa importante do coma, principalmente no intoxicado. Se não for possível fazer um teste para avaliação do nível sérico de glicose, fazer 2 ml/kg de

solução glicosada 10%, endovenosa. Outro cuidado com o paciente comatoso é a possibilidade de intoxicação por opiáceo. Caso haja dúvida e o quadro clínico for sugestivo, administrar 0,1 mg/kg até o máximo de 2 mg de naloxona endovenosa. O mesmo pode ser feito com flumazenil, se houver suspeita de benzodiazepínicos.

Os catárticos têm sido usados há muitos anos para aumentar a eliminação de tóxico, embora não exista nenhum estudo que confirme a sua eficácia na redução da absorção da substância ingerida.

#### Administração de antídotos

Os antídotos são substâncias que neutralizam, bloqueiam a ação dos tóxicos ou neutralizam os seus efeitos.

A administração do antídoto deve ser feita tão logo se tenha a certeza do diagnóstico. Lembramos que essas substâncias também possuem efeitos colaterais que, às vezes, podem até se confundir com os dos tóxicos.

#### Aumento da excreção do tóxico

Após a absorção do tóxico, pode-se lançar mão de várias técnicas para facilitar e aumentar a sua eliminação do organismo, tornando mais breve o seu efeito deletério. Infelizmente, nem todos os produtos podem ter a sua excreção aumentada devido às suas características farmacocinéticas. A grande via de eliminação dos tóxicos é a urina. Os principais métodos de eliminação dos tóxicos são:

- **Diurese forçada.** Consiste na provocação do aumento da diurese por meio da administração de líquidos ou de diuréticos. É de primordial importância que o tóxico a ser excretado tenha eliminação renal. Quase sempre é usada em associação com alcalinização. Utilizam-se esquemas alternados de solução salina com solução glicosada isotônica, adicionados com 5 a 8 mEq/L de potássio. A velocidade de infusão é aquela necessária para manter o volume urinário entre 2 e 4 ml/kg/h. Nos pacientes com insuficiência cardíaca e renal, a diurese forçada é contraindicada. O controle dos níveis de eletrólitos no sangue deve ser feito a cada 12 horas. É indicada nas intoxicações por

fenobarbital, salicatos e anfetaminas. Os diuréticos também são usados para aumentar o volume urinário. A furosemida, potente diurético da alça, é a mais utilizada. Quando administrada por via venosa, inicia os seus efeitos em poucos minutos. A dose é de 20 mg para adultos e 0,5 mg/kg para crianças, podendo ser repetida a cada quatro horas.

- Alcalinização da urina. A alcalinização do sangue diminui as arritmias secundárias aos antidepressores tricíclicos. A alcalinização da urina aumenta a dissociação iônica dos ácidos fracos, dificultando a sua reabsorção nos túbulos renais, aumentando a excreção. É utilizada nas intoxicações por fenobarbital e salicatos, bem como metotrexate. O pH urinário deve ser mantido entre 7:50 e 7:60, sendo controlado de 60 em 60 minutos, para ajustar a velocidade de infusão do bicarbonato. A alcalinização deve ser mantida até que os níveis séricos do tóxico não representem mais nenhum risco para o paciente. As principais complicações são a hipernatremia, alcalose metabólica e hipocalemia. Na prática, a alcalinização é feita da seguinte maneira: administração de solução de glicose a 5% e solução fisiológica na relação de 1:1, adicionando de 20 a 40 mEq/L de bicarbonato de sódio, em velocidade de infusão suficiente para manter a diurese entre 300 e 500 ml/h e o pH urinário em torno de 7:50, devendo ser adicionados, também, 10 a 20 mEq/L de potássio a esta solução. Os reajustes, tanto no conteúdo do sódio como no de potássio, devem ser orientados pelos ionogramas de controle.

- Diálise peritoneal. É um método relativamente simples, que usa o peritônio como membrana para troca de substâncias tóxicas, sendo menos efetivo do que a hemodiálise e a hemoperfusão. Pode ser usada mesmo durante o transporte do paciente. A solução dialisadora é facilmente encontrada no comércio. Devido à sua baixa eficiência, a utilização é cada vez menor, dando-se preferência a outros métodos. É utilizada nas intoxicações por fenobarbital, salicatos, teofilina, etanol, etilenoglicol, brometos e fenitoína.

- Hemodiálise. Constitui um processo de depuração do tóxico fora do organismo. O sangue, através de um circuito externo ao paciente, passa por um sistema de

membranas, através das quais é retirado o produto tóxico. A sua eficiência é maior para as substâncias hidrossolúveis e de baixo peso molecular e que são fracamente ligadas às proteínas. Tecnicamente, é mais complicada do que a diálise peritoneal, porém mais eficiente. Necessita de pessoal médico e enfermagem treinada na manipulação dos aparelhos dialisadores. Existe muitas substâncias que não são dialisadas, como o alumínio, benzodiazepínicos, tetracloreto de carbono, clordiazepóxido, cocaína, cianetos, ciclofosfamida, digoxina, alucinógenos, ferro, fenciclidina, isoniazida, mercúrio, metaqualona, metotrexato, narcóticos, organofosforados, fenotiazínicos, procainamida, quinidina, secobarbital e antidepressores tricíclicos. Das substâncias dialisáveis, as principais são os salicatos, barbitúricos e álcoois. A hemodiálise é contraindicada em pacientes comatosos e com distúrbios hemorrágicos.

- Hemoperfusão. Processo de remoção do tóxico no qual o sangue é desviado através de uma artéria, para fora do organismo, passando por um filtro (carvão ativado ou outro material sintético) que retém o tóxico, sendo, a seguir, reinfundido no organismo em uma veia. Não tem as limitações da hemodiálise, com baixa salubidade em água, elevado peso molecular e ligação a proteínas. Não é usado na prática corrente em nosso meio. O filtro é caro, além de apresentar complicações importantes, como trombocitopenia, embolia gasosa e sangramento, entre outros.

#### Controle das manifestações clínicas gerais dos tóxicos

- Coma e estupor. Ocorrência comum nos pacientes intoxicados. Os cuidados com o paciente comatoso intoxicado são a observação da respiração: profundidade, eficácia, esforço, manter as vias respiratórias abertas e livres de secreções. Se o paciente apresentar queda de saturação ou cianose, deverá ser intubado e ventilado artificialmente e levado a uma UTI.
- Convulsões. Uns grandes números de tóxicos produzem estas manifestações, que também poderão ser secundárias à hipoxemia, hipoglicemia, hipocalcemia, hiponatremia e traumatismo cranioencefálico, problemas que podem ocorrer junto com as intoxicações. Os cuidados devem ser:

1) oferecer oxigênio;



- | proteger as vias aéreas contra aspiração;
  - | administrar glicose 25%; se não for possível, determinar o nível sérico de glicose (dar 1 ml/kg de peso de solução glicosada a 10%);
  - | anticonvulsivantes: diazepam ou derivado, 0,2 mg/kg para crianças ou 10 mg a 20 mg, por via endovenosa, para adultos. É preciso cuidar- do, pois pode produzir apneia; difenilhidantoína: 10-15 mg/kg, por via endovenosa, para crianças e 50-100 mg por via endovenosa, para adultos. Não fazer intramuscular; caso persistam as convulsões, considerar o uso de barbitúricos de ação curta
- Hipertensão Arterial. Não ocorre com muita frequência. Deve ser tratada, quando a pressão diastólica estiver acima de 100 mm Hg e a sistólica de 160 mm Hg. Nos casos graves, usar nitroprussiato de sódio a 0,5 a 5 mg/kg/min.
  - Hipotensão Arterial. Manifestação geralmente é secundária à hipovolemia, devido a vômitos, diarreia ou sudorese. Alguns tóxicos, como os opiláceos, os barbitúricos, os bloqueadores e o monóxido de carbono, produzem vasodilatação. O tratamento consiste na infusão venosa de solução cristaloide (soro fisiológico ou ringer lactato) 10 ml/kg, em 20 a 30 minutos. Nos casos muito graves pode haver necessidade de aminas hipertensoras, dopamina, dobutamina e adrenalina.
  - Hipertermia. Ocorre com drogas que aumentam a atividade metabólica ou diminuem a dissipação do calor, como anticolinérgicos. No controle da hipertermia, deve-se dar preferência aos métodos físicos, como o uso de compressas de água fria e o esponjamento. As medidas medicamentosas podem ser tentadas, mas nem sempre são eficazes.
  - Hipotermia. Ocorre mais frequentemente nas intoxicações por sedativos, hipnóticos, fenotiazinas; geralmente é acompanhada de hipoglicemia, e podendo levar até a parada cardíaca, principalmente em crianças. O aquecimento deve ser gradual com cobertores, lâmpadas e líquidos venosos aquecidos. Muito importante é evitar que o paciente resfrie, principalmente aqueles que estão em coma.

- Arritmias. Produzidas pelos tóxicos ou por ação indireta destes, devido à hipoxemia, acidose, distúrbios eletrolíticos. A sua abordagem terapêutica varia de acordo com o tóxico que provocou a intoxicação.

#### Ações profiláticas nas intoxicações

As ações profiláticas das intoxicações agudas constituem responsabilidade do Estado, da indústria químico-farmacêutica e dos profissionais da saúde.

Cabe ao Estado criar leis e meios de controle sobre todos os produtos novos que são colocados no mercado, obrigando os seus fabricantes a criarem mecanismos de proteção às intoxicações. Produtos tóxicos, como inseticidas e pesticidas, só deveriam ser vendidos sob receita veterinária, para evitar o uso inadequado desses produtos. Todos os medicamentos deveriam ser acondicionados em embalagens com dispositivo de segurança, de modo que crianças, mesmo que tenham acesso a eles, não consigam abrir a embalagem. Os currículos escolares deveriam fornecer orientação sobre os riscos dos produtos químicos.

Ao colocar no mercado um novo produto, a indústria químico-farmacêutica deveria desenvolver pesquisas para tornar segura a sua utilização e o seu armazenamento, utilizar embalagens de segurança, bem como estabelecer advertências claras sobre o seu uso. Devem ser evitadas embalagens que chamem atenção das crianças.

Sabe-se que o maior número de intoxicações é por ingestão de medicamentos, principalmente as acidentais, em crianças, e por suicidas. É necessário que, ao receber uma receita, o paciente seja orientado sobre como armazenar, com segurança, o medicamento, fora do alcance de crianças. Para pessoas com tendências a autoextermínio, não se deve receitar quantidade de medicamentos em dose letal; se houver necessidade de assim o fazer, o remédio deve ficar sob o controle de algum familiar.

## CETOACIDOSE DIABÉTICA

### Introdução





Diabetes mellitus (DM) é uma das doenças crônicas mais comuns da infância e é responsável por altas taxas de morbidade e mortalidade na vida adulta. Caracteriza-se por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas, causados por deficiência absoluta ou relativa na secreção de insulina ou em sua ação.

Classifica-se em quatro categorias maiores que são: tipo I, tipo II, diabetes gestacional e diabetes secundário (fibrose cística, hemocromatose, pancreatite e pancreatotomia).

Em crianças, 90%-95% dos casos são do tipo I, ou insulino-dependente, que é definido a partir da necessidade de terapia com insulina para impedir a ocorrência de cetose e cetoacidose e que é considerado atualmente uma doença autoimune com predisposição genética para ser desencadeada.

Segundo dados da literatura, cerca de 20%-40% dos pacientes têm cetoacidose por ocasião do diagnóstico. Os sintomas iniciais de poliúria, polidipsia, enurese noturna, nos que já tinham controle de esfíncteres, polifagia, astenia e emagrecimento, podem passar despercebidos por algum tempo, determinando a progressão dos distúrbios metabólicos pela falta de intervenção terapêutica.

Cetoacidose diabética (CAD) é um estado de descompensação metabólica grave secundária ao DM e que representa a principal causa de morte em crianças diabéticas. Por isso, um dos maiores objetivos da abordagem do diabetes é a prevenção da ocorrência de CAD, através de programas para diagnóstico mais precoce e controle rigoroso dos casos já estabelecidos.

#### Fisiopatologia

A CAD é desencadeada pela deficiência relativa ou absoluta de insulina, levando à hiperglicemia (acima de 250 mg/dl), cetose (3 mmol/L) e acidose (bicarbonato sérico abaixo de 15 mEq/L e pH arterial inferior a 7,3).

A hiperglicemia resulta da diminuição da captação de glicose pelas células por causa da deficiência de insulina e pelo excesso de glucagon e outros hormônios chamados contrarreguladores (cortisol, catecolaminas e hormônio do crescimento), levando a um aumento da glicogenólise, da gliconeogênese, da proteólise e da lipólise. Quando o





aumento da glicose sanguínea ultrapassa o limiar renal de reabsorção, ocorre a glicosúria.

A lipólise leva à formação de cetoácidos (acetoacetato, cetonas e beta- hidroxibutirato). Os corpos cetônicos são uma fonte de energia alternativa na ausência de glicose intracelular. Os testes laboratoriais usados rotineiramente para detecção de cetonas medem apenas acetoacetato e acetona, mas não beta-hidroxibutirato, que aumenta diretamente com o agravamento da acidose. À medida que a acidose é corrigida, ocorre uma reversão para os dois primeiros corpos cetônicos e a dosagem sérica pode aumentar, levando a uma falsa impressão de piora do quadro.

Acidose metabólica ocorre pelo excesso de cetoácidos e pela acidose láctica, secundária à isquemia tecidual. Habitualmente é resolvida com hidratação e insulinoterapia, raramente requerendo bicarbonato suplementar.

A hiperglicemia causa diurese osmótica que determina perda excessiva de água livre e eletrólitos, levando à desidratação e distúrbios eletrolíticos. A desidratação é hiperosmolar e intracelular, o que pode dificultar o cálculo da deficiência hídrica, já que nesse tipo os sinais clínicos são menos evidentes. Outros fatores que contribuem para a desidratação são hiperventilação (para compensação da acidose metabólica) e vômitos.

Além da perda secundária à diurese osmótica, sódio e potássio também são excretados nos túbulos renais juntamente com os cetoácidos que estão elevados.

A concentração sérica de sódio é baixa em consequência do desvio de água intracelular para o espaço extracelular, induzido pela hiperglicemia. A redução dilucional do sódio é de cerca de 1,6 mEq/L para cada 100 mg/dl de glicose acima do normal.

O potássio sérico pode ser enganosamente normal, ou até mesmo elevado, porque a acidose determina a saída desse íon do espaço intracelular para o extracelular.

As perdas urinárias de fósforo e magnésio também são aumentadas e devem ser lembradas durante o tratamento.

Quadro clínico



Além dos sintomas já descritos anteriormente e que fazem parte do DM, o paciente costuma apresentar, dependendo da gravidade do quadro de CAD:

dor abdominal, alterações no estado de consciência até coma, taquicardia, taquipnéia ou hiperventilação tipo Kussmaul, pressão arterial normal ou baixa, aumento do tempo de recoloração capilar, febre e hálito cetônico.

Nas formas mais graves, pode haver choque hipovolêmico, que requer intervenção rápida, com expansão volêmica antes de qualquer outra medida.

Os sintomas clássicos são mais difíceis de identificar e interpretar em crianças pequenas.

As causas mais frequentes de CAD são: primeira apresentação em crianças sem diagnóstico prévio, infecções, utilização inadequada de insulina e controle dietético, trauma, stress psicológico (principalmente em adolescentes).

O diagnóstico diferencial deve ser feito com: cetoacidose alcoólica, intoxicação por salicilatos, pancreatite, desidratação por diarreia aguda, sepse, estenose pilórica, obstrução intestinal e coma hiperosmolar.

## TRATAMENTO

Objetivos do tratamento:

- Estabelecer e manter as funções ventilatórias e cardiovasculares
- Correção dos distúrbios hidroeletrólíticos e acidobásicos
- Administrar insulina para reduzir a glicemia e cetogênese
- Determinar e tratar a causa precipitante da CAD
- Monitorização adequada e prevenção das complicações de tratamento

Abordagem inicial

O tratamento inicial da CAD deve ser direcionado para as condições que colocam em risco a vida do paciente. Após rápida avaliação do estado de consciência e dados vitais



(frequências cardíaca e respiratória, pressão arterial e tempo de enchimento capilar), deve-se estabelecer suporte respiratório e expansão volêmica.

É recomendável estabelecer dois acessos venosos seguros, sendo um para reposições hidroeletrólíticas e outro para insulina.

A fase de expansão rápida deve começar imediatamente após admissão, com 10-20 ml/Kg de solução isotônica (soro fisiológico – NaCl a 0,9%), em 30 a 60 minutos. O uso de ringer lactato tem sido sugerido como uma alternativa, por ter menos cloreto e conter lactato, que é metabolizado em bicarbonato.

Nesse momento é necessário realizar anamnese e exame físico mais detalhados, além dos estudos laboratoriais iniciais para confirmação do diagnóstico, determinar a gravidade dos distúrbios metabólicos e detectar fatores desencadeantes do quadro.

A avaliação laboratorial inclui: a glicemia (realizar de imediato a dosagem capilar em extremidade digital); dosagens de potássio, sódio, cloretos, magnésio, cálcio, fósforo, ureia e creatinina séricos; gasometria arterial; hemograma; exames de urina (rotina, GRAM de gota não centrifugada e cultura) e cetonas séricas (se o exame for disponível). Exames de imagem podem ser necessários na investigação de fatores desencadeantes.

A administração de alimentos e líquidos por via oral deve ser suspensa, e, nos pacientes comatosos, deve ser instalada sonda nasogástrica para prevenção de aspiração.

## REIDRATAÇÃO

Existem diferentes protocolos de reidratação na CAD, porém todos são unânimes em estabelecer que, após pronta restauração do volume circulante na primeira hora, a reposição das perdas deve ser feita de forma lenta, durante um período de 24 a 36 horas.

A fase de reidratação poderá ser iniciada quando a pressão e o pulso estiverem estáveis, as extremidades quentes e o tempo de enchimento capilar forem inferiores a 2-3 segundos.

O cálculo do volume a ser infundido baseia-se na estimativa inicial do grau de desidratação, acrescido das necessidades básicas para a idade e das perdas que continuarem a ocorrer através de vômitos, drenagem por sonda gástrica, diarreia, hiperventilada febre e diurese osmótica. As perdas mais importantes a se considerar são as gastrointestinais, já que a diurese osmótica será reduzida com a queda da glicemia. Em geral, o volume necessário para reidratação é cerca de 3.000-3.500 ml/m<sup>2</sup> nas primeiras 24 horas.

A desidratação tende a ser subestimada, já que os sinais clínicos são menos evidentes por ser hipertônica. Se disponível o peso recente, pode ser calculada a perda; porém, na maior parte das vezes, a deficiência tem que ser estimada. Geralmente assume-se uma perda hídrica de 10% a 15% como orientação inicial da reposição.

A solução a ser infundida a partir da segunda hora é NaCl a 0,45% (soro fisiológico com água bidestilada na proporção 1:1). A infusão de soluções contendo glicose só pode ser iniciada quando a glicemia cai abaixo de 250-300 mg/dl.

A depleção de potássio é comum para a maior parte dos pacientes. Considerando que a hipopotassemia determina risco de arritmias e parada cardiorrespiratória, a reposição de potássio deve começar o mais rápido possível. Se não for possível obter em poucos minutos a dosagem sérica, deve-se realizar um eletrocardiograma (ECG) para avaliar se há sinais de repercussão dos desequilíbrios desse íon.

A reposição é iniciada logo após a expansão inicial, a menos que haja suspeita de insuficiência renal. Se a primeira dosagem for inferior a 3,5 mEq/L ou se existirem alterações no ECG compatíveis com hipopotassemia, a administração de potássio deve ser iniciada ainda na fase de expansão. Na presença de insuficiência renal e/ou se a primeira dosagem for superior a 5,5 mEq/L, o início da administração deve ser adiado até o débito urinário ser estabilizado e o potássio sérico começar a cair.

A infusão deve ser feita usando fosfato, acetato ou cloreto de potássio aos fluidos usados para reidratação, na concentração de 30 a 40 mEq/L ou 0,1 a 0,5 mEq/Kg/h. Usando metade na forma de fosfato e metade na forma de cloreto, o fósforo também é repostado e diminui o risco de acidose hiperclorêmica.

## Insulina

Embora a CAD ocorra pela deficiência de insulina, a administração pode ser protelada até a estabilização das funções vitais e, principalmente, se houver hipopotassemia grave, com alterações no ECG ou valores inferiores a 3,5 mEq/L na primeira dosagem.

A via de administração depende da gravidade do quadro clínico e das condições de atendimento. A forma preferencial é a infusão endovenosa (EV) contínua, em bomba de infusão. A taxa recomendada é de 0,1 U/Kg/h de insulina regular. Se a glicemia inicial for superior a 500 mg/dl pode ser feita 1U/Kg bolus antes do início da infusão contínua.

Uma forma simplificada de preparo da solução é adicionar o número de unidades de insulina regular igual ao peso do paciente a 100 ml de soro fisiológico. A taxa de infusão de 10 ml/h equivale a 0,1U/Kg/h. Devido à tendência da insulina a aderir às paredes do recipiente, é necessário desprezar cerca de 20 ml da solução antes de administrá-la, para saturar o equipo.

A glicemia deve ser monitorizada a cada hora, e, objetivo é obter queda de 60 a 120 mg/dl/h, para evitar hipoglicemia. Quando a glicemia se aproxima de 250 mg/dl, glicose a 5% deve ser adicionada aos líquidos de reidratação, substituindo a água bidestilada, e a taxa de infusão de insulina reduzida para 0,05 U/Kg/h, permanecendo nesse valor até a interrupção da administração contínua.

A glicose tende a normalizar-se mais rápido do que cetose e acidose. A insulina contínua deve ser mantida até correção da cetoacidose, e, se houver tendência à hipoglicemia, acrescenta-se maior quantidade de glicose ao fluido de reposição. O objetivo é manter os níveis entre 150 e 200 mg/dl, para reduzir os riscos de hipoglicemia e ficar próximo ao limiar renal, diminuindo a ocorrência de diurese osmótica.

Quando as condições forem adequadas para interromper a administração contínua, a via subcutânea (SC) é a preferida. Devido à meia-vida curta da insulina, a primeira dose subcutânea deve ser dada 30 minutos antes do término da infusão EV.



Uma alternativa possível, se a infusão contínua não for viável, é a administração intramuscular (IM), na dose de 0,1 U/Kg, a cada hora. Há, nesse caso, menor precisão do tratamento, mas pode ser uma via mais segura, principalmente se não houver bomba de infusão ou monitorização adequada do paciente. A via SC não deve ser usada porque a desidratação dificulta a absorção da insulina e torna o tratamento ineficaz.

### Bicarbonato

O uso do bicarbonato na CAD é controverso e raramente necessário. Justifica-se somente se o pH for inferior a 7,0 e em infusão lenta (cerca de duas horas), na dose de 1 a 2 mEq/Kg, ou calculando a deficiência a partir dos dados da gasometria.

Os riscos do uso do bicarbonato são a hipopotassemia, acidose paradoxal do sistema nervoso central (SNC), hipernatremia e alcalose rebotem.

### Monitorização

A monitorização adequada é um dos aspectos mais importantes para o tratamento da CAD ser bem-sucedido. O acompanhamento do quadro clínico e das variações laboratoriais é que permite fazer ajustes na terapêutica que permitam chegar à homeostase no tempo planejado, evitando a maior parte das complicações do tratamento.

Sempre que possível, principalmente nas formas mais graves, a internação em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica é recomendável. Porém, na sua falta, a abordagem não deve ser adiada e requer a presença do médico e da enfermagem junto ao paciente, pelo menos nas primeiras horas.

A maior parte dos protocolos recomenda fazer uma planilha de dados vitais, balanço hídrico, administração de insulina e resultados de exames laboratoriais, para sistematizar o acompanhamento.

Intervalos de monitorização:



- Dados vitais: Se possível, realizar monitorização contínua da frequência cardíaca (FC), ECG e saturação de oxigênio. Caso contrário, medir a FC, frequência respiratória (FR), pressão arterial (PA) e avaliar a qualidade do pulso e enchimento capilar a cada 20-30 minutos nas primeiras duas horas. Após estabilização do paciente, avaliar de 1/1 hora nas primeiras 12 horas e a cada 2-4 horas a seguir, se houver segurança da evolução favorável.
- Estado de consciência: Habitualmente utiliza-se a Escala de Coma de Glasgow, a cada 30 minutos nas primeiras duas horas e de 1/1 hora até 12 horas se o paciente estiver consciente e estável.
- Temperatura axilar de 2/2 horas.

#### Exames laboratoriais:

- a) Glicemia: capilar de 1/1 hora, enquanto houver infusão contínua de insulina, e dosagem laboratorial quando houver coleta de sangue para outros exames ou se surgirem dúvidas. A realização posterior será feita de acordo com a via de administração e tipo de insulina usada após interromper a infusão EV.
- b) Cetona sérica: de 2/2 horas nas primeiras 6 horas e com 12 e 24 horas.
- c) Gasometria arterial: À admissão e com 2, 6, 12 e 24 horas.
- d) Sódio, potássio e cloretos: À admissão e com 2, 6, 12 e 24 horas.
- e) Uréia, creatinina, cálcio e fósforo: À admissão e com 12 e 24 horas.
- f) Hemograma: À admissão.
- g) Exame de urina: À admissão.
- h) Cetonúria: Às micções.

Além dos intervalos padronizados, qualquer alteração inesperada no quadro clínico requer investigação e pode determinar mudanças no tratamento.



## Complicações

As complicações mais frequentes são: edema cerebral, hipoglicemia, hipopotassemia, arritmias cardíacas e edema pulmonar.

O edema cerebral é a mais grave delas, ocorrendo em cerca de 1% dos casos de CAD e apresentando alta taxa de mortalidade. Ocorre principalmente em crianças e a etiologia não é clara, parecendo ser multifatorial. Alguns fatores que parecem contribuir para sua instalação são a infusão rápida de líquidos e a correção agressiva da acidose e da hiperglicemia; porém, pode ocorrer mesmo em pacientes que receberam tratamento correto.

Habitualmente o edema cerebral se manifesta algumas horas após início do tratamento, quando o paciente já apresenta estabilidade. Os sinais clínicos são: alteração do nível de consciência, cefaleia súbita, vômitos, agitação, oftalmologia, alterações pupilares, alterações de sinais vitais e convulsões. O tratamento consiste em intubação, hiperventilação e manitol na dose de 0,25 a 1,0 g/Kg, EV, em 15 minutos, podendo ser repetido se necessário.

As outras complicações são menos ameaçadoras e podem ser prevenidas com a abordagem adequada da CAD.

## Tratamento de transição

A infusão endovenosa de líquidos deve ser interrompida quando o paciente estiver sem acidose ou distúrbios eletrolíticos e tolerando bem a via oral, sem vômitos.

Insulina regular por via subcutânea só pode ser administrada após hidratação e inicialmente na dose de 0,25 U/Kg a cada seis horas. A insulina de ação intermediária (NPH) deve ser iniciada com a regularização da alimentação e administrada antes do café-da-manhã e do jantar.





## FLUXO PARA RESÍDUOS DE SAÚDE

O manejo dos resíduos produzidos na Unidade será direcionado por um conjunto de ações voltadas ao gerenciamento dos resíduos produzidos e irá focar os aspectos intra e extra estabelecimento, incluindo desde a geração até a disposição final, conforme as etapas descritas:

Segregação: consiste na separação, de acordo com as características, estado físico e riscos envolvidos, dos resíduos no momento e local de sua geração. Para tanto as equipes serão treinadas a segregar no ato da produção, tendo os ambientes da UPA sido preparados para tal.

Grupo A - Resíduo Biológico ou Infectante: devem ser acondicionados no momento da sua geração em saco plástico leitoso, resistente, impermeável, identificado com a simbologia de resíduo infectante conforme ABNT-NBR 7500/94 - Símbolos de Risco e Manuseio para o Transporte e Armazenamento de material - Simbologia - e ABNT-NBR 9191/93 – Sacos Plásticos para Acondicionamento de Lixo Os perfurantes e cortantes devem ser descartados separadamente e imediatamente após o seu uso, em recipientes estanques, rígidos, com tampa e no local da sua geração, identificados com a inscrição "PERFUROCORTANTE".

Grupo B - Resíduo Químico: devem ser acondicionados em recipiente que garanta a integridade física dos frascos, evitando choque mecânico, e mantendo seus recipientes originais. Na ausência destas embalagens originais, devem ser acondicionados em frascos de até dois litros ou em bombonas plásticas, resistentes, rígidas e estanques, com tampa rosqueada, vedante e identificadas com simbologia de substância tóxica, acrescida da expressão "RESÍDUOS QUÍMICOS", indicando o risco que representa e informações sobre o elemento químico e sua toxicidade. Os resíduos quimioterápicos (incluindo equipos, restos de fármacos administrados, compressas, vestimenta de trabalho, luvas e outros descartáveis) devem ser acondicionados em separado dos demais resíduos químicos, em saco impermeável e resistente, devendo ser colocado em outro saco devidamente identificado.

Os perfurantes e cortantes devem ser descartados separadamente e imediatamente após o seu uso, em recipientes estanques, rígidos, com tampa e no local da sua geração, identificados com a inscrição "PERFUROCORTANTE"

Grupo C - Rejeito Radioativo: os resíduos sólidos deste grupo deverão ser acondicionados em saco branco leitoso, resistente, impermeável, utilizando saco duplo para os resíduos pesados e úmidos, devidamente identificado utilizando-se os símbolos baseados na norma da ABNT-NBR 7500/94 - Símbolos de Risco e Manuseio para o Transporte e Armazenamento de Material - Simbologia. Deverá ainda indicar o risco que representa, informações sobre o conteúdo, nome do elemento radioativo, tempo de decaimento, data de geração, nome da unidade geradora e outras que exigir a Resolução CNEN-NE-6.05 - Gerência de Rejeitos Radioativos em Instalações Radiativas - DOU 17/12/85.

Os perfurantes e cortantes devem ser descartados separadamente e imediatamente após o seu uso, em recipientes estanques, rígidos, com tampa e no local da sua geração, identificados com a inscrição "PERFUROCORTANTE".

Grupo D - Resíduo Comum: os resíduos deste grupo, do tipo finais, devem ser acondicionados em saco plástico, de qualquer cor, exceto na cor branca (ABNT-NBR 9191/93 – Sacos Plásticos para Acondicionamento de Lixo - Especificação).

O resíduo de cozinha, que é pesado e úmido, deve ser acondicionado em saco duplo, também de qualquer cor, exceto na cor branca, com peso de até 16kg.

O material reciclável, após classificação (papel/papelão, metais, vidros, plásticos) deve ser acondicionado em sacos transparentes, o que facilita a sua visualização.

#### ATENÇÃO:

- É importante lembrar que todo o recipiente tem que ser fechado ao atingir 2/3 da sua capacidade, de forma a não possibilitar vazamento.
- Os resíduos provenientes dos atendimentos domiciliares deverão ser recolhidos pelos próprios agentes e encaminhados aos EAS de origem, sempre e de acordo com o disposto nas normas de segregação.

Acondicionamento: consiste no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura. Será



estudada a partir da produção por setor qual a capacidade necessária dos recipientes de acondicionamento para acondicionar a produção diária de cada tipo de resíduo por setor. Segregação: consiste na separação, de acordo com as características, estado físico e riscos envolvidos, dos resíduos no momento e local de sua geração. Para tanto as equipes serão treinadas a segregar no ato da produção, tendo os ambientes da UPA sido preparados para tal.

Em cumprimento as determinações, os resíduos sólidos serão acondicionados em sacos resistentes à ruptura e vazamento e impermeáveis, sendo respeitado o limite de peso de cada saco e sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento. Os sacos serão colocados em coletores de material lavável, resistente ao processo de descontaminação (nos setores que assim exigirem), com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual e com cantos arredondados. Os resíduos perfuro cortantes serão acondicionados em recipientes resistentes à punctura, ruptura e vazamento, e ao processo de descontaminação.

Identificação: nesta etapa do manejo dos resíduos é possível reconhecer os resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS. Os sacos de acondicionamento, os recipientes de coleta interna e externa, os recipientes de transporte interno e externo, e os locais de armazenamento serão identificados de forma a permitir fácil visualização, utilizando-se símbolos, cores e frases, atendendo aos parâmetros referendados na norma NBR 7.500 da ABNT, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos.

Transporte Interno: esta é a etapa que consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta. O PGRSS das unidades de saúde apresentará, após estudo dos fluxos e funcionamento da unidade, qual deve ser o melhor caminho, sendo a coleta transportada atendendo roteiro previamente definido e em horários não coincidentes com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas ou de atividades. O

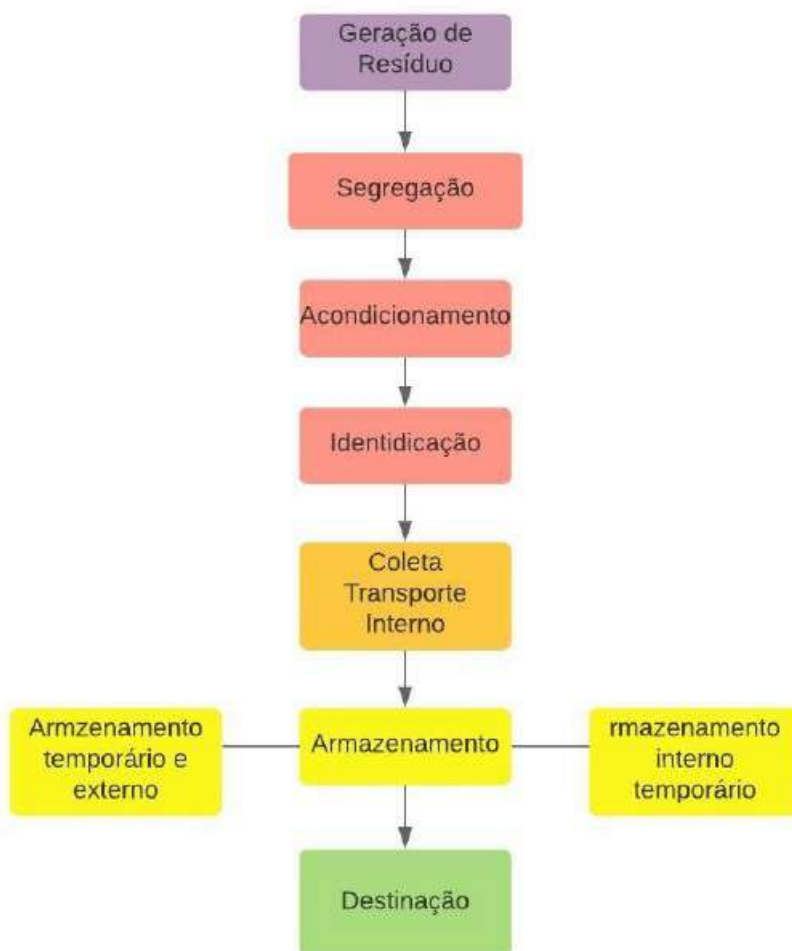
transporte será feito separadamente de acordo com o grupo de resíduos e em recipientes específicos a cada grupo de resíduos.

**Armazenamento Temporário:** a guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta interna da UPA e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa. O armazenamento temporário será feito em sacos e recipientes de acondicionamento adequados e de acordo com o PGRSS. Os resíduos de fácil putrefação que venham a ser coletados por período superior a 24 horas de seu armazenamento, devem ser conservados sob refrigeração, e quando não for possível, serem submetidos a outro método de conservação. O armazenamento de resíduos químicos deve atender à NBR 12235 da ABNT.

**Armazenamento Externo:** a guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores. Neste local não será permitido a manutenção dos sacos de resíduos fora dos recipientes ali estacionados.

**Tratamento:** o tratamento dos RSS gerados pelas da UPA será realizado por prestador de serviço especializado e legalizado contratado para este fim. Neste caso, a Coleta e Transporte Externos também serão de responsabilidade da contratada que deverá utilizar ferramentas e técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana, cumprindo as normas NBR 12.810 e NBR 14652 da ABNT.

## Fluxo Unidirecional de Resíduos



## Política de Proteção de Dados



### **POLÍTICA DE PROTEÇÃO DE DADOS BASEADA NA LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS - LGPD**

**INSTITUTO DE GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS  
IGPP**

**São Paulo  
Junho/2023**



## SUMÁRIO

|     |                                                                        |    |
|-----|------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.  | INTRODUÇÃO .....                                                       | 3  |
| 2.  | DEFINIÇÕES .....                                                       | 3  |
| 3.  | RESPONSABILIDADE E PRESTAÇÃO DE CONTAS.....                            | 5  |
| 4.  | COLETA DE DADOS PESSOAIS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES .....              | 8  |
| 5.  | COLETA DE DADOS PESSOAIS PARA PROCESSO DE SELEÇÃO E DE COLABORADORES.. | 8  |
| 6.  | USO DE COOKIES .....                                                   | 9  |
| 7.  | DIVULGAÇÃO, ARMAZENAMENTO OU TRANSFERÊNCIA DE SEUS DADOS PESSOAIS.     | 10 |
| 8.  | COMPARTILHAMENTO DE DADOS PESSOAIS.....                                | 11 |
| 9.  | DIREITOS DOS TITULARES .....                                           | 11 |
| 10. | ALTERAÇÕES EM NOSSA POLÍTICA DE PRIVACIDADE E COOKIES .....            | 12 |
| 11. | CANAIS DE ATENDIMENTO.....                                             | 12 |





legais, ou entre esses e entes privados, reciprocamente, com autorização específica, para uma ou mais modalidades de tratamento permitidas por esses entes públicos, ou entre entes privados.

- g. **TERMO DE CONSENTIMENTO:** documento que coleta manifestação favorável ao tratamento dos dados pessoais pelo IGPP, assegurando o direito e consentimento do titular permitidas por esses entes públicos, ou entre entes privados. O uso compartilhado deve garantir a eficiência administrativa, a gestão pública eficaz e o atendimento ao interesse público, respeitando-se os princípios da proteção de dados pessoais previstos nesta Política e na LGPD.
- h. **FINALIDADE ESPECÍFICA:** Motivo pelo qual os dados pessoais são tratados. Tal finalidade deve ser previamente informada ao titular dos dados, e o tratamento não pode desviar da finalidade inicialmente estabelecida sem novo consentimento.
- i. **BASE LEGAL:** Fundamento legal que justifica o tratamento de dados pessoais, podendo ser o consentimento do titular, um contrato, uma obrigação legal, a proteção do crédito, entre outros previstos na LGPD.
- j. **CONSENTIMENTO:** Autorização clara e evidente do titular para tratamento de seus dados pessoais para uma finalidade específica. O consentimento pode ser retirado pelo titular a qualquer momento, mediante solicitação formal ao Instituto de Gestão de Políticas Públicas – IGPP.
- k. **REVOGAR CONSENTIMENTO:** Ação do titular dos dados em retirar sua autorização para tratamento de seus dados. A revogação do consentimento não afeta a legalidade do tratamento realizado com base no consentimento anteriormente dado.
- l. **SEGURANÇA DOS DADOS:** Utilização de medidas técnicas e administrativas para proteger os dados pessoais de acessos não autorizados, destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito.
- m. **VIOLAÇÃO DE DADOS:** Brecha de segurança que provoque, de modo acidental ou ilícito, a destruição, perda, alteração, divulgação ou acesso a dados pessoais transmitidos, conservados ou sujeitos a qualquer outro tipo de tratamento.

4





### 3. RESPONSABILIDADE E PRESTAÇÃO DE CONTAS

O Instituto de Gestão de Políticas Públicas – IGPP deve adotar medidas eficazes e capazes de comprovar o cumprimento das normas de proteção de dados e, inclusive, a eficácia dessas medidas. Isso implica que os dados pessoais devem ser mantidos atualizados e refletir a realidade.

Quando os dados estiverem incorretos, incompletos ou desatualizados, eles devem ser corrigidos ou atualizados de ofício ou a pedido do titular.

- a. **Princípio da Transparência:** Garantia de que os titulares tenham informações claras, precisas e facilmente acessíveis sobre a realização do tratamento e os respectivos agentes de tratamento, respeitados os segredos comercial e industrial. O Instituto de Gestão de Políticas Públicas - IGPP deve fornecer todas as informações solicitadas pelo titular de forma clara, concisa e em linguagem de fácil compreensão.
- b. **Princípio da Segurança:** Utilização de medidas técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito.
- c. **Princípio da Prevenção:** Adoção de medidas para prevenir a ocorrência de danos em virtude do tratamento de dados pessoais, seja por meio de práticas preventivas ou corretivas.
- d. **Princípio da Não Discriminação:** Garantia de que o tratamento de dados não será realizado para fins discriminatórios ilícitos ou abusivos. O tratamento de dados pessoais não pode ser usado como meio para prejudicar os direitos e liberdades fundamentais do titular, em especial sua privacidade.
- e. **Princípio da Responsabilização e Prestação de Contas:** Demonstração, pelo agente, da adoção de medidas eficazes e capazes de comprovar a observância e o cumprimento das normas de proteção de dados pessoais e, inclusive, a eficácia dessas medidas. Isso significa que o IGPP não apenas deve cumprir todos os princípios, mas também mostrar que está cumprindo.

5





Os princípios aqui mencionados são o alicerce para qualquer atividade relacionada ao tratamento de dados no Instituto de Gestão de Políticas Públicas - IGPP. Todos os colaboradores, terceirizados, prestadores de serviços e qualquer outro que tenha contato com os dados pessoais sob a gestão do IGPP devem ter pleno conhecimento e aderência a estes princípios, sob pena de medidas corretivas e, se aplicável, sanções previstas em lei.

É fundamental que, ao adotar práticas diárias, seja sempre considerado o respeito à privacidade e à proteção dos dados pessoais. O compromisso com estes princípios reforça a responsabilidade e transparência do IGPP perante seus usuários, colaboradores e a sociedade em geral.

Os dados pessoais são coletados com os seguintes propósitos:

1. **Prestação de Serviços Médicos:** Para que possamos oferecer um atendimento adequado, compreender a condição de saúde do paciente, seu histórico médico e outras informações relevantes que podem afetar o diagnóstico, tratamento ou outras necessidades médicas.
2. **Comunicação:** Os dados de contato, como e-mail e telefone, são utilizados para comunicar informações importantes sobre consultas, exames, tratamentos, alertas de saúde e outros comunicados relevantes.
3. **Administração e Operação:** Para gerenciar nosso relacionamento com os pacientes, processar pagamentos da estrutura interna do instituto e filial, verificar a identidade e autenticidade dos dados fornecidos, e cumprir com obrigações legais e regulatórias.
4. **Melhoria Contínua:** Os dados podem ser usados para análise e pesquisa com o objetivo de melhorar nossos serviços, desenvolver novas soluções médicas ou otimizar os processos existentes.
5. **Cumprimento Legal:** Em certos casos, podemos coletar e usar dados pessoais conforme necessário ou apropriado para cumprir leis, solicitações de autoridades legais, processos judiciais e para proteger nossos direitos ou propriedades.
6. **Marketing e Promoção:** Com seu consentimento, podemos usar seus dados para enviar comunicações, avisos, e informações sobre nossos serviços, ações,

6





eventos, pesquisas, e outras novidades relacionadas ao IGPP.

7. **Segurança:** Para garantir a segurança de nossos pacientes e colaboradores, e para proteger nossos ativos e instalações.
8. **Pesquisa e Desenvolvimento:** Para desenvolver novos tratamentos, medicamentos ou técnicas médicas, ou para conduzir estudos clínicos e pesquisas na área de saúde, sempre respeitando as normas éticas e de privacidade.

Ao coletar dados pessoais, o IGPP se compromete a utilizar essas informações apenas para os propósitos para os quais foram coletadas, respeitando os princípios da LGPD e garantindo a integridade, confidencialidade e privacidade dessas informações.

O consentimento do titular é fundamental e, caso ele deseje retirar esse consentimento, deverá ser assegurado o seu direito de fazê-lo, bem como o direito de acesso, correção e exclusão de seus dados, conforme previsto em lei.

O IGPP é responsável pela administração de diversos equipamentos de saúde da rede pública e poderá realizar a coleta tanto de dados pessoais, como de dados pessoais sensíveis, para as seguintes finalidades:

- (i) Identificação e cadastramento nos sistemas internos das unidades;
- (ii) Cumprir as obrigações decorrentes do uso na prestação de todos os serviços de saúde;
- (iii) Cumprir obrigações legais, regulatórias e contratuais com o órgão público Contratante;
- (iv) Comunicações compulsórias exigidas por lei, ou por determinação de autoridades judiciais ou administrativas;
- (v) Prover prestação de serviços para tutela da saúde, proteção da vida ou da incolumidade física do titular, incluindo diagnósticos prévios, doenças preexistentes, relatório de anamnese, resultados de exames etc.;
- (vi) Quando for necessário para realizar exames clínicos e laboratoriais por meio de empresas ou instituições terceiras;
- (vii) Portabilidade dos dados cadastrais para outro Controlador do mesmo ramo de nossa atuação em atenção ao artigo 18 da LGPD;
- (viii) Ampliar o relacionamento com o usuário informando sobre novidades, conteúdos e notícias;

7





- (ix) Ofertas de oportunidades de trabalho, com o envio das informações contidas no currículo para análise da Coordenação de Gestão de Pessoas;
- (x) Para proteger nossos direitos, privacidade, segurança ou propriedade.

Em decorrência da atividade fim do IGPP, consistente na prestação de serviços de saúde, e, por serem sensíveis, a LGPD autoriza o tratamento deste tipo de dados o fazendo de forma expressa na Lei (art.7º, VIII, art.11, II, F).

No IGPP, estes dados são tratados com maior rigor de privacidade através de medidas técnicas e organizacionais.

Tal prestação de serviço demanda intercâmbio de informações entre entidades e órgãos públicos, cuja finalidade é exclusivamente executar os serviços de saúde na tentativa de alcançar a melhor entrega possível ao usuário final.

Sendo o tratamento desses dados indispensáveis para o atendimento ao público de forma adequada, a LGPD dispõe que, nestes casos, pode ocorrer o tratamento sem o consentimento do titular (art.11, II, §4º)."

#### 4. COLETA DE DADOS PESSOAIS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

No exercício da prestação de serviços públicos de saúde, o IGPP realiza o tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis de crianças e adolescentes.

Assim, quando houver a necessidade de qualquer tipo de tratamento dos dados pessoais ou dados pessoais sensíveis, incluindo coleta, processamento, armazenamento ou compartilhamento, os responsáveis legais do titular serão comunicados e informados acerca das finalidades, bem como serão devidamente colhidos os seus consentimentos para realização do tratamento.

#### 5. COLETA DE DADOS PESSOAIS PARA PROCESSO DE SELEÇÃO E DE COLABORADORES

Para participação de processo seletivo no IGPP, os dados contidos no currículo profissional (nome, contato, foto de identificação) são coletados através de plataforma de recrutamento e seleção e armazenados no prazo mínimo estabelecido pela legislação.

No tocante aos colaboradores, todos os dados (identificação, número dos documentos

8





pessoais, informações profissionais e educacionais, dados financeiros, dados dos dependentes e dados biométricos) são coletados e armazenados em sistemas de informação (plataformas/data center).

A finalidade é justamente para manutenção do contrato de trabalho, encontrando proteção no exercício do contrato celebrado entre as partes.

O tratamento dos dados acima é realizado através do cadastramento em sistemas de informação e poderá ser compartilhado com órgãos públicos para atendimento de requisitos legais, além dos terceiros, isto é, prestadores de serviços para concessão de benefícios e permissões de credenciais para acesso aos locais de trabalho.

## 6. USO DE COOKIES

Recebe e armazena dados dos seus usuários mediante a utilização de cookies. Cookies são pequenos arquivos de texto que podem ser colocados no seu computador ou dispositivo portátil por sites ou serviços na web quando são acessados, que servem para reconhecer, acompanhar e armazenar sua navegação como usuário da internet."

- a. **Cookies de sessão:** Os cookies de sessão permitem que os usuários sejam reconhecidos dentro de um site, de modo que qualquer alteração de página ou seleção de item ou de dados que o usuário faça, seja lembrada de uma página para outra.
- b. **Cookies persistentes:** Os cookies persistentes permanecem no disco rígido do usuário até serem apagados pelo usuário ou até expirarem. Os cookies persistentes podem oferecer serviços simples ao usuário como visitante recorrente. Por exemplo, para manter a seleção de idioma do usuário. Quando o usuário visitar esse site, ele oferecerá, com base nas informações do cookie, o conteúdo no idioma escolhido durante a visita anterior. Esse tipo de cookie pode tornar a experiência do visitante do site mais pessoal.
- c. **Cookies de rastreamento:** Um cookie de rastreamento geralmente é chamado de cookie de terceiros. Ele é colocado no disco rígido de um usuário por um site de um domínio diferente daquele que o usuário está visitando. Assim como acontece com os cookies padrão, os cookies de terceiros colocados no computador possibilitam salvar algumas informações sobre o usuário para uso posterior. No

9





entanto, os cookies de terceiros são geralmente definidos por redes de publicidade nas quais um site pode se inscrever.

Vale lembrar que cabe a quem acessa os domínios do IGPP assegurar que as configurações do seu computador ou dispositivo portátil reflitam se o TITULAR concorda em aceitar cookies ou não.

## 7. DIVULGAÇÃO, ARMAZENAMENTO OU TRANSFERÊNCIA DE SEUS DADOS PESSOAIS

O IGPP adota medidas técnicas em ambientes operacionais, adequadas relativamente à segurança e confiabilidade para garantir que os dados pessoais dos TITULARES sejam mantidos de forma confidencial e segura.

Os dados pessoais tratados serão acessados tão somente por colaboradores do IGPP quando devidamente autorizados para cumprimento das finalidades estabelecidas nesta Política de Privacidade, bem como para eventual cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador, respeitando os princípios de proporcionalidade, necessidade e relevância para os objetivos das atividades desempenhadas pela Instituição.

Caso empresas terceirizadas realizem o tratamento em nosso nome, de quaisquer dados pessoais que coletamos, respeitarão as condições aqui estipuladas e as normas de segurança da informação.

Vale lembrar que seus dados pessoais serão mantidos somente pelo tempo que for necessário para cumprir as finalidades descritas nesta política e/ou de acordo com prazos legais ou regulatórios vigentes aos quais estejamos sujeitos ou mesmo para o resguardar os direitos do IGPP.

Em situações excepcionais, o armazenamento de dados pessoais, registros de tratamento e históricos será por um período maior do que o previsto na legislação.

São elas:

- (i) Em caso de litígio pendente, os dados podem ser conservados até trânsito em julgado da decisão;
- (ii) Para fins de auditoria, segurança, controle de fraudes, proteção ao crédito e preservação de direitos;

10







- (iii) Na condição de Órgão de Pesquisa, para realização de pesquisas, garantindo, sempre que possível, a anonimização dos seus dados.



#### 8. COMPARTILHAMENTO DE DADOS PESSOAIS

O compartilhamento dos dados pessoais dos TITULARES é realizado nas hipóteses abaixo para:

- (i) Cadastramento nos sistemas internos da unidade e uso na prestação de todos os serviços de saúde executados pela Instituição;
- (ii) Cumprimento de ordem judicial; requerimentos ou requisições de autoridades públicas ou governamentais competentes e, ainda, solicitações de órgãos de classe;
- (iii) Quando necessário para realizar exames clínicos e laboratoriais por meio de empresas ou instituições terceiras;
- (iv) Com médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas prestadores de serviço que eventualmente irão nos apoiar na execução do atendimento e diagnóstico;
- (v) Com instituições de pesquisa parceiras, para uso (anonimizado ou pseudoanonimizado) em projetos e atividades a que o IGPP estiver vinculado, para a realização de estudos e pesquisas médicas;
- (vi) Com empresas terceiras que irão nos apoiar no processo e nas operações que envolvem a execução dos nossos serviços, tais como, mas não se limitando a: transporte de resultados e amostras, suporte técnico a equipamentos laboratoriais, suporte técnico a equipamentos de tecnologia;
- (vii) Para realização de comunicações/notificações compulsórias;
- (viii) Por determinação da Autoridade Nacional de Proteção de Dados ou de outra autoridade de controle competente.

#### 9. DIREITOS DOS TITULARES

O TITULAR tem direito de solicitar, por meio do canal de comunicação detalhado nesta política, a confirmação da existência, requisitar a revisão, modificação e/ou uma cópia eletrônica da informação dos seus dados pessoais que são tratados pelo IGPP, bem como, a eliminação ou a limitação de uso do dado pessoal, a portabilidade dos seus dados, ou ainda opor-se ao seu tratamento, exceto nos casos previstos em lei.

Vale destacar que, em determinados casos, a exclusão dos dados pessoais ficará condicionada à sua possibilidade técnica e respeitadas as obrigações legais e regulatórias

11





vigentes quanto à necessidade de sua guarda.

Os titulares podem entrar em contato com a entidade para fins de exercício desses direitos. Para tanto, o IGPP coloca à disposição o acesso ao DPO para que sejam efetuadas as requisições como pedido de informações sobre a existência dos dados, informações sobre a finalidade, compartilhamento, entre outras.



#### 10. ALTERAÇÕES EM NOSSA POLÍTICA DE PRIVACIDADE E COOKIES

Toda e qualquer prática adotada por esta Política de Privacidade e o uso de cookies poderá sofrer atualização ou revisão a qualquer momento, sempre visando manter a conformidade com a legislação vigente. Recomendamos que esta Política de Privacidade seja acessada frequentemente para observar quaisquer atualizações ou alterações realizadas.

#### 11. CANAIS DE ATENDIMENTO

Em caso de qualquer dúvida com relação às disposições constantes nesta Política de Privacidade você poderá contatar o nosso Encarregado de Dados, através do e-mail: [dpo@igpp.org.br](mailto:dpo@igpp.org.br).



São Paulo, 14 de junho de 2023.



Fabiula Martins Lourenço  
Presidente  
Instituto de Gestão de Políticas Públicas -  
IGPP



Celino Barbosa de Souza Netto  
Diretor Jurídico  
Instituto de Gestão de Políticas Públicas -  
IGPP





**8º Oficial de Registro de Títulos e Documentos e  
Civil de Pessoa Jurídica da Comarca de São Paulo**

Oficial: *Geraldo José Filiaci Cunha*

Pça Pe Manuel da Nóbrega 21 - 5º And - Centro  
Tel.: (XX11) 3107-0111 e 3777-8680 - Email: [8rtd@8rtd.com.br](mailto:8rtd@8rtd.com.br) - Site: [www.cdtsp.com.br](http://www.cdtsp.com.br)

**REGISTRO PARA FINS DE  
PUBLICIDADE E EFICÁCIA CONTRA TERCEIROS**

**Nº 1.564.999 de 15/09/2023**

Certifico e dou fé que o documento em papel, contendo **12 (doze) páginas**, foi apresentado em 15/09/2023, protocolado sob nº 1.572.271, tendo sido registrado eletronicamente sob nº **1.564.999** no Livro de Registro B deste 8º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de São Paulo, na presente data.

**Natureza:**  
RELATORIO

São Paulo, 15 de setembro de 2023

*Cristiano Assunção Duarte*  
Cristiano Assunção Duarte  
Escrivente Substituto



Este certificado é parte **integrante e inseparável** do registro do documento acima descrito.

| Emolumentos        | Estado    | Secretaria da Fazenda | Registro Civil  | Tribunal de Justiça |
|--------------------|-----------|-----------------------|-----------------|---------------------|
| R\$ 133,94         | R\$ 38,16 | R\$ 26,07             | R\$ 7,07        | R\$ 9,15            |
| Ministério Público | ISS       | Condução              | Outras Despesas | Total               |
| R\$ 6,45           | R\$ 2,80  | R\$ 0,00              | R\$ 0,00        | R\$ 223,64          |



Para verificar o conteúdo integral do documento, acesse o site: [servicos.cdtsp.com.br/validarregistro](http://servicos.cdtsp.com.br/validarregistro) e informe a chave abaixo ou utilize um leitor de qrcode.

**00211738740786228**



Para conferir a procedência deste documento efetue a leitura do QR Code impresso ou acesse o endereço eletrônico: <https://selodigital.tjsp.jus.br>

Selo Digital  
**1137534TIEA000054625DD23H**

## Política de Compliance



## POLÍTICA DE COMPLIANCE



INSTITUTO DE GESTÃO DE POLÍTICAS  
PÚBLICAS  
IGPP

São Paulo  
Junho/2023



## Sumário

|                                                  |    |
|--------------------------------------------------|----|
| MENSAGEM DO CORPO DIRETIVO .....                 | 3  |
| 1. OBJETIVO .....                                | 4  |
| 2. ABRANGÊNCIA .....                             | 4  |
| 3. DIRETRIZES .....                              | 5  |
| 4. SUPORTE AO CORPO DIRETIVO .....               | 6  |
| 5. AVALIAÇÃO DE RISCOS .....                     | 6  |
| 6. IMPLEMENTAÇÃO DE REGRAS E INSTRUMENTOS: ..... | 7  |
| 7. CONTROLES INTERNOS: .....                     | 8  |
| 8. TREINAMENTO E COMUNICAÇÃO: .....              | 9  |
| 9. DUE DILIGENCE: .....                          | 11 |
| 10. AUDITORIA E MONITORAMENTO: .....             | 12 |
| 11. INVESTIGAÇÃO E REPORT: .....                 | 14 |
| 12. FEEDBACK E MELHORIA CONTÍNUA: .....          | 14 |
| 13. DISPOSIÇÕES FINAIS .....                     | 15 |





## MENSAGEM DO CORPO DIRETIVO

### O Instituto de Gestão de Políticas Públicas - IGPP: Uma Jornada Ética e Transparente

O Instituto de Gestão de Políticas Públicas (IGPP) não é apenas uma organização. É uma entidade que reflete um conjunto de valores, princípios e uma visão voltada para o futuro da gestão pública. Em sua essência, há um compromisso profundo de manter os mais elevados padrões éticos, transparência e integridade no relacionamento com a sociedade.

Como instituição filantrópica, o IGPP entende que a adoção de boas práticas de gestão não é apenas uma opção, mas uma obrigação. Isto porque seu papel na sociedade é singular. Para além do mero cumprimento da Lei, nosso propósito está enraizado em uma verdadeira preocupação com nossos princípios, valores e com o impacto duradouro que podemos criar.

Para garantir que esses valores se manifestem em ações tangíveis, instituímos o PROGRAMA DE INTEGRIDADE. Este programa não é apenas uma estrutura, mas um reflexo de nosso desejo incessante de atingir a excelência na gestão pública.

Nossa busca permanente por melhores práticas de governança nos leva a alinhar nossas atividades ao ambiente regulatório. Com o suporte inabalável da Alta Administração e a atuação autônoma do Comitê de Governança, garantimos que os padrões éticos e de transparência sejam elevados e consistentes.

Além disso, criamos políticas e normativas que estabelecem controles internos rígidos. Estes sistemas não só regulam nossas atividades diárias, mas também servem como baluartes contra qualquer prática desviante que possa comprometer nosso compromisso com a sociedade.

Acreditamos que a ética e a integridade não são apenas questões de regulamentação, mas também de educação e consciência. Portanto, investimos consideravelmente em treinamentos e capacitações. Esses programas asseguram que nossa equipe esteja preparada para tomar decisões que estejam em sintonia com nossa missão e valores.

3





Mas nosso compromisso não termina nas paredes do IGPP. Queremos que esta onda de integridade e transparência alcance todos aqueles associados a nós - sejam eles colaboradores, fornecedores ou parceiros.

Incentivamos ativamente que todos disseminem a cultura ética. Porque quando todos agem com integridade, o resultado é um ecossistema mais robusto, transparente e confiável. Juntos, podemos cocriar e manter um ambiente onde a ética não é apenas esperada, mas é a norma.

O IGPP, em sua jornada, permanece fiel à sua missão de servir com integridade, transparência e excelência. Estamos constantemente evoluindo, aprendendo e ajustando nosso curso, mas uma coisa permanece constante: nosso compromisso inabalável com a ética. E à medida que avançamos, reafirmamos esse compromisso todos os dias, com cada decisão e ação.

Nosso chamado é claro: junte-se a nós nesta jornada, compartilhe nosso compromisso e vamos, juntos, construir um futuro em que a integridade e a transparência não sejam apenas palavras, mas o alicerce de tudo o que fazemos.

## 1. OBJETIVO

A presente Política destina-se a estabelecer e orientar as diretrizes fundamentais do Programa de Integridade do IGPP. Embora este documento sirva como referência para práticas íntegras e éticas, ele não substitui nem contradiz quaisquer instrumentos legais ou o Código de Conduta Ética do IGPP.

## 2. ABRANGÊNCIA

A amplitude e profundidade desta Política é vital para garantir que a integridade permeie todas as áreas e níveis de atuação do IGPP. Por isso, sua aplicação não se limita apenas ao corpo direto de funcionários e gestores, mas se estende de forma holística, englobando diversos membros e associados à organização.

Detalhadamente:

- I. **Matriz e Filiais:** Esta Política é pertinente a todos os departamentos, seções e unidades da matriz do IGPP, bem como a todas as suas filiais,

4





seja no território nacional. Nenhuma unidade ou local de trabalho está isento de seguir e promover os princípios de integridade estabelecidos.

- II. **Todos os Níveis Hierárquicos:** Desde os novos colaboradores até a alta direção, todos os indivíduos associados ao IGPP são orientados e esperados a seguir esta Política. A integridade e a ética não conhecem hierarquia e são igualmente aplicáveis a todos, independentemente da posição ou função.
- III. **Prestadores de Serviços:** Qualquer entidade ou indivíduo que forneça serviços ao IGPP, seja em caráter contínuo ou pontual, está vinculado aos padrões de integridade estabelecidos. Isso inclui, mas não se limita a, consultores, colaboradores, agentes e contratados.
- IV. **Fornecedores:** Para garantir uma cadeia de suprimentos ética e responsável, todos os fornecedores do IGPP são orientados sobre esta Política e devem aderir a seus princípios como pré-requisito para qualquer colaboração comercial.
- V. **Partes Relacionadas:** Este grupo inclui parceiros de joint ventures, afiliadas e outras entidades que possam ter uma relação direta ou influência nas operações do IGPP.
- VI. **Atores Externos:** A comunidade em geral, incluindo, mas não se limitando ao Poder Público, Agências Reguladoras, ONGs, organizações de direitos humanos, e o público, é incentivada a entender e reconhecer o compromisso do IGPP com a integridade, e a reportar quaisquer desvios que possam testemunhar.

Por meio desta abrangência, o IGPP garante que sua visão de integridade, transparência e ética seja compartilhada, entendida e praticada por todos os associados à organização, criando assim um ecossistema sustentável e confiável.

### 3. DIRETRIZES

As diretrizes do Programa de Integridade do IGPP representam o cerne de nossa abordagem para manter a ética, a integridade e a conformidade em todas as nossas

5





operações não apenas ajudam a proteger a organização contra riscos e violações, mas também estabelecem a base para uma cultura corporativa enraizada na responsabilidade e na transparência.

#### 4. SUPORTE AO CORPO DIRETIVO

O envolvimento e compromisso do Corpo Diretivo faz-se essencial para infundir uma cultura de integridade. O Corpo Diretivo não apenas define e endossa o Programa de Integridade, mas também participa ativamente de suas revisões e melhorias.

Além disso, sua participação em programas de treinamento e sessões de conscientização demonstra sua dedicação à causa e serve como modelo para todos os níveis da organização.

#### 5. AVALIAÇÃO DE RISCOS

A identificação proativa e a gestão de riscos são fundamentais para o sucesso e sustentabilidade de qualquer organização. No IGPP, a avaliação de riscos não é apenas um processo formal, mas uma prática enraizada que busca proteger, sustentar e impulsionar a instituição em seu ambiente operacional.

- I. **Metodologia Dinâmica:** Nós adotamos uma abordagem multifacetada para avaliar riscos. Isso envolve combinar dados quantitativos e qualitativos, garantindo uma compreensão completa dos riscos enfrentados, seja no ambiente macro, no setor específico ou nas operações internas.
- II. **Monitoramento Contínuo:** Riscos evoluem com o tempo. Por isso, o IGPP investe em sistemas e ferramentas tecnológicas que proporcionam monitoramento em tempo real, permitindo que a organização identifique novas ameaças e oportunidades em estágios iniciais.
- III. **Engajamento Colaborativo:** A avaliação de riscos no IGPP não é uma tarefa isolada de um único departamento. Envolve a participação de diversas equipes, garantindo que haja uma multiplicidade de perspectivas e expertise no processo. Isso também promove uma cultura de conscientização de riscos em toda a organização.

6







- IV. **Avaliação Preditiva:** Utilizando análises avançadas e modelagem, a equipe de avaliação de riscos também procura prever tendências e cenários futuros. Isso permite que o IGPP esteja preparado para riscos emergentes e possa se adaptar proativamente às mudanças do mercado.
- V. **Foco na Materialidade:** Enquanto todos os riscos são considerados, o IGPP prioriza aqueles que têm o potencial de causar o maior impacto - seja financeiro, operacional ou reputacional. Essa abordagem focada garante que os recursos sejam alocados de forma eficiente e eficaz.
- VI. **Feedback e Atualização:** Após cada avaliação, os resultados são revisados e as metodologias são ajustadas conforme necessário. Além disso, o feedback de todos os atores é essencial, fornecendo pontos de vista valiosos que podem não ser imediatamente aparentes para a equipe interna.

Esta abordagem holística e integrada à avaliação de riscos garante que o IGPP não apenas se proteja contra ameaças, mas também identifique e aproveite oportunidades, posicionando-se de forma resiliente e inovadora no mercado.

#### 6. IMPLEMENTAÇÃO DE REGRAS E INSTRUMENTOS:

A definição e o fortalecimento de regras claras, juntamente com os instrumentos de implementação, são fundamentais para garantir a conformidade e a integridade em todas as operações do IGPP. A implementação eficaz vai além do estabelecimento de regulamentos – é uma combinação de liderança, colaboração e comunicação contínua.

- I. **Formulação Clara e Precisa:** Cada regra ou diretriz estabelecida é articulada com precisão, evitando ambiguidades. Esta clareza garante que todos os membros da organização compreendam e interpretem as diretrizes da mesma maneira, independentemente de sua função ou localização.
- II. **Ferramentas de Acesso Fácil:** O IGPP investe em plataformas digitais e manuais que permitem que os funcionários, em todos os níveis hierárquicos, acessem facilmente as políticas, procedimentos e diretrizes. Essas ferramentas são intuitivas e atualizadas regularmente para refletir quaisquer alterações ou adições

7





- III. **Adaptação Contextual:** Reconhecendo que diferentes departamentos ou regiões podem ter requisitos específicos, as regras e instrumentos são adaptáveis. Isso permite uma implementação mais efetiva, levando em consideração o contexto e as peculiaridades de cada área.
- IV. **Revisão e Atualização Periódica:** Em um mundo em constante mudança, é essencial que as regras e instrumentos evoluam. O IGPP compromete-se a revisar e atualizar regularmente suas políticas e diretrizes, garantindo que permaneçam relevantes e alinhadas às melhores práticas e normativas regulatórias.
- V. **Engajamento e Feedback:** Antes da implementação de qualquer nova regra ou instrumento, feedbacks são solicitados de várias partes interessadas. Isso garante que as regras sejam práticas, aplicáveis e alinhadas com as expectativas dos envolvidos.
- VI. **Programas de Capacitação:** Apenas estabelecer regras não é suficiente. O IGPP promove sessões de treinamento regularmente, destinadas a educar e capacitar os funcionários sobre como implementar e aderir a essas diretrizes em suas funções diárias.

## 7. CONTROLES INTERNOS:

Os controles internos representam o núcleo de qualquer estrutura de gestão eficaz. No IGPP, esses controles não são meros marcos burocráticos, mas instrumentos robustos e dinâmicos que garantem o bom funcionamento, a conformidade e a eficácia de todas as nossas atividades e operações.

- I. **Desenho Estratégico dos Controles:** Os controles internos do IGPP são projetados meticulosamente para serem proativos em vez de reativos. Consideramos potenciais cenários de risco e desenvolvemos controles que previnem falhas, em vez de simplesmente detectá-las após o fato.
- II. **Integração Tecnológica:** Aproveitando a tecnologia de ponta, nossos controles internos são amplamente automatizados, proporcionando precisão, consistência e eficiência. Estes sistemas avançados também oferecem

8





capacidades de monitoramento em tempo real, permitindo uma resposta rápida a qualquer irregularidade.

- III. **Periodicidade de Revisão:** Com a dinâmica em constante mudança dos negócios e da regulamentação, é imperativo que nossos controles internos sejam revisados e atualizados periodicamente. Isso garante que eles permaneçam relevantes e eficazes contra os desafios emergentes.
- IV. **Treinamento e Conscientização:** O sucesso dos controles internos reside em grande parte na competência e no comprometimento da equipe. Por isso, oferecemos treinamentos regulares para garantir que todos os membros da equipe estejam bem versados nos procedimentos de controle e na importância de sua aderência.
- V. **Monitoramento e Relatórios:** Para além da implementação, um sistema eficaz de controles internos requer monitoramento contínuo. O IGPP possui mecanismos de auditoria que avaliam a eficácia dos controles e geram relatórios periódicos para a Alta Administração, garantindo transparência e prestação de contas.
- VI. **Cultura de Feedback:** Incentivamos uma cultura onde os funcionários sentem-se confortáveis para reportar preocupações ou sugestões relacionadas aos controles internos. Esses feedbacks são essenciais para aprimorar constantemente nossos sistemas.
- VII. **Resposta e Resolução:** No raro evento de uma falha de controle ou uma irregularidade identificada, o IGPP tem em vigor procedimentos rigorosos de resposta e resolução. Estes procedimentos garantem que os problemas sejam abordados prontamente e que as lições aprendidas sejam incorporadas ao nosso framework de controle.

Ao estabelecer controles internos fortes e adaptáveis, o IGPP não só se protege contra riscos, mas também instila uma cultura de excelência operacional, integridade e responsabilidade em todos os níveis da organização.

#### 8. TREINAMENTO E COMUNICAÇÃO:

9







A eficácia de qualquer programa de integridade é diretamente proporcional a qualidade de seu treinamento e comunicação. No IGPP, estes não são processos pontuais, mas sim esforços contínuos e evolutivos para garantir que a mensagem de integridade e dos valores do instituto seja universalmente compreendida.

- I. **Modularidade e Personalização:** Os programas de treinamento do IGPP são modulares e personalizados para atender às necessidades específicas de diferentes departamentos e funções. Isso garante que cada equipe receba informações pertinentes ao seu papel, tornando o treinamento mais relevante e eficaz.
- II. **Plataformas Dinâmicas:** Utilizamos uma combinação de sessões presenciais, e-learning e webinars para garantir que o treinamento seja acessível a todos, independentemente de sua localização ou disponibilidade. Isso também permite que atualizemos rapidamente os conteúdos conforme as necessidades surgem.
- III. **Frequência e Atualização:** Os treinamentos não são eventos isolados. Eles são conduzidos regularmente, com sessões de reciclagem para garantir que as informações mais recentes e pertinentes sejam transmitidas. Além disso, sempre que mudanças significativas na regulamentação ou na política interna ocorrem, sessões de treinamento específicas são organizadas.
- IV. **Canais de Comunicação Abertos:** A comunicação eficaz vai além do treinamento. Mantemos múltiplos canais de comunicação, como intranet, newsletters e quadros de avisos, para garantir que atualizações, informações críticas e lembretes sejam amplamente disseminados.
- V. **Avaliação e Feedback:** Após cada sessão de treinamento, avaliações são conduzidas para medir a eficácia e retenção do conteúdo. Isso nos ajuda a refinar os programas futuros. Além disso, incentivamos o feedback dos participantes para melhorar continuamente o conteúdo e a entrega.
- VI. **Estudos de Caso e Simulações:** A teoria é reforçada com a prática. Incorporamos estudos de caso relevantes e simulações em nossos treinamentos para permitir que os funcionários apliquem o que aprenderam em cenários do mundo real.

10





- VII. **Promoção de Ambiente de Aprendizado Contínuo:** No IGPP, a aprendizagem e a comunicação são vistas como partes integrantes da cultura organizacional. Promovemos um ambiente onde questionar, aprender e compartilhar são incentivados e valorizados.

Com um forte foco em treinamento e comunicação, o IGPP assegura que cada membro da organização esteja equipado não apenas com o conhecimento, mas também com a convicção para agir de acordo com os mais altos padrões de integridade e conformidade.

#### 9. DUE DILIGENCE:

O conceito de Due Diligence, que literalmente se traduz como "diligência devida", é fundamental para uma gestão prudente e informada. No IGPP, o processo de Due Diligence é mais do que uma verificação rotineira; é uma ferramenta estratégica e rigorosa que garante que nossas decisões sejam tomadas com uma compreensão completa dos riscos e oportunidades associados.

- I. **Escopo Expansivo:** O IGPP adota uma abordagem abrangente de Due Diligence, que não apenas foca em aspectos financeiros, mas também avalia riscos legais, regulamentares, operacionais, ambientais, culturais e reputacionais.
- II. **Metodologia Padronizada:** Para garantir consistência e qualidade, adotamos uma metodologia padronizada de Due Diligence. Esta metodologia estabelece critérios claros, etapas detalhadas e métricas de avaliação para cada aspecto do processo.
- III. **Integração de Tecnologia:** Com a ajuda de ferramentas tecnológicas avançadas, somos capazes de realizar análises mais profundas, rastrear dados de várias fontes e consolidar informações de maneira eficiente, tornando nosso processo de Due Diligence mais abrangente e preciso.
- IV. **Equipe Especializada:** O IGPP conta com uma equipe dedicada de especialistas que possuem experiência em diversos domínios, garantindo que cada aspecto da Due Diligence seja conduzido com o nível adequado de expertise.
- V. **Engajamento de Terceiros:** Quando necessário, contratamos consultores

11



externos ou especialistas em áreas específicas para fornecer insights adicionais ou validar nossas descobertas, assegurando uma análise imparcial e completa.

- VI. **Revisão Periódica:** O processo de Due Diligence não é estático. Em um ambiente de negócios em constante evolução, é crucial revisar periodicamente nossos critérios e processos para garantir que eles continuem relevantes e rigorosos.
- VII. **Relatórios Transparentes:** Após a conclusão de cada processo de Due Diligence, compilamos relatórios detalhados que não apenas destacam os resultados, mas também fornecem recomendações para ações futuras. Esses relatórios são compartilhados com as partes relevantes, garantindo transparência e responsabilidade.
- VIII. **Educação Continuada:** Reconhecendo a complexidade e a importância do Due Diligence, o IGPP investe em programas contínuos de treinamento para nossa equipe, garantindo que eles estejam sempre atualizados com as melhores práticas e tendências emergentes.

Ao adotar uma abordagem meticulosa e holística do Due Diligence, o IGPP não só se protege contra riscos ocultos, mas também identifica oportunidades valiosas, garantindo que nossas ações e decisões estejam sempre alinhadas com nossos valores centrais e objetivos estratégicos.

#### 10. AUDITORIA E MONITORAMENTO:

No IGPP, acreditamos que a excelência operacional é uma jornada contínua. Para garantir que nossas operações e práticas permaneçam alinhadas aos mais altos padrões de ética, transparência e conformidade, implementamos sistemas robustos de auditoria e monitoramento. Estes não apenas identificam inconsistências ou falhas, mas também ajudam a iluminar áreas de melhoria e inovação.

- I. **Abordagem Integrada:** Utilizamos uma abordagem de auditoria integrada, combinando revisões financeiras, operacionais e de conformidade para fornecer uma avaliação completa da saúde e integridade de nossa organização.
- II. **Ciclos de Auditoria Regulares:** Estabelecemos ciclos regulares de auditoria para cada departamento ou função, assegurando uma avaliação sistemática e

12







recorrente de todas as operações.

- III. **Ferramentas Tecnológicas Avançadas:** Incorporamos tecnologia de ponta em nossos processos de auditoria e monitoramento, permitindo análises mais profundas, relatórios em tempo real e identificação precoce de possíveis irregularidades.
- IV. **Equipe de Auditoria Interna:** O IGPP possui uma equipe dedicada de auditores internos, altamente qualificada e treinada, que conduz auditorias imparciais e construtivas com um olhar crítico e orientado a soluções.
- V. **Colaboração com Auditores Externos:** Além das auditorias internas, engajamos regularmente auditores externos renomados para avaliações independentes, garantindo um duplo grau de escrutínio e objetividade.
- VI. **Monitoramento Contínuo:** Além das auditorias programadas, temos sistemas de monitoramento contínuo em vigor, que rastreiam e alertam sobre quaisquer desvios ou irregularidades em tempo real.
- VII. **Feedback e Ação Corretiva:** Após cada auditoria, os resultados são discutidos com os departamentos ou equipes relevantes. Plano de ações corretivas são formulados e implementados para abordar áreas de preocupação. Além disso, o progresso destas ações é revisado em intervalos regulares.
- VIII. **Educação e Sensibilização:** Os resultados da auditoria não são apenas usados para correção, mas também são integrados em programas de treinamento, ajudando a sensibilizar e educar a equipe sobre melhores práticas e padrões.
- IX. **Transparência e Responsabilidade:** Os principais resultados de auditoria, bem como as medidas tomadas, são comunicados aos stakeholders, mantendo um nível de transparência e assegurando nossa contínua responsabilidade perante nossos parceiros e a comunidade em geral.

Em resumo, a combinação de auditorias rigorosas e monitoramento constante permite ao IGPP manter uma postura proativa, identificando e abordando proativamente áreas de melhoria, assegurando que a instituição sempre opere com integridade, eficácia

13





e em conformidade com os padrões estabelecidos.

#### 11. INVESTIGAÇÃO E REPORT:

Qualquer suspeita ou relato de má conduta é tratado com a máxima seriedade. O IGPP possui um canal de denúncias confidenciais, e todas as denúncias são investigadas de forma justa e imparcial. As descobertas destas investigações são reportadas conforme necessário, garantindo a responsabilização e a transparência, nos termos da Política de Governança do instituto.

#### 12. FEEDBACK E MELHORIA CONTÍNUA:

O IGPP reconhece que a excelência é um objetivo móvel, particularmente em um ambiente dinâmico e em rápida evolução. Para nos mantermos à frente e garantirmos a entrega contínua de valor, incorporamos práticas de feedback e melhoria contínua em nosso DNA organizacional.

- I. **Canais de Feedback Abertos e Diversificados:** Desenvolvemos vários canais, como pesquisas, caixas de sugestões, fóruns de discussão e reuniões regulares, onde os colaboradores, parceiros e stakeholders podem compartilhar suas opiniões, preocupações e sugestões.
- II. **Análise Construtiva:** Todo feedback recebido é tratado como uma oportunidade de aprendizado. Conduzimos análises construtivas, evitando a culpa e focando em como podemos evoluir e melhorar.
- III. **Cultura de Aprendizado e Inovação:** Incentivamos uma mentalidade de crescimento entre nossos colaboradores, promovendo treinamentos, workshops e sessões de brainstorming que fomentam a inovação e a busca contínua por melhores práticas.
- IV. **Implementação de Ações Corretivas:** Com base no feedback, desenvolvemos planos de ação corretiva, garantindo que quaisquer preocupações ou áreas de melhoria sejam abordadas de forma sistemática e eficaz.
- V. **Revisões Periódicas:** Incorporamos revisões periódicas em todos os níveis organizacionais para avaliar o progresso, reajustar estratégias e garantir que

14



estamos no caminho certo em direção à excelência.

- VI. **Celebrando Progresso e Realizações:** Reconhecendo que a motivação é crucial para a melhoria contínua, celebramos nossas vitórias e progressos, reconhecendo os esforços individuais e coletivos que contribuem para a nossa jornada de evolução.
- VII. **Comunicação Transparente:** Mantemos todos os stakeholders informados sobre as mudanças, melhorias e inovações resultantes do feedback recebido. Esta transparência não só constrói confiança, mas também encoraja uma maior participação e engajamento no processo de feedback.
- VIII. **Colaboração e Parcerias:** Entendemos que não temos todas as respostas. Assim, colaboramos regularmente com experts, acadêmicos e outras instituições líderes para aprender e incorporar as melhores práticas do setor.
- IX. **Adaptação Flexível:** Em um mundo em constante mudança, a adaptabilidade é vital. Mantemos nossa abordagem à melhoria flexível, permitindo que ajustemos rapidamente às novas informações, tendências ou desafios emergentes.

Através desta abordagem dedicada ao feedback e à melhoria contínua, o IGPP garante não apenas que está atendendo às expectativas atuais, mas também que está preparado para enfrentar os desafios e aproveitar as oportunidades do futuro.

### 13. DISPOSIÇÕES FINAIS

A adoção destas diretrizes e práticas robustas por parte do IGPP reflete nosso compromisso inabalável em cultivar um ambiente ético, transparente e em conformidade com as normativas vigentes.

Em nossa trajetória, reconhecemos que a conformidade não é uma simples caixa de seleção, mas uma contínua busca pela excelência operacional e ética. Através da combinação de feedbacks valiosos, revisões periódicas, e uma mentalidade voltada para a melhoria constante, estamos criando um legado de integridade e responsabilidade.

Cada componente deste programa, desde a auditoria até as ações corretivas, destaca nossa dedicação em manter padrões elevados, não apenas em palavras, mas em

15

ações tangíveis e mensuráveis.

Ao mesmo tempo, a transparência nas nossas operações e a inclusão ativa de todos os colaboradores, parceiros ou a comunidade em geral - garantem que permaneçamos responsáveis e alinhados com nossos princípios fundadores.

Acreditamos firmemente que, ao ancorar nosso Programa de Integridade nestes pilares, não apenas atenderemos às expectativas regulatórias e éticas, mas também fortaleceremos a confiança e o respeito mútuos entre todos os envolvidos no universo do IGPP. Ao olhar para o futuro, nosso compromisso com a integridade, transparência e melhoria contínua permanecerá inabalável, guiando-nos através dos desafios e oportunidades que surgirem em nosso caminho.

São Paulo, 14 de junho de 2023.



Fabiula Martins Lourenço  
Presidente

Instituto de Gestão de Políticas Públicas -  
IGPP



Celino Barbosa de Souza Netto  
Diretor Jurídico

Instituto de Gestão de Políticas Públicas -  
IGPP





**8º Oficial de Registro de Títulos e Documentos e  
Civil de Pessoa Jurídica da Comarca de São Paulo**

Oficial: Geraldo José Filiaci Cunha

Pça Pe Manuel da Nóbrega 21 - 5º And - Centro  
Tel.: (XX11) 3107-0111 e 3777-8680 - Email: 8rtd@8rtd.com.br - Site: www.edtsp.com.br

**REGISTRO PARA FINS DE  
PUBLICIDADE E EFICÁCIA CONTRA TERCEIROS**

**Nº 1.564.998 de 15/09/2023**

Certifico e dou fé que o documento em papel, contendo **16 (dezesesseis) páginas**, foi apresentado em 15/09/2023, protocolado sob nº 1.572.272, tendo sido registrado eletronicamente sob nº **1.564.998** no Livro de Registro B deste 8º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de São Paulo, na presente data.

**Natureza:**  
RELATORIO

São Paulo, 15 de setembro de 2023

Edneilton Alves Cerqueira  
Escrivente Autorizado

Este certificado é parte **integrante e inseparável** do registro do documento acima descrito.

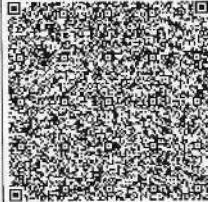


| Emolumentos        | Estado    | Secretaria da Fazenda | Registro Civil  | Tribunal de Justiça |
|--------------------|-----------|-----------------------|-----------------|---------------------|
| R\$ 160,42         | R\$ 45,72 | R\$ 31,23             | R\$ 8,47        | R\$ 10,95           |
| Ministério Público | ISS       | Condução              | Outras Despesas | Total               |
| R\$ 7,73           | R\$ 3,36  | R\$ 0,00              | R\$ 0,00        | R\$ 267,88          |



Para verificar o conteúdo integral do documento, acesse o site:  
[servicos.cdtsp.com.br/validarregistro](https://servicos.cdtsp.com.br/validarregistro)  
e informe a chave abaixo ou utilize um leitor de qrcode.

**00211738740587018**



Para conferir a procedência deste documento efetue a leitura do QR Code impresso ou acesse o endereço eletrônico:  
<https://selodigital.tjsp.jus.br>

Selo Digital  
**1137534TICA000054624CF23K**



## Regimento Interno



### REGIMENTO INTERNO



**INSTITUTO DE GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**  
**IGPP**

**São Vicente**  
**Julho/2022**



## CAPÍTULO I

### Objetivo do Regimento Administrativo Interno

**Artigo 1º.** Este Regimento Interno tem por objetivo estabelecer normas de caráter complementar de organização e funcionamento do **Instituto de Gestão de Políticas Públicas**, doravante designada **IGPP**, visando atender as finalidades da Associação, nos termos de seu Estatuto Social.

**Artigo 2º.** O presente Regimento poderá ser analisado anualmente e/ou a qualquer momento, visando adequação de acordo com as alterações da estrutura organizacional da entidade, devendo ser aprovado pelo Conselho de Administração nos termos do Estatuto Social.

## CAPÍTULO II

### Natureza Jurídica e Finalidade da Instituição

**Artigo 3º.** O **Instituto de Gestão de Políticas Públicas**, também denominada "**IGPP**", é pessoa jurídica de direito privado e associação sem fins lucrativos qualificada como Organização Social.

**Parágrafo Único** – O **IGPP** é regido pelo seu Estatuto Social, aprovado pelos órgãos competentes e registrado perante o 1º Oficial de Registro Civil de Pessoa Jurídica da Comarca de São Vicente. O presente Regimento Interno regulamenta às normas internas e a legislação brasileira em vigor.

**Artigo 4º.** O **IGPP** tem por finalidade principal a elevação da qualidade de vida humana por meio de assistência e atendimento à população na área da saúde, incluindo a promoção de atividades científicas, culturais, educacionais e literárias nas áreas de saúde de comunidades no Brasil.

**Artigo 5º.** O **IGPP**, através do Conselho de Administração, regida pelo Estatuto Social, aprovado pelos órgãos competentes e registrado perante o 1º Oficial de Registro Civil de Pessoa Jurídica de São Vicente, institui o presente

  
  
2



Regimento Administrativo Interno, pela legislação em vigor, e, na forma de seu Estatuto Social, estabelece:

### CAPÍTULO III

#### Conselho de Administração, Conselho Fiscal e Diretoria



**Artigo 6º.** O IGPP, através do desenvolvimento interno e de planejamento, adota um modelo de Gestão, que valoriza o monitoramento, a avaliação e os resultados de todas as suas atividades.

**Artigo 7º.** São órgãos de administração e de fiscalização do IGPP:

1. Conselho de Administração;
2. Conselho Fiscal; e,
3. Diretoria Executiva.

#### Seção I

##### Conselho de Administração

**Artigo 8º.** O Conselho Administrativo é o órgão superior de Administração do IGPP, tendo como funções principais zelar pelo equilíbrio financeiro, excelência das atividades técnicas e administrativas, elevado padrão ético de atuação e sustentabilidade e demais funções definidas no seu Estatuto Social.

**Parágrafo Único** - As definições relativas à nomeação, mandato, posse e desligamento dos membros do Conselho de Administração estão previstas no Estatuto Social.

**Artigo 9º.** O Conselho de Administração cumprirá e fará cumprir o Estatuto Social, o Regimento Interno, a Legislação Brasileira vigente e as normas em vigor do IGPP.



3







**Parágrafo Único** - O Conselho de Administração, dentre outras funções estabelecidas no Estatuto Social, analisará e tomará decisões em relação às sugestões e pareceres da Diretoria Executiva e do Conselho Fiscal, devendo, para esse fim, reunir-se ordinariamente, no mínimo 03 (três) vezes ao ano e, extraordinariamente, a qualquer tempo, quando convocado pela Diretoria Executiva.

## **Seção II**

### **Conselho Fiscal**

**Artigo 10º.** O Conselho Fiscal é o órgão estatutário de fiscalização contábil e financeira do IGPP, composto, de acordo com o Estatuto Social, por 3 (três) integrantes e seus respectivos suplentes, eleitos pela Assembleia Geral.

**Artigo 11.** Compete ao CF, entre outras atribuições designadas no artigo 38 do Estatuto Social da ASF, fiscalizar a gestão econômico-financeira, examinar suas contas, balanços e documentos contábeis, emitir pareceres e acompanhar a realização de auditoria externa ao Conselho Administrativo.

**Parágrafo Único** - As definições relativas à nomeação, mandato e substituição dos conselheiros estão no Estatuto Social do IGPP.

## **Seção III**

### **Diretoria Executiva**

**Artigo 12.** A Diretoria Executiva é o órgão de administração do IGPP, composta por 3 (três) membros, sendo um Diretor-Presidente, 1 (um) Diretor Administrativo Financeiro e 1 (um) Diretor de Médico, responsáveis pela sua representação, tendo como funções principais as definidas no Estatuto Social.

São áreas diretamente subordinadas ao Diretor Presidente:

**§ 1º.** As definições relativas à nomeação, mandato, posse e desligamento dos membros da Diretoria Executiva.



4





§ 2º. As competências gerais relativas aos membros da Diretoria Executiva nos termos do Estatuto Social.

§ 3º. São áreas diretamente subordinadas ao Diretor Presidente:

- a) Setor de Apoio.
- b) Assessoria e Secretariado;
- c) Assessoria Jurídica.

**Artigo 13.** Para o desenvolvimento de suas atividades, o Diretor Presidente outorgará uma procuração, com poderes específicos, os quais poderão ser substabelecidos, integral ou parcialmente, aos seus colaboradores, para atuação sempre em conjunto de dois procuradores, dentre dos limites de atuação previstos no instrumento de mandato.

**Artigo 14.** A Diretoria Executiva possui como setor de apoio para exercer a gestão executiva das atividades administrativas, o **Setor de Apoio**, cuja conceituação, composição, poderes e funções seguirão definidas no **CAPÍTULO IV**.

#### CAPÍTULO IV O Setor de Apoio

**Artigo 15.** O Setor de Apoio do IGPP é formado por Profissionais Celetistas, Autônomos/Liberais ou Pessoas Jurídicas Especializadas, respondendo hierarquicamente à Diretoria Executiva. A Diretoria Executiva decidirá sobre a contratação, a avaliação e a demissão destes profissionais ou pessoas jurídicas e acompanhará o seu trabalho, conforme as regras estabelecidas no Estatuto Social e neste Regimento Interno.

**Artigo 16.** O Setor de Apoio auxiliará a Diretoria Executiva na condução das atividades executivas do IGPP, executando suas determinações e visando sempre a consecução dos objetivos e missão institucional, bem como daqueles definidos pelo Conselho de Administração e pelas recomendações financeiras e contábeis apontadas pelo Conselho Fiscal.



5



**Artigo 17.** O **Setor de Apoio** será chefiado pelo Diretor-Presidente visando à boa execução dos trabalhos. Nos impedimentos do Diretor-Presidente, assumirá o titular da Gerência Administrativa e Financeira ou o profissional que for por ele indicado, e na ausência de tal indicação, assumirá o profissional que for indicado pelo Conselho de Administração.

**Artigo 18.** No exercício de suas atividades, o **Setor de Apoio** se guiará pelas diretrizes constantes do Estatuto Social, por este Regimento Interno, pela legislação trabalhista em vigor em conjunto com o Regimento Interno; e pelo orçamento anual aprovado pelo Conselho Administrativo.

**Artigo 19.** O Diretor-Presidente consiste no canal direto de comunicação entre o **Setor de Apoio** e o Conselho Administrativo. Os profissionais de apoio que compõem o **Setor de Apoio**, e quando convidados, participarão das Assembleias Gerais, das reuniões do Conselho de Administração e das reuniões da Diretoria Executiva, cabendo-lhe apresentar nessas reuniões as suas análises, avaliações, informações e propostas.

### Seção I

#### Assessoria e Secretariado

**Artigo 20º.** À Assessoria e Secretariado, responsável por assessorar e secretariar o Diretor-Presidente na gestão administrativa e burocrática do IGPP, conforme as ordens emanadas da Diretoria Executiva, observadas as disposições do Estatuto Social, de seu Regimento Interno e a legislação vigente.

### Seção II

#### Assessoria Jurídica

**Artigo 21.** À Assessoria Jurídica, responsável por prestar consultoria e assessoramento jurídico à Superintendência, da ASF, compete:

- I. Emitir pareceres e responder as consultas sobre assuntos de natureza jurídica que lhe sejam submetidos;



6



- II. Emitir pareceres jurídico sobre contratos, aditivos, parcerias, acordos, convênios, contratos de gestão e outros documentos de natureza contratual ou convencional, de qualquer âmbito, bem como participar nos trabalhos preparatórios, discussão e elaboração desses documentos;
- III. Elaborar minutas padrões de editais, minutas contratuais e minutas de aditivos;
- IV. Examinar, consultivamente, matéria jurídica de processos de seleção de fornecedores previamente à sua divulgação;
- V. Emitir parecer jurídico em processo de Seleção de Fornecedores e Dispensa após sua finalização, previamente à assinatura do termo de contrato;
- VI. Elaborar defesas administrativas em todos os órgãos da Administração Direta e Indireta, receber citações, intimações e notificações em nome da entidade e de seus representantes legais;
- VII. Elaborar informações que devam ser prestadas às autoridades judiciárias; órgãos de controle; Delegacias Regionais do Trabalho; Delegacias de Polícia; Ministério Público Estadual, Federal; órgãos de classe; e à Administração Direta e Indireta, Autárquica e Fundacional;
- VIII. Prestar assessoramento técnico jurídico, bem como, subsidiar de informações legais à Diretoria; Superintendência, às Gerências Corporativas e às Coordenações Regionais, e;
- IX. Responder as demandas das unidades de saúde, oriundas de Delegacias de Polícia; Ministério Público; Tribunal de Justiça e demais Órgãos públicos em geral, notadamente aquelas que exigem a juntada de documentos exclusivos dos pacientes, além daquelas relativas à relação de trabalho;

#### **CAPÍTULO IV**

#### **Do Processo Seletivo**

*[Handwritten signature]*  
7





**Artigo 22.** Caberá ao Setor de Apoio realizar os Processos Seletivos para admissão no Quadro de Pessoal do **IGPP**, obedecendo aos princípios constitucionais vigentes, bem como às disposições contidas na Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) e neste regulamento.

**Artigo 23.** As admissões no Quadro de Pessoal do **IGPP** somente serão efetuadas mediante o devido Processo Seletivo.

**Artigo 24.** Cada Processo Seletivo terá suas especificidades, objetivando atender às necessidades do perfil da vaga respectiva e, inclusive, às disposições legais.

**Artigo 25.** A abertura do Processo Seletivo será precedida de divulgação da Publicação das Vagas, de acordo com as regras abaixo descritas:

§ 1º. Será publicada a informação da abertura do Processo Seletivo em jornal de circulação da região metropolitana, podendo o texto ser resumido e, neste caso, orientando o interessado a buscar informações complementares, relativas ao citado processo, no sítio oficial do **IGPP**, na rede mundial de computadores ("internet"), onde constará a íntegra do Edital e informações detalhadas sobre as inscrições e vagas.

§ 2º. Constará do extrato publicado em jornal:

- (i) a comunicação da abertura do Processo Seletivo;
- (ii) a data de abertura das inscrições;
- (iii) a função; e,
- (iv) o endereço eletrônico para acesso direto ao Edital.

§ 3º. Constará do Edital postado no sítio oficial do **IGPP** na internet:

- (i) a comunicação da abertura do Processo Seletivo e orientações para a inscrição;
- (ii) a função;
- (iii) o número de vagas;
- (iv) o local de trabalho;
- (v) o perfil, requisitos gerais e específicos da função,
- (vi) o regime de trabalho;



8



- (vii) a data de abertura e encerramento da inscrição;
- (viii) as comprovações de capacitação exigíveis para a vaga ofertada;
- (ix) a necessidade de aplicação de eventuais provas, testes ou avaliações relacionadas à vaga ofertada;
- (x) outras exigências ou requisitos determinados pela natureza da vaga ofertada, e conforme a função a ser preenchida.

§ 4º. A inscrição para o processo seletivo será realizada mediante cadastramento de Currículo no sítio oficial da IGPP na Internet, salvo se o Edital dispuser de forma diversa.

§ 5º. Cada Processo Seletivo será autuado quando de sua abertura; numerado sequencialmente e arquivará toda documentação a ele pertinente.

§ 6º. Os candidatos não aprovados em determinado Processo Seletivo farão parte integrante do Banco de Currículos do Instituto, pelo período de um ano, contado da finalização do referido Processo Seletivo.

§ 7º. O IGPP respeitará a classificação dos candidatos selecionados para as futuras contratações para o mesmo cargo ou função, durante o prazo de validade do respectivo Processo Seletivo.

§ 8º. O candidato aprovado e a lista dos demais classificados terão seus nomes divulgados no sítio oficial da internet do IGPP, fazendo constar:

- (i) nomenclatura do cargo,
- (ii) nome do Profissional,
- (iii) área e data de admissão do candidato aprovado;
- (iv) data final de validade do Processo Seletivo.

§ 9º. O IGPP não será obrigada a restituir aos candidatos inscritos no Processo Seletivo, as cópias de documentos entregues para avaliação, ficando autorizada sua destruição ao final do Processo Seletivo daqueles que não foram classificados e, dos que foram classificados, após o término da vigência do prazo de validade do Processo Seletivo.

**Artigo 26.** A escolha do(s) candidato(s) será procedida dentre aqueles inscritos no Processo Seletivo e será conduzida por uma banca composta por um ou

9



dois representantes do Poder Público, mais um ou dois funcionários do Setor de Seleção/Recursos Humanos. A composição da banca será variável conforme a natureza do cargo a ser preenchido.



§ 1º. O tempo estimado para a conclusão do processo seletivo será de 30 (trinta) dias.

§ 2º. Na primeira fase do Processo Seletivo será feita uma triagem pela área de Seleção do **IGPP**, visando a análise dos pré-requisitos exigidos para o cargo ou função a ser preenchida.

§ 3º. A área de Seleção do **IGPP** definirá os candidatos que irão para a segunda fase do Processo Seletivo.

§ 4º. Os candidatos que não forem selecionados para a segunda fase receberão uma mensagem individual, de agradecimento pelo interesse ou serão contatados via telefone, para cientificação de sua não continuidade no Processo Seletivo.

§ 5º. Os candidatos que forem selecionados para a continuidade no Processo Seletivo serão convocados para:

- (i) Análise suplementar de Currículo;
- (ii) Prova de conhecimentos gerais e/ ou específicos e/ ou prática;
- (iii) Testes psicológicos;
- (iv) Entrevistas técnicas e/ou comportamentais com emissão de Parecer de Entrevista, contendo aprovação ou reprovação do candidato.

**Artigo 27.** A aprovação final do candidato escolhido e dos demais que integrarão o Banco de Currículos pelo prazo de validade do Processo Seletivo será formalizada mediante ato deliberativo formal.

§ 1º. O candidato aprovado será convocado para:

- (i) Exame médico geral e/ ou específico;
- (ii) apresentação de documentação relacionada à função, profissão ou atividade;
- (iii) outros documentos eventualmente especificados no Edital;
- (iv) esclarecimentos adicionais que a critério do IGPP.



10





§2º. O candidato aprovado terá um prazo de até 30 (trinta) dias da data da comunicação, para se apresentar ao seu posto de trabalho. Caso contrário, o IGPP poderá convidar o segundo classificado para preencher a referida vaga e, assim, sucessivamente.

§3º. O candidato aprovado deverá se apresentar com todos os documentos necessários à formalização de sua contratação, assinar o contrato de trabalho, bem como o Termo de Ciência e de Notificação relativo ao controle e fiscalização internos de sua contratação e demais documentos que forem exigidos por leis, decretos, regulamentos, regimentos ou portarias relacionadas à sua contratação.

**Artigo 28.** A admissão será efetuada sob regime celetista, com contratos de trabalho por prazo indeterminado. O empregado também poderá ser contratado por prazo determinado, conforme uma das hipóteses legalmente previstas.

**Parágrafo Único.** É facultado às respectivas Diretorias, a contratação de empregados para exercer cargo de confiança, ficando dispensados de processos seletivos referidos profissionais.

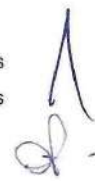
## CAPÍTULO V

### Da Compras e Contratação de Serviços

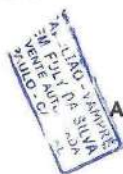
**Artigo 29.** Este capítulo tem por objetivo definir os critérios e as condições a serem observadas pelo IGPP na realização de compras, aquisições de quaisquer bens e na contratação de serviços destinados ao atendimento das necessidades institucionais e operacionais da entidade na execução e desenvolvimento de suas atividades.

**Artigo 30.** Todos os dispêndios do IGPP reger-se-ão pelos princípios básicos da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade, eficiência, observando a busca permanente de qualidade e durabilidade, bem como pela adequação aos objetivos da entidade.

**Artigo 31.** O cumprimento destas normas destina-se a selecionar, dentre as propostas apresentadas, aquelas que atendem aos princípios do artigo anterior, a mais vantajosa para o IGPP, mediante julgamento objetivo.



11



**Artigo 31.** Todo o processo de compras e contratações deve estar devidamente documentado, a fim de facilitar futuras averiguações por parte dos Parceiros e pelos demais responsáveis pelo controle e fiscalização de Termo de Parceria, Convênios ou similares.

## **CAPÍTULO VI**

### **Das Disposições Finais**

**Artigo 32.** Considerando q u e a administração do **IGPP** necessita de estabelecimento de processos e fluxos administrativos definidos, a gestão será instrumentalizada por meio de Manuais, Políticas Internas e Normas que poderão ser periodicamente atualizadas, propostas e aprovadas por decisão do Conselho de Administração.

**Artigo 33.** Os Manuais, Políticas Internas e Normas, já criados no decorrer dos trabalhos e necessidades do **IGPP**, serão revistos e aprovados pelo Conselho Administrativo, diante das disposições deste Regimento Interno.

**Artigo 34.** Toda alteração ou aditamento a este Regimento Interno será proposto pela Diretoria Executiva, ouvido o Setor de Apoio, para posterior apresentação ao Conselho Administrativo que tem competência para aprovar o Regimento Administrativo Interno e suas alterações.

**Artigo 35.** A resolução de casos omissos, quando não indicados no Regimento Administrativo Interno, se dará nos termos do Estatuto Social e da legislação brasileira em vigor.

**Artigo 36.** Este Regimento Administrativo Interno entrara em vigor a partir da data de sua aprovação pelo CA, nos termos do Estatuto Social do Instituto de Gestão de Políticas Públicas – IGPP.

São Vicente, 09 de julho de 2022.



Fabiula Martins Lourenço

**Presidente**  
Instituto de Gestão de Políticas  
Públicas - IGPP



Celino Barbosa de Souza Netto

**Diretor Jurídico**  
Instituto de Gestão de Políticas  
Públicas - IGPP

12



**1º Oficial de Registro de Títulos e Documentos e  
Civil de Pessoa Jurídica da Comarca de São Paulo**

Oficial: Paulo Roberto de Carvalho Rêgo

Rua Dr. Miguel Couto, 44 - Centro

Tel.: (XX11) 3104-8770 - Email: pj@lrd.com.br - Site: www.lrd.com.br

**REGISTRO PARA FINS DE  
PUBLICIDADE E EFICÁCIA CONTRA TERCEIROS**

**Nº 3.723.952 de 12/09/2023**

Certifico e dou fé que o documento em papel, contendo **14 (quatorze) páginas**, foi apresentado em 12/09/2023, protocolado sob nº 3.747.868, tendo sido registrado eletronicamente sob nº **3.723.952** no Livro de Registro B deste 1º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de São Paulo, na presente data.

Natureza:  
REGULAMENTO

São Paulo, 12 de setembro de 2023

Charles da Silva Pedro  
Oficial Substituto

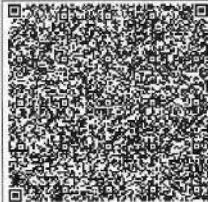
Este certificado é parte **integrante e inseparável** do registro do documento acima descrito.

| Emolumentos        | Estado    | Secretaria da Fazenda | Registro Civil  | Tribunal de Justiça |
|--------------------|-----------|-----------------------|-----------------|---------------------|
| R\$ 147,18         | R\$ 41,94 | R\$ 28,65             | R\$ 7,77        | R\$ 10,05           |
| Ministério Público | ISS       | Condução              | Outras Despesas | Total               |
| R\$ 7,09           | R\$ 3,08  | R\$ 0,00              | R\$ 0,00        | R\$ 245,76          |



Para verificar o conteúdo integral do documento, acesse o site: [servicos.cdtpsp.com.br/validarregistro](https://servicos.cdtpsp.com.br/validarregistro) e informe a chave abaixo ou utilize um leitor de qrcode.

**00211737642285571**



Para conferir a procedência deste documento efetue a leitura do QR Code impresso ou acesse o endereço eletrônico: <https://selodigital.tjsp.jus.br>

Selo Digital  
**1115914TICF000052776CD23G**



## Regulamento de Compras e Contratações

**REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES**  
**DO**  
**INSTITUTO DE GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS - IGPP**



**CAPÍTULO I**  
**DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Art. 1º** - Este Regulamento, tem por objetivo definir os critérios e as condições a serem observados pelo **INSTITUTO DE GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS - IGPP**, para a realização de compras e contratações de quaisquer bens ou serviços destinados ao regular atendimento das necessidades organizacionais e operacionais da entidade na execução dos seus objetivos institucionais, inclusive na execução de Contratos de Gestão firmados com o Poder Público.

**Art. 2º** - As compras de bens e as contratações de obras e serviços necessários às finalidades da **INSTITUTO DE GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS - IGPP**, reger-se-ão pelos princípios do interesse público, da finalidade, da motivação, da durabilidade, da qualidade, da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência e razoabilidade.

**Art. 3º** - A contratação de serviços, inclusive de engenharia, as aquisições, a venda e a locação de bens efetuar-se-ão mediante seleção da melhor proposta orçamentária, avaliando-se o preço, a qualidade, a técnica, o prazo de fornecimento ou de conclusão do serviço e as condições de pagamento, os custos de transporte e seguro até o local da entrega, os custos para operação do produto bem como sua durabilidade, assistência técnica, seguro, reposição de peças, credibilidade mercadológica da empresa proponente, credibilidade mercadológica do fabricante, disponibilidade de serviços, atendimento de urgência, eventual necessidade de treinamento de pessoal, garantia de manutenção, dentre outros critérios definidos que garantam a melhor utilização dos recursos para o alcance dos seus objetivos sociais e dos objetivos das parcerias firmadas.

1





**Parágrafo Único** – Este Regulamento levará sempre em conta as especificações técnicas e cotações de preços ou parâmetros referenciais como regra, devidamente justificando e documentando as exceções, quando cabíveis e necessárias, assegurando sempre ênfase no zelo pelo uso responsável dos recursos públicos.



## CAPÍTULO II DAS MODALIDADES

**Art. 4º** - Para os fins deste Regulamento, constituem-se as seguintes modalidades de compras, obras e serviços:

- I. **Compras, obras e serviços de valor inferior:** são compras, obras e serviços de valor inferior a **R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais)**, que serão realizadas mediante coleta de no mínimo 03 (três) propostas orçamentárias de diferentes fornecedores, devendo ser documentadas via e-mail, e/ou ainda por meio pesquisas realizadas na rede mundial de computadores (internet).
- II. **Compras, obras e serviços de valor superior:** são compras e serviços de valor superior a **R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), inclusive**, que serão realizados mediante publicação de ato convocatório no *website* da entidade, com a participação de no mínimo 03 (três) propostas orçamentárias de diferentes fornecedores.

**§1º** - Qualquer que seja a modalidade adotada no processo seletivo, não será admitido o uso de critério ou condição que possa frustrar o seu caráter competitivo.

**§2º** - As cotações de preços obtidas nos moldes do inciso I do *caput* poderão ser listadas em simples formulário, contendo informações quanto ao fornecedor e às condições comerciais por ele apresentadas.

**§3º** - Para as compras, obras e serviços indicados no inciso II do *caput* serão exigidas, sem prejuízo dos demais documentos eventualmente solicitados pela entidade, Certidões Negativas de Débito nos âmbitos Federal, Estadual, Municipal, Trabalhista, Previdenciário e perante o FGTS.

2





**§4º** - Dependendo do tipo, do porte e/ou da característica do bem a ser adquirido, da obra ou dos serviços a serem contratados, o ato convocatório poderá ser acompanhado de projeto e memorial descritivo, bem como das necessidades técnicas a serem atendidas pelo fornecedor como, por exemplo, horário de funcionamento, recursos humanos envolvidos, materiais a serem empregados e consumidos, entre outros.

**§5º** - No caso de compras ou contratações que impliquem em mais de um desembolso, será levado em consideração o valor total da despesa anual para fins de enquadramento nos incisos previstos no caput.

**Art. 5º** - Será desnecessário (dispensado) o procedimento formal de realização de pesquisa de preços previsto nos incisos do *caput* do art. 4º, para as seguintes modalidades de compras e contratações:

- I. A aquisição de materiais de consumo, inexistentes em estoque, em caráter de urgência, desde que devidamente justificadas, no atendimento de situação que possa ocasionar prejuízos à entidade, ou comprometer a segurança de pessoas, obras, serviços ou equipamentos, e cujo valor total não ultrapasse o previsto no inciso I, do Art. 4º, deste regulamento, no momento da aquisição. Na aquisição de materiais, equipamentos ou serviços diretamente de produtor, fornecedor ou representante comercial exclusivo.
- II. Em operação envolvendo concessionária de serviços públicos, cujo objeto do contrato seja pertinente ao da concessão.
- III. Em operação envolvendo empresas públicas, entidades paraestatais, entidades sem fins lucrativos na área de pesquisa científica e tecnológica, organizações sociais, universidades ou centros de pesquisa públicos nacionais.
- IV. Em complementação a obras ou serviços e aquisição de materiais, componentes e/ou equipamentos para substituição ou ampliação, relativamente a contratações anteriores da entidade.
- V. Quando, em razão da natureza do objeto, não houver pluralidade de opções, desde que tal condição seja devidamente comprovada.

3







**Parágrafo Único** – Em quaisquer dessas ocorrências (dispensas), deverá ser realizado o registro e assegurada a necessária transparência dos atos de compras e contratações.

**Art. 6º** - O Processo de Compras e Contratações deverá respeitar o disposto neste Regulamento de Compras e Contratações, nos Contratos de Gestão em vigência e na legislação pertinente.

**Art. 7º** - Para aquisição de bens e serviços de que trata este Regulamento, se faz necessário o cumprimento das seguintes etapas:

- I. Verificação da necessidade.
- II. Abertura do pedido de compras.
- III. Realização dos procedimentos previstos no artigo 4º, salvo nas hipóteses previstas no art. 5º.
- IV. Para as compras, obras e serviços de valor superior (Cf. inciso II do Art. 4º), deverá constar documento de finalização do pedido de compras no qual deverá ser apresentada justificativa que fundamente a decisão da Comissão de Licitações quanto à adequação da despesa aos objetivos da entidade, e do Contrato de Gestão ao qual a despesa estiver relacionada, se for o caso.

**Art. 8º** - A seleção dos fornecedores de bens e serviços será criteriosa, levando-se em consideração a idoneidade, a qualidade dos materiais ou dos serviços oferecidos, os preços, assim como a garantia de entrega, a facilidade de manutenção, a facilidade de reposição e a disponibilidade de atendimento em casos de urgência, quando necessário.

**§1º** - Previamente à escolha de uma cotação ou uma proposta orçamentária, a entidade poderá exercer o direito de negociar as condições das ofertas, com a finalidade de maximizar resultados em termos de qualidade e preço.

**§2º** - A validade do processo de compras e contratações não ficará comprometida em caso da não apresentação do número mínimo de propostas, tampouco pela impossibilidade de se convidar o mínimo de fornecedores para a seleção, desde que haja

4







justificativa baseada na ausência de fornecedores interessados na praça. A entidade poderá implementar cadastro de fornecedores ou se valer de outras formas semelhantes de registro de compras e contratações que propicie maior celeridade nos procedimentos contínuos e a extração de informações relevantes sobre o perfil de despesas com custeio.

**§3º** - As decisões de compras e contratações realizadas por qualquer critério que não o de melhor preço deverão ser expressamente justificadas, valendo para as compras e contratações referentes ao art. 5º.

**Art. 9º** - É expressamente vedada a realização de compras e contratações nos casos em que se constatar a utilização de produtos pirateados, contrabandeados, provenientes de fornecedores que empreguem trabalho infantil ou que realizem qualquer outro ato que possa gerar desequilíbrio comercial e socioeconômico.

**Art. 10** - A participação de fornecedores no processo de compras implica na aceitação integral e irrevogável dos termos, dos elementos técnicos e das instruções fornecidas pela entidade, bem como das disposições trazidas neste regulamento e nas demais normas aplicáveis.

**Art. 11** - Somente serão aceitos para comprovação da venda, locação ou aquisição de bens e serviços, documentos fiscais, devendo ser desqualificada a proposta de fornecedor que não atenda a esta condição.

**Art. 12** - Todo o processo de compras, contratações e locações de que trata este regulamento deverá estar devidamente documentado, a fim de facilitar futuras averiguações pelos membros e órgãos da entidade, por parte dos órgãos parceiros da entidade e pelos demais responsáveis pelo controle e fiscalização dos Contratos de Gestão.

**Art. 13** - Os contratos firmados com base neste regulamento estabelecerão, com clareza e precisão, as condições para sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, as obrigações e responsabilidades das partes, em conformidade com os termos do ato convocatório e da proposta a que se vinculam.

5





**Art. 14** - Os contratos deverão conter, minimamente:

- I. Qualificação completa das partes.
- II. Seu objeto.
- III. Prazo de entrega do bem e/ou serviço.
- IV. Vigência.
- V. Preço e forma de pagamento.
- VI. Deveres e responsabilidades das partes.
- VII. Cláusula penal contendo sanções pelo descumprimento das obrigações.
- VIII. Hipóteses de rescisão.
- IX. Foro.

**Art. 15** - Exige-se a celebração de contrato formal para os serviços continuados ou quando houver entrega parcelada de bens ou a exigência de fornecimento de garantias.

**Art. 16** - Todos os contratos deverão ser aprovados por assessoria jurídica ou, na falta desta, pelo provedor da entidade, a fim de garantir a adequada formalização dos termos avençados.

**Art. 17** - No caso de contratos celebrados com pessoas jurídicas, deverão ser apresentados a cópia de seu ato constitutivo e alterações, ou ato constitutivo consolidado, bem como atas de eleição dos dirigentes, além de outros documentos que a Comissão de Licitações da entidade julgar necessários, de acordo com o tipo de contrato a ser celebrado.

**Art. 18** - Todos os contratos deverão ser numerados e rubricados em todas suas páginas.

### CAPÍTULO III

#### DO REEMBOLSO

**Art. 19** - As despesas realizadas por funcionários e/ou representantes da entidade, exclusivamente dentro das finalidades e atividades profissionais concernentes, tais como, mas não limitadas a almoço executivo, estacionamento, alimentação e transporte deverão

6





ser relacionadas em formulário próprio e anexadas as comprovações de gastos para efeito de reembolso.

§1º - O reembolso das despesas indicadas no *caput* deverão ser previamente aprovados pelo Diretor-Presidente e/ou pelo Provedor da entidade.

§2º - Somente poderão ser reembolsadas despesas que guardem relação com os objetivos estatutários da entidade, observadas, ainda, eventuais limitações devido a imposições legais, assim como determinações previstas nos Contratos de Gestão.

§3º - As comprovações de gastos deverão ser feitas por meio de documento fiscal faturado contra a **INSTITUTO DE GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS - IGPP**.

## CAPÍTULO VI

### DAS DISPOSIÇÕES

#### FINAIS

**Art. 20** - Os casos omissos serão decididos pela Administração e/ou Provedoria da entidade, devidamente justificados.

**Art. 21** - O presente regulamento, assinado pela Presidência e Assessoria Jurídica do **INSTITUTO DE GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS – IGPP** entra em vigor na data de sua publicação.

São Vicente, 13 de julho de 2022.



Fabiula Martins Lourenço

Presidente

Instituto de Gestão de  
Políticas Públicas - IGPP



Celino Barbosa de Souza Netto

Diretor Jurídico

Instituto de Gestão de Políticas  
Públicas - IGPP



**1º Oficial de Registro de Títulos e Documentos e  
Civil de Pessoa Jurídica da Comarca de São Paulo**

Oficial: Paulo Roberto de Carvalho Rêgo  
Rua Dr. Miguel Couto, 44 - Centro  
Tel.: (XX11) 3104-8770 - Email: pj@lrrd.com.br - Site: www.lrrd.com.br

**REGISTRO PARA FINS DE  
PUBLICIDADE E EFICÁCIA CONTRA TERCEIROS**

**Nº 3.723.953 de 12/09/2023**

Certifico e dou fé que o documento em papel, contendo **9 (nove) páginas**, foi apresentado em 12/09/2023, protocolado sob nº 3.747.867, tendo sido registrado eletronicamente sob nº **3.723.953** no Livro de Registro B deste 1º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de São Paulo, na presente data.

Natureza:  
REGULAMENTO

São Paulo, 12 de setembro de 2023

Charles da Silva Pedro  
Oficial Substituto

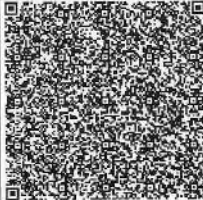
Este certificado é parte **integrante e inseparável** do registro do documento acima descrito.

| Emolumentos        | Estado    | Secretaria da Fazenda | Registro Civil  | Tribunal de Justiça |
|--------------------|-----------|-----------------------|-----------------|---------------------|
| R\$ 114,08         | R\$ 32,49 | R\$ 22,20             | R\$ 6,02        | R\$ 7,80            |
| Ministério Público | ISS       | Condução              | Outras Despesas | Total               |
| R\$ 5,49           | R\$ 2,39  | R\$ 0,00              | R\$ 0,00        | R\$ 190,47          |



Para verificar o conteúdo integral do documento, acesse o site: [servicos.cdtsp.com.br/validarregistro](https://servicos.cdtsp.com.br/validarregistro) e informe a chave abaixo ou utilize um leitor de qrcode.

**00211737642384481**



Para conferir a procedência deste documento efetue a leitura do QR Code impresso ou acesse o endereço eletrônico: <https://selodigital.tjsp.jus.br>

Selo Digital  
**1115914TIED00052777EA23G**



## Comitê de Governança



### REGULAMENTO INTERNO COMITÊ DE GOVERNANÇA



#### CAPÍTULO I DO OBJETIVO

**Art. 1º.** O presente regulamento tem por finalidade estabelecer a composição e as normas de funcionamento do Comitê de Governança, responsável pelo resguardo, esclarecimento, promoção e cumprimento Regulamento Interno do Instituto de Gestão de Políticas Públicas (IGPP), a fim de preservar a sua cultura organizacional.

#### CAPÍTULO II DA COMPOSIÇÃO

**Art. 2º.** O Comitê será constituído por 5 (cinco) membros, indicados por meio da Gerência e referendado pelo Conselho de Administração, obedecendo a estrutura a seguir.

- i) 02 (dois) representantes do Conselho de Administração;
- ii) 01 (um) representante da Diretoria Executiva;
- iii) 01 (um) representante da Gerência de Gestão de Serviços à Saúde;
- iv) 01 (um) representante da Gerência Jurídica.

§1º. O Comitê deve eleger, entre os membros, um presidente e um secretário.

§2º. O mandato dos membros do Comitê de Governança será de 02 (anos) anos, podendo ser prorrogado mediante deliberação do Conselho de Administração.

§3º. Caso, por qualquer razão, o membro do Comitê de Governança necessite deixar de integrar a área que representa, o presidente do Comitê deverá ser informado e o membro perderá o mandato automaticamente.

§4º. Os membros do Comitê de Governança não têm suplentes. Em caso de impedimento permanente ou renúncia, o Conselho de Administração deverá eleger o novo membro para o cumprimento do mandato restante.

§5º. Na escolha dos membros do Comitê, o Conselho de Administração deve verificar a conduta ética e conciliadora do candidato, seu compromisso com as normas e diretrizes do Código e a atitude de imparcialidade para o encontro de soluções justas.

IGPP - INSTITUTO DE GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS



+55 11 3034-0511



faleconosco@igpp.org.br



www.igpp.org.br



@igpp.instituto



§6º. Os membros do Comitê não receberão nenhuma remuneração ou benefício pelo exercício da função.

**Parágrafo único.** É facultado aos membros do Comitê de Governança a convocação de outros colaboradores da Instituição, para participação nas reuniões, conforme pauta.

### CAPÍTULO III DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIA

**Art. 3º.** Compete ao Comitê de Governança:

- i) Investigar e julgar os casos de violação éticas e condutas, dos requisitos legais, regulamentares e contratuais;
- ii) Recomendar aos dirigentes ou órgãos sociais competentes, conforme o caso, a aplicação de medidas disciplinares ou contratuais cabíveis;
- iii) Promover a divulgação sistemática e a disseminação de conceitos, normas e diretrizes do Código de Ética e Conduta;
- iv) Assegurar a distribuição ou o acesso ao Código de Ética e Conduta do IGPP através dos meios de comunicação da Instituição aos associados, aos seus dirigentes, conselheiros, colaboradores sob o regime CLT, prestadores de serviços e voluntários, além de registrar a ciência desses;
- v) Revisar periodicamente o Código de Ética e Conduta, podendo receber ideias e sugestões de colaboradores e parceiros para melhoria do Código, as quais serão analisadas em reuniões do Comitê;
- vi) Garantir o sigilo de todas as informações de que tiver conhecimento e tratar os assuntos submetidos à apreciação do Comitê de Governança com confidencialidade.

**Art. 4º.** São atribuições do Presidente:

- i) Convocar as reuniões do Comitê, determinando o local e a pauta;
- ii) Conduzir os trabalhos do Comitê;
- iii) Dirigir as reuniões do Comitê;
- iv) Votar no desempate;
- v) Representar o Comitê de Governança.

**Art. 5º.** São atribuições do Secretário:

- i) Receber, registrar, catalogar e abrir processo formal investigatório para quaisquer denúncias de violação;
- ii) Fazer a leitura das solicitações ao Comitê;
- iii) Redigir as atas das reuniões do Comitê;
- iv) Enviar informações de interesse geral sobre o Comitê para a divulgação;
- v) Elaborar, distribuir, organizar e arquivar documentos.

2

IGPP - INSTITUTO DE GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS



Art. 6º. São atribuições dos demais membros do Comitê:

- i) Comparecer às reuniões e participar das discussões do Comitê;
- ii) Elaborar relatórios iniciais de informações e coletar depoimentos para avaliação do Comitê;
- iii) Zelar pelo cumprimento do Código de Ética e do presente regulamento;
- iv) Dar retorno ao denunciante sobre as ações e decisões do Comitê dentro do prazo estabelecido no Código de Ética e Conduta e no presente regulamento.

#### CAPÍTULO IV DAS REUNIÕES

Art. 7º. O Comitê de Governança reunir-se-á mediante convocação formal feita pelo presidente, com antecedência mínima de 05 (cinco) dias úteis, em que conste a pauta, data e horário, enviado aos membros do Comitê por e-mail.

§1º. Para o cumprimento de suas atribuições, o Comitê de Governança reunir-se-á em caráter ordinário trimestralmente e, extraordinariamente, sempre que necessário, conforme cronograma anual.

§2º. As reuniões só poderão ser realizadas com a presença do Presidente ou, em casos extraordinários, de algum membro do Comitê por ele designado para assumir a presidência dos trabalhos.

§ 3º. Todos os atos e decisões do Comitê serão registrados em Ata, que será disponibilizada aos membros do Comitê em, no máximo, 3 (três) dias úteis após cada reunião e será aprovada no início da primeira reunião subsequente.

Art. 8º. Os membros do Comitê deverão justificar sua ausência nas reuniões e atividades do órgão, sempre que possível, previamente.

**Parágrafo único.** A ausência não justificada do membro em 5 (cinco) reuniões consecutivas ou alternadas do Comitê acarretará seu desligamento e sua substituição imediata.

#### CAPÍTULO V DO PROCEDIMENTO DE APURAÇÃO DE DENÚNCIAS

Art. 9º. O encaminhamento de denúncias ao Comitê de Governança para apuração dos fatos poderá ser realizado via e-mail ([governanca@igpp.org.br](mailto:governanca@igpp.org.br)) ou através do registro em nosso canal de denúncias ([faleconosco@igpp.org.br](mailto:faleconosco@igpp.org.br)).



3

IGPP - INSTITUTO DE GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS





**Parágrafo único.** As denúncias feitas por outro canal dentro da Instituição deverão ser encaminhadas ao Comitê de Governança para processamento.

**Art. 10º.** O Comitê de Governança terá o apoio do Núcleo de Apuração Interna das denúncias.

**Parágrafo Único.** Os casos reportados ao Comitê de Governança serão analisados pelo Núcleo de Apuração Interna, por meio de triagem para assegurar de que se trata de temas relacionados ao Código de Ética e Conduta.

**Art. 11º.** As decisões do Comitê serão tomadas preferencialmente por consenso.

**Parágrafo único.** Não chegando os membros do Comitê a consenso em relação a algum tema ou à apuração de alguma denúncia, a decisão será tomada por votação da maioria simples dos membros do Comitê, devendo ser registrada em Ata a contagem dos votos a favor, contra e as abstenções, tendo o Presidente do Comitê de Governança o voto de desempate.

**Art. 12º.** As denúncias cuja apuração não seja de competência do Comitê de Governança deverão ser encaminhadas aos respectivos setores para as providências necessárias, devendo, nestes casos, ser o denunciante informado do endereçamento de sua solicitação e o motivo pelo qual não foi considerado aplicável ao fórum do Comitê de Governança.

**Art. 13º.** No caso de denúncias envolvendo membros do Comitê de Governança, o membro envolvido estará impedido de participação em qualquer ato relacionado a denúncia.

**Art. 14º.** Será assegurado o contraditório e ampla defesa a todo aquele a quem se atribua a prática de ato que viole o Código de Ética e Conduta, os requisitos legais, regulamentares e/ou contratuais.

§1º. O denunciado será comunicado através do e-mail "[governanca@igpp.org.br](mailto:governanca@igpp.org.br)" por escrito ou por meio eletrônico da denúncia, podendo apresentar igualmente por iguais meios sua defesa, no prazo de 05 (cinco) dias, prorrogáveis por igual período, a contar da data do recebimento da comunicação.

§2º. O denunciado poderá solicitar que seja ouvido presencialmente ou indicar testemunhas, cabendo ao Comitê decidir sobre a pertinência de se realizar audiência.

§3º. Na hipótese de ser recomendada a aplicação de medidas disciplinares ao denunciado, este poderá apresentar pedido de reconsideração ao Comitê de Governança, no prazo de 10 (dez) dias, a contar da data em que tiver ciência da decisão do órgão, desde que apresente fatos ou argumentos que não tenham sido considerados na decisão.

**Art. 15º.** No caso de constatada violação efetiva ao Código de Ética, o Comitê de Governança recomendar uma das seguintes medidas disciplinares ao infrator:



4

IGPP - INSTITUTO DE GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS



+55 11 3034-0511



faleconosco@igpp.org.br



www.igpp.org.br



@igpp.instituto



- i) Advertência verbal;
- ii) Advertência escrita;
- iii) Suspensão (no caso de colaboradores), ou substituição, no caso de funcionários terceirizados;
- iv) Dispensa por ou sem justa causa (no caso de colaboradores), recomendação ao Conselho de Administração (no caso de membros de Órgãos Estatutários) ou rompimento de contrato (no caso de empresas fornecedoras de bens ou serviços ao IGPP).

§1º. Na aplicação das medidas disciplinares será levada em consideração a gravidade da infração, a boa-fé do infrator, a vantagem auferida ou pretendida pelo infrator, o grau de lesão ao IGPP e demais partes interessadas, e a reincidência.

§2º. A decisão do Comitê de Governança deve ser comunicada formalmente ao superior imediato e ao responsável pelo setor do infrator, no caso de colaboradores do IGPP, ou ao responsável pela gestão do contrato, em caso de empresas prestadoras de serviços, por meio de carta assinada pelo Presidente do Comitê e Secretário.

**Art. 16º.** O Comitê de Governança dará retorno formal ao denunciante da decisão tomada em relação à denúncia feita, dentro do prazo estabelecido no Código de Ética e Conduta.

#### CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

**Art. 17º.** Os conceitos e disposições deste Regulamento serão periodicamente revistos pelo Comitê, de modo que se mantenham atualizados, com a aprovação no Conselho de Administração.

**Art. 18º.** Os casos omissos serão resolvidos pelo Comitê de Governança com consulta à Diretoria Executiva da Instituição.

São Vicente, 15 de julho de 2022.



**Fabíula Martins Lourenço**  
Presidente  
Instituto de Gestão de  
Políticas Públicas  
IGPP



**Celino Barbosa de Souza Netto**  
Diretor Jurídico  
Instituto de Gestão  
de Políticas Públicas  
IGPP