

## ORDEM DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

<b>ORD.</b>	<b>LISTA/ORDEM DE DOCUMENTOS</b>
1	Estatuto Social
2	Cartão CNPJ
3	CND Federal
4	CND Estadual
5	CND Municipal
6	Regularidade Justiça Trabalho
7	Certidão negativa CND(INSS)
8	Certidão Regularidade FGTS
9	Alvará de Funcionamento
10	Responsável Técnico
11	Comprovação Cadastro CNES
12	Balanco Patrimonial e Demontração contabeis
13	Comprovante de Endereço
14	Ata de Eleição e Anexo 4
15	Certidão de existencia Juridica/copia Estatuto
16	Declaração contendo nome Gestor indicado
17	Declaração Aplicação de Recursos
18	Anexo VII–Declaração de ciência da remuneração e disponibilidade
19	Anexo III – Declaração sobre condições e cumprimento de metas;
20	Qualificação corpo técnico (Currículo, formação, cursos, mestrados, doutorados e publicações)
21	Anexo X–Componentes da Proposta
22	Anexo II–Declaração de Ciência e Concordância
23	Anexo V – Declaração da Não Ocorrência de Impedimentos
24	Plano de trabalho

**INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE,  
EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE**  
**CNPJ Nº 26.466.038/0001-48**



Alteração, Reforma e Consolidação do ESTATUTO SOCIAL  
(Aprovado na Assembleia Geral realizada em 28 de dezembro de 2021)

**CAPÍTULO 1- DENOMINAÇÃO, SEDE E ORGANIZAÇÃO**

**2º RCPJ**  
NUMERO DE REGISTRO

**8010**

**Da Denominação e Sede**

PORTO ALEGRE/RS

**Artigo 1.** O INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, que utilizará o nome fantasia de INTERNATIONAL INSTITUTE FOR FOOD, HEALTH, EDUCATION & SUSTAINABILITY - IIFHES é uma pessoa jurídica de direito privado, sem fins econômicos, beneficente, de iniciativa particular, de utilidade pública e duração por tempo indeterminado, regendo-se pelo presente estatuto, por deliberações emanadas pela Assembleia Geral e pela legislação vigente que lhe for aplicável.

**Artigo 2.** O INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, tem sede e foro na cidade de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, na Avenida Júlio de Castilhos, nº 596, Conjunto nº 1004, Centro Histórico, CEP 90.030-130, podendo manter escritórios ou representações em outras localidades do País e do exterior, designadas e instituídas em Ata de Assembleia Geral.

**Dos Princípios**

**Artigo 3.** O INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, adota como princípios o estímulo ao desenvolvimento da ética e do comportamento socialmente responsável; a orientação de pessoas e empresas para que passem a desenvolver uma sociedade sustentável; o desenvolvimento de projetos sociais, de saúde, inovação, tecnologia, educacionais, esportivos e de sustentabilidade, como fatores de desenvolvimento social; o respeito à Constituição Federal, unidade e soberania do Brasil e aos princípios das Nações Unidas.

**Artigo 4.** O INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE é uma instituição sem vínculo político-partidário, e não fará qualquer distinção de credo, raça, etnia, classe social, orientação sexual e gênero.

**Artigo 5.** O INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE observará no desenvolvimento de suas atividades os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e da eficiência.

**Da Composição e Organização**

**Artigo 6.** Poderão fazer parte do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE quaisquer pessoas, físicas ou jurídicas, independente de nacionalidade, sexo, cor, raça, etnia, profissão, credo, classe social, gênero, orientação sexual, que:

- I. Desejarem contribuir ativa ou voluntariamente, através de contribuições mensais, doações regulares ou eventuais;
- II. Demonstrarem interesse na consecução do objetivo social do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE ou a ela prestarem serviços relevantes.



## CAPÍTULO II - DOS OBJETIVOS SOCIAIS

**Artigo 7.** O INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE tem a missão de estimular pessoas e empresas a promoverem a responsabilidade social e a sustentabilidade.

**Parágrafo Único** – O INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE atuará de acordo com os seguintes valores:

- I - atuar na diminuição das diferenças sociais;
- II - desenvolver projetos voltados à criação de práticas sustentáveis;
- III - promover o acesso à educação, à saúde e ao esporte, através de palestras, conferências, seminários, feiras e congressos, orientação, estudos, pesquisas, metodologias e ferramentas técnicas;
- IV - promover a articulação de parcerias.

**Artigo 8.** O INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE tem por objetivos:

- I. A promoção da inovação, sustentabilidade, cultura, defesa e conservação do patrimônio histórico, artístico e cultural;
- II. A promoção do desenvolvimento econômico e social e combate à pobreza e a fome;
- III. A promoção do esporte e da educação;
- IV. A experiência, não lucrativa, de novos modelos associado-produtivos e de sistemas alternativos de produção, comércio, emprego, renda e crédito;
- V. A realização de estudos e pesquisas, desenvolvimento de tecnologias alternativas, produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos e científicos relacionados ao do desenvolvimento econômico e social.

### Das Finalidades

**Artigo 9.** O INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE tem por finalidade:

- I. Estimular pessoas e empresas a promoverem a responsabilidade social e a sustentabilidade;
- II. Estimular e fomentar o uso sustentável dos recursos naturais, combatendo o desperdício e a emissão de gases de efeito estufa para promover o desenvolvimento econômico e social, com a manutenção da diversidade biológica e cultural;
- III. Estimular, promover, fomentar, realizar e divulgar pesquisas científicas, estudos, bem como desenvolver projetos com vistas a atingir seus objetivos sociais;
- IV. Promover a conscientização e a educação e estimular a prática do esporte por meio de iniciativas relacionadas aos seus objetivos sociais;
- V. Promover o intercâmbio, convênios, acordos de cooperação técnica, científica e operacional, com outras organizações, empresas e entidades nacionais e internacionais, visando a capacitação, o desenvolvimento e o fortalecimento institucional;
- VI. Arrecadar, administrar e desembolsar recursos através de entidades nacionais e internacionais, ou indivíduos brasileiros e estrangeiros para atingir seus objetivos sociais;
- VII. Assessorar e prestar serviços de consultoria em planejamento, avaliação e execução de projetos a organizações públicas e privadas;
- VIII. Divulgar por quaisquer meios às informações e conhecimento produzidos por si ou por terceiros e correlatos as suas atividades;
- IX. Estimular o aperfeiçoamento e o cumprimento de legislação que instrumentalize a consecução dos seus objetivos sociais;
- X. Produzir, publicar, editar, distribuir e divulgar livros, revistas e artigos científicos, vídeos, documentários, filmes, fotos, materiais diversos, exposições, programas de radiodifusão, entre outros;



- XI. Realizar prospecção, gravação, edição e divulgação de imagens, músicas, depoimentos relacionados com suas atividades;
- XII. Distribuir e vender produtos e materiais próprios do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE ou de terceiros;
- XIII. Realizar, organizar, promover ou participar de eventos, como debates, conferências, seminários, cursos e congressos, bem como campanhas nacionais e internacionais relacionado com suas atividades e objetivo social.
- XIV. Atuar no desenvolvimento de projetos, programas e serviços de assistência social, elaborando a geração de renda, emprego, inclusão social e atividades de assistência social, bem como unidades de saúde não especificadas, assim como administrar e manter unidades assistenciais voltadas a promoção social, educação, cultura, meio ambiente, esportes e sustentabilidade.
- XV. Promover estudos, serviços e programas de inclusão social e profissional às pessoas com deficiências físicas, mentais e sensoriais.
- XVI. Promover e executar o atendimento em unidades de serviços de Acolhimento Institucional para crianças e adolescentes, e residência inclusiva para adultos destinada às pessoas com deficiência, cujos vínculos familiares estejam rompidos ou fragilizados, que não dispõem de condições de auto sustentabilidade, a fim de garantir proteção integral, garantindo privacidade, o respeito aos costumes, às tradições e à diversidade de: ciclos de vida, arranjos, raça/etnia, gênero e orientação sexual e que vise propiciar aos acolhidos um espaço o mais próximo a um ambiente familiar.
- XVII. Promover serviços sócio assistenciais tais como:
  - a. Serviços de assistência à família;
  - b. Núcleo de convivência e fortalecimento de vínculos para crianças, adolescentes, idosos e vulneráveis;
  - c. Núcleo de apoio a inclusão social de pessoas portadoras de deficiência;
  - d. Núcleo de apoio psicológico e proteção jurídico social;
  - e. Centro de defesa e convivência da mulher.
  - f. Administrar e manter escolas municipais, estaduais, federais e comunitárias e outros órgãos do Poder Público.
- XXVIII. Administrar e manter hospitais, clínicas, postos de saúde e pronto socorro, públicos e privados.
- XIX. Atividades de Serviços Imagem tais como: Raio-X, Tomografia, Densitometria Óssea e Hemodinâmica
- XX. Contratar mão-de-obra complementar através da Lei das Cotas para pessoas com deficiências.
- XXI. Coordenar e integrar diferentes competências entre os seus Associados para atendimento a projetos que tenham por exigência básica a introdução de inovação sejam tecnológicas, sejam metodológicas, assegurando prazos firmados e padrões de qualidade.
- XXII. Desenvolver programas de parcerias públicas e privadas.
- XXIII. Desenvolver atividades de atendimento em postos de saúde e pronto socorro, com assistência 24 horas, com leitos de observação.
- XXIV. Desenvolver atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimentos de urgências.
- XXV. Desenvolver programas de saúde da família.
- XXVI. Desenvolver programas de saúde da terceira idade e da comunidade.
- XXVII. Desenvolver programas de saúde dos trabalhadores e seus dependentes.
- XXVIII. Desenvolver campanhas de prevenção e sistema de promoção da saúde.
- XXIX. Desenvolver programas de treinamento, atualização profissional e capacitação junto aos profissionais de saúde e assistência social.
- XXX. Desenvolver sistemas diagnósticos e soluções para hospitais, além de ferramentas de gestão para saúde pública e tele medicina.
- XXXI. Desenvolver programas de apoio aos profissionais do setor de saúde.
- XXXII. Desenvolver programas em parceria, estágios e pesquisas com faculdades, universidades, escolas técnicas e profissionalizantes, públicas ou privadas, bem como autarquias municipais, estaduais e federais.
- XXXIII. Desenvolver atividades educativas para a comunidade.
- XXXIV. Desenvolver novos modelos experimentais não lucrativos de produção, emprego, renda e crédito, estudos, coordenação, execução, fomento e apoio de ações de inovação e desenvolvimento científico e tecnológico, de gestão, de transferência de tecnologia e de

2º RCPJ  
NÚMERO DE REGISTRO

8010

PORTO ALEGRE/RS



promoção de capital humano, através de atividades de educação e treinamento apropriados de natureza técnica, cultural, em tecnologia da informação, especialmente na área de saúde e serviços correlatos, visando o desenvolvimento sócio econômico brasileiro.

- XXXV. Desenvolver estudos, pesquisas, campanhas e projetos na área da saúde bucal.
- XXXVI. Desenvolver programas de capacitação de mão de obra para o desenvolvimento econômico e social, com ênfase na geração de emprego e renda.
- XXXVII. Elaborar, editar e distribuir materiais informativos, técnicos e científicos na área da saúde e educação.
- XXXVIII. Estimular trabalhos de pesquisa, ensino e assistência, por meio de apoio material, e de remuneração condigna àqueles que se propõem a tais fins.
- XXXIX. Executar outros serviços correlatos na área da saúde, com ênfase no programa de voluntário, com o objetivo de propiciar a pessoa carente e sem recursos, o apoio psicossocial e material para superar ou reduzir as deficiências, o sofrimento e falta de informação do paciente e da sua família.
- XL. Gerir postos de assistência médica com e sem internação.
- XLI. Gerir postos de saúde pública.
- XLII. Gerir programas de bolsas de estudo e de pesquisa na área de saúde e de educação.
- XLIII. Incentivar e desenvolver estudos, pesquisas, programas e projetos nas seguintes áreas: saúde, sociais, econômicas, tecnologia, esportiva, educação e sustentabilidade.
- XLIV. Integrar programas oficiais com o setor governamental.
- XLV. Integrar e promover atividades de saúde com universidades, faculdades e escolas técnicas, públicas ou privadas e cursos profissionalizantes como estágios e aperfeiçoamentos. Montando sistemas de bolsa ou centro de terceirização de trabalho de multiatividade consorciada.
- XLVI. Organizar sistemas de assistência à saúde complementar.
- XLVII. Organizar e promover serviços de assistência social, saúde e sustentabilidade.
- XLVIII. Organizar treinamentos, palestras, seminários, congressos, feiras e cursos especiais, nas áreas de saúde, sociais, econômicas, tecnologia, esportiva, educação e sustentabilidade.
- XLIX. Organizar e promover programas de bolsa, projetos de estudos, pesquisas e extensão nas áreas de saúde, assistência social, econômicas, tecnologia, esportiva, educação e sustentabilidade.
- L. Organizar programa de primeiro emprego e estágio.
- LI. Organizar sistemas de apoio às demais instituições de assistência social.
- LII. Promover convênios e contratos de gestão com setor público.
- LIII. Promover integração de ações com setor governamental e iniciativa privada.
- LIV. Promover em unidades de saúde ou unidades móveis, programas de assistência médica, coletas de exames, com o apoio de voluntários e agentes comunitários de saúde em suas áreas de influência.
- LV. Promover a saúde e a cidadania de pessoas carentes de recursos ou portadoras de deficiência física, mental, ocular, auditivas ou múltiplas, pela melhoria da acessibilidade e acolhimento nas unidades assistenciais sob sua gestão, por meio do esporte, da informação, de doações, de bolsas de estudos, de apoio material ou por outros meios e ações correlatas, para atender às suas necessidades e carências, especialmente a sua reabilitação física e mental.
- LVI. Promover a segurança alimentar e nutricional, agindo intensamente no combate a fome.
- LVII. Promover a medicina preventiva e tele medicina.
- LVIII. Promover o voluntariado.
- LIX. Promover a capacitação e treinamento de recursos humanos na área de saúde, assistência social, econômicas, tecnologia, esportiva, educação e sustentabilidade.
- LX. Promover estágios para profissionais de saúde, assistência social, econômicas, tecnologia, esportiva, educação e sustentabilidade.
- LXI. Promover estágio com alunos de cursos técnicos profissionalizantes e de cursos de graduação, em instituições de ensino, públicas ou privadas.
- LXII. Promover e difundir tecnologias sociais aplicadas nas diversas áreas afins, obtida através de permanente intercâmbio com outros centros no Brasil e no exterior.
- LXIII. Promover o repasse das tecnologias absorvidas e/ou desenvolvidas, bem como a capacitação do pessoal técnico desenvolvido.
- LXIV. Colaborar com o poder público no exame e encaminhamento de atos normativos de qualquer espécie, relativos aos objetivos estatutários e serviços correlatos, bem como colaborar com a

2. RCB  
NÚMERO DE REGISTRO  
8010



concepção, a implementação e a implantação de políticas públicas na área de saúde, assistência social, econômica, tecnologia, esportiva, educação e sustentabilidade.

- LXV. Colaborar pelos meios adequados, no Brasil e no exterior, com as instituições públicas e privadas, no que tange ao ensino, à pesquisa, a assistência médica, a informática, a técnica administrativa ou científica, por meio de convênios, visando preferencialmente à prevenção e detecção precoce de agravos à saúde humana.
- LXVI. As atividades de atendimento à saúde serão executadas, conforme a legislação vigente.
- LXVII. O Instituto poderá também criar unidades de prestação de serviços para a execução de atividades visando sua sustentabilidade, utilizando todos os meios lícitos, aplicando seu resultado operacional integralmente no desenvolvimento dos objetivos institucionais.
- LXVIII. Considerando o caráter amplo de atuação assistencial da entidade, aplica-se os incisos deste artigo, no que couber, as atividades de promoção social, educação, cultura, Meio Ambiente, esportes e sustentabilidade.

**Parágrafo Único:** As atividades sociais e os objetivos desta associação que exigirem a prévia aprovação de órgãos governamentais não serão realizadas antes de tais autorizações, observando em qualquer caso o artigo 199, § 3º da Constituição Federal.

#### Dos Meios

**Artigo 10.** No cumprimento de seus objetivos, INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE poderá, por si só ou em cooperação com terceiros;

- I. Documentar, por todos os meios (físicos e/ou digitais), suas atividades, bem como os fatos e situações que tiverem relação com suas finalidades e objetivos sociais;
- II. Firmar parcerias, convênios e contratos para prestação de serviços a outras instituições públicas ou privadas, nacionais ou internacionais;
- III. Contratar ou gerenciar pessoas físicas e jurídicas bem como organizar voluntários para a execução de seu objetivo social;
- IV. Licenciar e sublicenciar as marcas e símbolos de que for titular;
- V. Executar serviços para empresas, organizações e projetos em fomento, gestão, recuperação, reflorestamento e outros serviços ambientais e de sustentabilidade.

#### Do Regimento Interno

**Artigo 11.** O Regimento Interno organizará a infra – estrutura do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, estabelecendo a competência e o funcionamento de cada segmento, ou seja, conselhos, diretoria, núcleos e quaisquer outros necessários a seu pleno desenvolvimento.

**Parágrafo Único –** O Regimento Interno será elaborado pelo Conselho de Administração, que o aprovará pela maioria simples concorde de seus membros.

### CAPÍTULO III - DOS ASSOCIADOS

#### Da Composição

**Artigo 12.** O INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE terá número ilimitado de Associados, assim qualificados:

- I. Associados — Beneméritos;
- II. Associados — Contribuintes;
- III. Associados — Voluntários.

2º RCPJ  
NÚMERO DE REGISTRO  
**8010**  
PORTO ALEGRE/RS

**Artigo 13.** Todas as pessoas interessadas que sejam convidadas a se associar, formalizarão seu requerimento de inscrição mediante apresentação de proposta endereçada à Diretoria Executiva, com posterior referendo do Conselho de Administração, contendo informações e dados cadastrais necessários.

#### Dos Associados — Beneméritos

**Artigo 14.** São considerados Associados-Beneméritos aqueles que tenham prestado relevantes serviços ao Instituto, quer por atividades desenvolvidas, quer por contribuições e doações, sendo aceitos nesta condição por indicação e aprovação da Diretoria Executiva e referendo pelo Conselho De Administração.



**Artigo 15.** São direitos dos Associados-Beneméritos:

- I. Frequentar a sede e tomar conhecimento dos projetos e dos trabalhos em desenvolvimento;
- II. Apresentar propostas a Diretoria Executiva.
- III. Participar das Assembleias gerais, ordinárias e extraordinárias, com poder de voz e voto, elegerem e serem eleitos para o Conselho De Administração

**Artigo 16.** São deveres dos Associados-Beneméritos:

**2º RCPJ** I. Empenhar-se, por todos os meios, para que os objetivos sociais do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE sejam atingidos com êxito no âmbito de sua atuação.

NÚMERO DE REGISTRO

8010

PORTO ALEGRE/RS

#### Dos Associados — Contribuintes

**Artigo 17.** São considerados Associados-Contribuintes pessoas físicas brasileiras ou estrangeiras, pessoas jurídicas nacionais ou internacionais que periodicamente contribuam com recursos financeiros, doações ou mensalidade associativa, sendo indicados e aprovados pela Diretoria Executiva e referendados, nesta qualidade, pelo Conselho De Administração.

**Artigo 18.** São direitos dos Associados-Contribuintes que estiverem quites com suas obrigações perante o INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE:

- I. Participar das reuniões da Assembleia Geral, com direito a voz e voto, elegerem e serem eleitos para o Conselho De Administração;
- II. Frequentar sua sede e tomar conhecimento dos projetos e dos trabalhos em desenvolvimento;
- III. Desempenhar atividades na qualidade de voluntários.
- IV. Participar dos projetos em elaboração, em desenvolvimento ou em execução, de acordo com a capacidade, exigência e demanda necessárias, definidos pela Diretoria Executiva.

**Parágrafo único** — Havendo justa causa, o Associado poderá ser excluído do instituto por decisão da Diretoria Executiva, após o exercício do amplo Direito de defesa, sendo que a revisão, retificação ou ratificação de tal decisão caberá ao Conselho De Administração.

**Artigo 19.** São deveres dos Associados-Contribuintes:

- I. Contribuir financeiramente com o INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE da forma como estipulado no ato da associação, em parâmetros previamente definidos pela Diretoria Executiva e ratificados pelo Conselho De Administração.

#### Dos Associados — Voluntários

**Artigo 20.** São considerados Associados-Voluntários aqueles que efetivamente contribuam com seu trabalho, estudos, pesquisas e projetos para a consecução dos objetivos sociais do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE e requeiram sua associação, mediante análise e aceitação pela Diretoria Executiva, com a ratificação pelo Conselho De Administração.

**Artigo 21.** São direitos dos Associados-Voluntários:

- I. Propor nas Assembleias Gerais medidas que julgarem convenientes e necessárias para o cumprimento do objetivo social;
- II. Participar das reuniões da Assembleia Geral, com poder de voz e voto, podendo indicar e eleger membros para o Conselho De Administração.



**Artigo 22.** São deveres dos Associados-Voluntários:

- I. Colaborar com os órgãos de administração da sociedade na realização de seus objetivos sociais;
- II. Cumprir as atividades as quais foram designados, empenhando-se por todos os meios, para que os objetivos sociais do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE sejam atingidos com êxito no âmbito de sua atuação, e zelando pelo bom nome e imagem do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE.

### Do Desligamento dos Associados

**Artigo 23.** O Associado que desejar se desligar do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE deverá fazê-lo mediante comunicação por escrito à Diretoria Executiva.

**Artigo 24.** Será desligado do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE aquele que deixar de cumprir com os seus deveres de Associado, ou se agir, comprovadamente, de forma desonesta, desleal ou antiética com INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, através de sua Diretoria Executiva, Conselho De Administração, seus parceiros, contratantes, contratados ou dos demais Associados.

**Artigo 25.** O desligamento do Associado-Voluntário não o desobriga do cumprimento de suas obrigações até a data de desligamento, tampouco, o desobriga da responsabilização cível e criminal decorrente de seus atos ou omissões desidiosas.

**Artigo 26.** Os Associados não respondem, nem mesmo subsidiariamente, pelos encargos do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, salvo a hipótese prevista no artigo anterior.

**Artigo 27.** Os Associados não podem utilizar seus símbolos ou falar em nome do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, salvo se expressamente autorizados pela Diretoria Executiva.

### Da Ausência de Associados

**Artigo 28.** A ausência da figura dos Associados descritos no artigo 11, alíneas I e II, não descaracteriza a composição do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, bastando a existência de Associados Voluntários, Diretoria Executiva e Conselho De Administração, aprovados pela Assembleia Geral.

## CAPÍTULO IV - DA ADMINISTRAÇÃO

2º RCPJ  
NÚMERO DE REGISTRO

### Da Composição e Organização

8010

PORTO ALEGRE/RS

**Artigo 29.** A administração do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE será regida através da composição dos seguintes Órgãos:

- I. Assembleia Geral;
- II. Conselho De Administração;
- III. Diretoria Executiva

#### IV. Conselho Fiscal

**Artigo 30.** A instituição adotará práticas de gestão administrativa, necessárias e suficientes, a colir a obtenção, de forma individual ou coletiva, de benefícios e vantagens pessoais, em decorrência da participação nos processos decisórios do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE.

**Artigo 31.** O INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE não remunera, sob qualquer forma, os cargos do Conselho De Administração, do Conselho Fiscal e dos Associados-Voluntários, Associados-Beneméritos e Associados-Contribuintes, cujas atuações são inteiramente gratuitas. Os membros da Diretoria Executiva e Funcionários serão remunerados, com proventos a serem fixados pelo Conselho de Administração.

#### Da Assembleia Geral

**Artigo 32.** A Assembleia Geral, órgão soberano do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, constituir-se-á por todos os Associados, Conselho De Administração, Conselho Fiscal, Diretoria Executiva, em pleno gozo de seus direitos estatutários.

**Artigo 33.** A Assembleia Geral reunir-se-á ordinariamente uma vez por ano, até 31 de Julho, de cada ano, e extraordinariamente, sempre que se fizer necessário.

#### Da Convocação e Quórum Deliberativo

**Artigo 34.** A convocação ordinária da Assembleia Geral será feita por meio de edital afixado na sede do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, com três dias de antecedência, sendo válida também a convocação através de periódico de grande circulação, publicação no site oficial do Instituto, ou ainda através de e-mail e outros meios eletrônicos (WhatsApp), com comprovação de recebimento, respeitando-se este mesmo prazo mínimo de antecedência, convocada pelo Presidente do Conselho De Administração.

**Artigo 35.** A Assembleia Geral poderá ser convocada extraordinariamente pelo Conselho de Administração e/ou Diretoria Executiva, isoladamente ou em conjunto, apresentando sua pauta no ato da convocação, respeitando os prazos definidos no Artigo 34.

**Artigo 36.** A Assembleia Geral poderá ser convocada extraordinariamente por pelo menos 35% (trinta e cinco por cento) dos Associados, mediante apresentação de pauta e requerimento à Diretoria Executiva, com validação desta junto ao Conselho De Administração, que deverá expedir a convocação no prazo máximo de 60 (sessenta) dias.

**Artigo 37.** O quórum para a instalação da Assembleia Geral é de 3/5 (três quintos) dos Associados, em primeira convocação, até 2/5 (dois quintos) dos Associados na segunda.

#### Da Competência da Assembleia Geral

**Artigo 38.** Compete à Assembleia Geral:

- I. Eleger os membros que compõem o Conselho De Administração e Conselho Fiscal dando-lhes imediatamente as posses respectivas;
- II. Selecionar, nomear e exonerar os membros do Conselho de Administração e Conselho Fiscal;
- III. Examinar e aprovar o Balanço Patrimonial e demais demonstrações financeiras anualmente ou sempre que necessário;
- IV. Alterar o presente Estatuto;
- V. Para as deliberações a que se referem os incisos II, III, IV é exigido o voto concorde de dois terços dos presentes, com direito a voto, à Assembleia Geral especialmente convocada para



**2º RCPJ**

NÚMERO DE REGISTRO

**8010**

PORTO ALEGRE/RS

- esse fim, não podendo ela deliberar, em primeira convocação, sem a maioria absoluta dos Associados, ou com menos de um terço nas convocações seguintes;
- VI. Apreçar e deliberar sobre os relatórios de atividades apresentados pelo Conselho De Administração;
- VII. Apreçar e opinar, quando convocado, sobre os planos de expansão ou programa de ação apresentados pelo Conselho De Administração;
- VIII. Apreçar as recomendações apresentadas pelos órgãos do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE;
- IX. Fiscalizar a gestão do Conselho De Administração e examinar, a qualquer tempo, documentos da organização e solicitar informações sobre programas, projetos, contratos e quaisquer outros atos;
- X. Funcionar como instância recursal das decisões e deliberações do Conselho De Administração.

#### Do Conselho De Administração

**Artigo 39.** O Conselho De Administração é responsável pela direção do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, cabendo-lhe formular políticas e estratégias, deliberar, controlar e orientar as ações da organização.

**Artigo 40.** O Conselho De Administração será constituído por até 5 (cinco) dirigentes eleitos por maioria absoluta, em Assembleia Geral, com um mandato de 2 (dois) anos, permitida a recondução ou reeleição, distribuídos nos seguintes cargos: Presidente, Vice-Presidente, Primeiro-Secretário, Segundo-Secretário e Tesoureiro.

**Artigo 41.** O Conselho De Administração poderá ser formado por Associados-Beneméritos, Associados-Contribuintes, Associados-Voluntários, Diretoria Executiva.

**Artigo 42.** Na ausência de candidaturas, o Conselho De Administração deverá ser formado por pelo menos 2(dois) dois membros, na qualidade de Presidente e Vice-Presidente, assumindo estes as obrigações e deveres dos demais cargos.

**Artigo 43.** O Conselho De Administração reunir-se-á, ordinariamente, uma vez por mês, na sede do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE ou em outro local previamente escolhido; facultada ainda a realização de reunião através de vídeo conferência, e extraordinariamente, quando convocado por seu Presidente, membros do Conselho de Administração ou Diretoria Executiva.

**Artigo 44.** Não poderão ser eleitos para os cargos do Conselho De Administração da entidade, os Associados que exerçam cargos, empregos ou funções públicas junto aos órgãos do Poder Público Municipal, Estadual ou Federal; excetuando-se a condição de aposentado ou reformado.

#### Da Competência do Conselho De Administração

**Artigo 45.** Compete ao Conselho De Administração:

- I. Definir as políticas que orientam as atividades gerais do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE respeitando os princípios gerais adotados consensualmente por todos os integrantes;
- II. Apoiar os colaboradores do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, especialmente nos planos de capacitação de recursos e acompanhar a realização dos Planos de Ação e a Proposta Orçamentaria;
- III. Deliberar sobre o patrimônio, investindo em gestão financeira;
- IV. Aprovar anualmente o planejamento das ações programáticas, bem como as suas respectivas dotações orçamentárias e o plano anual de captação de recursos;
- V. Formar comitês constituídos exclusivamente por Associados e Membros do Conselho De Administração, com poderes definidos, aos quais serão atribuídas funções específicas ou setoriais a serem definidas pelo Presidente e Vice-Presidente;



2º RCPJ

NÚMERO DE REGISTRO

8010

PORTO ALEGRE/RS



- VI. Fazer parte de comissões e receber delegações;
- VII. Propor a alteração do Estatuto à Assembleia Geral;
- VIII. Examinar os livros de escrituração do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE;
- IX. Autorizar a instalação de escritórios do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE em outras localidades do estado e do país;
- X. Decidir sobre as questões que forem submetidas pelo Conselho De Administração;
- XI. Escolher e destituir auditores quando solicitado pelo Presidente, Associados-colaborador ou financiador de projeto;
- XII. Autorizar a aquisição, oneração, permuta, doação, locação e arrendamento de bens imóveis, pertencentes a patrimônio do instituto, assim como a aquisição de outro que venham a integrá-lo;
- XIII. Aprovar os membros da Diretoria Executiva, bem como, fixar sua remuneração;
- XIV. Decidir sobre os casos omissos do regimento ou dos estatutos.

**Artigo 46.** O Conselho De Administração poderá nomear mandatários com poderes específicos escolhidos inclusive dentre os colaboradores do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, observando o seguinte:

- I. O mandato seja outorgado por aprovação do Conselho, mediante assinatura do Presidente, sem direito a substabelecimento, vencendo cada procuração no prazo de 31 de dezembro do ano vigente.

**Artigo 47.** O INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, através de ato do Conselho de Administração, através de seu Presidente, poderá conceder poderes inclusive para pagamentos, doações, contratos e outras obrigações de qualquer natureza.

#### Da Composição do Conselho De Administração

**Artigo 48.** O Conselho De Administração será composto:

- I. Presidente;
- II. Vice-Presidente;
- III. Primeiro Secretário;
- IV. Segundo Secretário;
- V. Tesoureiro;

**2º RCPJ**  
NÚMERO DE REGISTRO  
**8010**  
PORTO ALEGRE/RS

#### Do Presidente

**Artigo 49.** Compete ao Presidente do Conselho De Administração:

- I. Representar O INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE judicial e extrajudicialmente podendo substabelecer tais poderes, com ou sem reservas, sempre que necessário ou conveniente ao INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE;
- II. Assinar contratos, convênios, prestação de contas, parcerias com pessoas físicas e jurídicas;
- III. Assinar cheques e demais meios de pagamento, bem como, movimentar contas bancárias do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, sempre em conjunto com o Tesoureiro;
- IV. Delegar e ceder sob procuração específica, direitos e deveres aos cargos da Diretoria Executiva;
- V. Presidir a Assembleia Geral;
- VI. Convocar e presidir as reuniões do Conselho De Administração;
- VII. Nomear os cargos da Diretoria Executiva do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, aprovados pelo Conselho de Administração.



### Do Vice-Presidente

**Artigo 50.** Compete ao Vice-Presidente:

- I. Substituir o Presidente em suas faltas ou impedimentos, exercendo todos os poderes do mesmo;
- II. Assumir o mandato, em caso de vacância, até o seu término;
- III. Assinar contratos, convênios, prestação de contas, parcerias com pessoas físicas e jurídicas, na impossibilidade do Presidente;
- IV. Assinar cheques e demais meios de pagamento, bem como, movimentar contas bancárias do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, sempre em conjunto com o Tesoureiro;
- V. Prestar, de modo geral, sua colaboração ao Presidente.

### Do Primeiro Secretario

**Artigo 51.** Compete ao Primeiro Secretario:

- I. Secretariar as reuniões da diretoria e da Assembleia Geral e redigir as atas;
- II. Publicar todas as notícias das atividades da entidade.

### Do Segundo Secretario

**Artigo 52.** Compete ao Segundo Secretario:

- I. Substituir o Primeiro Secretário em suas faltas ou impedimentos;
- II. Assumir o mandato, em caso de vacância, até o seu término.

### Do Tesoureiro

**Artigo 53.** Compete ao Tesoureiro:

- I. Prestar, de modo geral, sua colaboração ao Conselho de Administração e Conselho Fiscal;
- II. Atender as solicitações dos Associados quanto à Administração financeira do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE.
- III. Assinar cheques e demais meios de pagamento, bem como, movimentar contas bancárias do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, sempre em conjunto com o Presidente;
- IV. Elaborar conjuntamente com a Diretoria Executiva as prestações de contas do Instituto

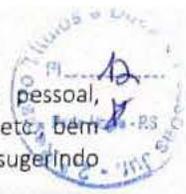
### Da Diretoria Executiva

**Artigo 54.** A Diretoria Executiva é o órgão gestor e de Administração do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE.

**Artigo 55.** Os membros da Diretoria Executiva poderão serem eleitos dentre os membros do Conselho de Administração, com mandato de 02 (dois) anos, permitida a recondução, ou via contratação externa, devidamente aprovada pelo Conselho de Administração.

**Parágrafo Único** – Em caso de contratação externa o prazo de mandato será definido pelo Conselho de Administração.

**Artigo 56.** Compete à Diretoria Executiva:



- I. Realizar a gestão administrativa, econômica, financeira, contábil, jurídica, de pessoal, patrimonial, assinatura de contratos, distratos, convênios, movimentação bancária, etc., bem como a adoção de procedimentos financeiros e controles internos da organização, sugerindo ações e diretrizes de atuação ao Conselho De Administração;
- II. Elaborar os relatórios de desempenho financeiro e contábil, das operações patrimoniais realizadas, emitindo e analisando pareceres sobre o Balanço Financeiro/Patrimonial anual, para exame do Conselho de Administração e da Assembleia Geral. Os referidos pareceres deverão ser dados dentro do prazo de 60 (Sessenta) dias do recebimento dos demonstrativos contábeis, sob pena de seu silêncio ser tido como pronunciamento favorável;
- III. Realizar a gestão dos contratos em que o Instituto figurar como executor e a cogestão quando o Instituto figurar como participante, zelando sempre pelo cumprimento das cláusulas e metas estabelecidas e contratadas, seu adequado desempenho e apuração efetiva dos resultados pretendidos.
- IV. Praticar todos os atos de administração e gestão da Entidade.
- V. Propor à Assembleia Geral a alteração deste Estatuto.
- VI. Elaborar orçamento programa de cada exercício e apresentá-lo ao Conselho de Administração para aprovação.
- VII. Preparar a prestação de contas da Entidade e apresenta-lo ao Conselho de Administração para aprovação.
- VIII. Admitir e excluir associados.
- IX. Criar, encerrar e alterar endereços e a Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE das dependências (filiais) por meio da Ata de Reunião da própria Diretoria.
- X. Criar, por meio de Ata de Reunião da própria Diretoria, Conselhos de Administração específicos para atender os requisitos e exigências de legislações específicas, não se confundindo com o Conselho de Administração da Sede.  
Parágrafo Único: A Diretoria agirá validamente com a presença do Presidente e do Vice Presidente.
- XI. Comparecer às reuniões do Conselho De Administração e da Assembleia Geral.
- XII. Cumprir e fazer cumprir este Estatuto.

**Artigo 57.** A Diretoria Executiva, para melhor desempenho de suas atividades, poderá contar com Assessorias ou Consultorias Técnicas Especializadas, cujas contratações deverão ser submetidas ao Conselho de Administração.

**Artigo 58.** A Diretoria Executiva será composta por:

- I. Diretor Superintendente
- II. Diretor Técnico e de Projetos
- III. Diretor Administrativo Financeiro

**2º RCPJ**  
NÚMERO DE REGISTRO  
**8 0 1 0**  
PORTO ALEGRE/RS

**Artigo 59.** Compete ao Diretor Superintendente:

- I. Representar o INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE em juízo ou fora dele;
- II. Realizar o Planejamento das ações e atividades do Instituto, bem como a sua gestão administrativa, econômica, financeira, contábil, jurídica, de pessoal, patrimonial, de contratos, com a adoção de procedimentos financeiros e controles internos da organização, sugerindo ações e diretrizes de atuação ao Conselho De Administração;
- III. Coordenar, orientar e comandar os trabalhos dos demais diretores e funcionários, além da ação e atuação dos Associados.
- IV. Ser o responsável pela representação institucional do Instituto junto a órgãos públicos e privados, nacionais e estrangeiros;
- V. O Diretor Superintendente poderá outorgar poderes especiais de sua competência – tais como assinaturas de contratos, distratos, convênios, etc., mediante outorga de procuração com poderes específicos.

**Artigo 60.** Compete aos demais Diretores:



- I. Diretor Técnico e de Projetos
  - a. Realizar a gestão dos contratos em que o Instituto figurar como executor ou participante, administrando os recursos humanos, financeiros, próprios ou de terceiros, visando a consecução dos objetivos e resultados propostos
  - b. Estabelecer contatos e parcerias, com entidades públicas e privadas, nacionais e estrangeiras, visando o desenvolvimento das atividades objeto do Instituto
  - c. Prestar contas das atividades de sua área ao Diretor Superintendente, ao Conselho de Administração e à Assembleia Geral.
  
- II. Diretor Administrativo Financeiro
  - a. Realizar a gestão administrativa, econômica, financeira, contábil, de pessoal, patrimonial, de contratos, com a adoção de procedimentos financeiros e controles internos da organização.
  - b. Prestar contas das atividades de sua área ao Diretor Superintendente, ao Conselho de Administração e à Assembleia Geral.

**2º RCPJ**  
NÚMERO DE REGISTRO

**8010**

Do Conselho Fiscal

PORTO ALEGRE/RS

**Artigo 61.** O Conselho Fiscal será constituído por 02 (dois) membros associados, eleitos em Assembleia Geral, com mandato de 02 (dois) anos, e será competente para opinar sobre relatórios de desempenho financeiro contábil e sobre operações patrimoniais realizadas, emitindo pareceres para os organismos superiores do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE.

**Parágrafo Único** – O Conselho Fiscal poderá indicar ao Conselho de Administração a contratação de Auditoria Externa, para auditar as contas do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE.

#### CAPÍTULO VI - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

**Artigo 62.** A prestação de contas do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE observará as seguintes normas:

- I. Os princípios fundamentais de contabilidade, as Normas Brasileiras de Contabilidade;
- II. A publicidade, por qualquer meio eficaz, no encerramento do exercício fiscal, ao relatório de atividades e das demonstrações financeiras da entidade, incluindo as certidões negativas de débitos junto ao INSS e ao FGTS, colocando-os à disposição para o exame de qualquer cidadão;
- III. A realização de auditoria, inclusive por auditores externos independentes, se for o caso, da aplicação dos eventuais recursos objeto do Termo de Parceria;
- IV. A prestação de conta de todos os recursos e bens de origem pública recebidos será feita, conforme determina o parágrafo único do Art. 70 da Constituição Federal.
- V. Estar disponibilizada em Portal de Transparência, publicada no site oficial do Instituto

#### CAPÍTULO VII - DO PATRIMÔNIO

**Artigo 63.** O patrimônio do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE será constituído de bens móveis, imóveis, veículos, marcas e semoventes.

**Artigo 64.** Constituem ingressos do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE:

- I. Subvenções ou auxílios governamentais e outros;

- II. Patrocínios, legados, doações e contribuições de qualquer natureza;
- III. Fundos e gestão provenientes de bens patrimoniais;
- IV. Produtos de festivais, campanhas, concursos, sorteios e eventos congêneres;
- V. Venda de livros, documentários e demais produtos de confecção ou produção, designada nas finalidades e meios deste Estatuto, bem como produtos originados em projetos gerenciados pelo INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE;
- VI. Renda proveniente de direitos autorais, licença e sublicença das marcas e publicações sob a titularidade do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE;
- VII. Contratos de projetos e serviços.



**Artigo 65.** No caso de dissolução do Instituto, o respectivo patrimônio líquido será transferido a outra pessoa jurídica qualificada nos termos da Lei nº 9270/99, preferencialmente que tenha o mesmo objetivo social.

**Artigo 66.** Depois de dissolvido o INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, em única hipótese, acima mencionada, quaisquer dos bens que integram o seu patrimônio somente poderão ser alienados para o pagamento das dívidas legais que o INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE houver assumido, até a data da deliberação da sua dissolução.

2º RCBJ  
NUMERO DE REGISTRO

#### CAPÍTULO VIII- DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

8010

PORTO ALEGRE/RS

**Artigo 67.** O exercício social coincidirá com o ano civil, com início no dia 01 de janeiro, encerrando-se no dia 31 de dezembro de cada ano.

**Artigo 68.** Ao final de cada exercício, será levantado o Balanço Patrimonial e serão preparadas as demais demonstrações financeiras relativas ao mesmo, para posterior apresentação e aprovação em Assembleia Geral Ordinária.

**Artigo 69.** O INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE apenas poderá ser dissolvido por deliberação de 2/3 (dois terços) dos Associados, uma vez constatada a impossibilidade de sua sobrevivência ou desvirtuamento de suas finalidades, em Assembleia Geral, que indicará os liquidantes.

**Artigo 70.** O INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE não distribui entre os seus Associados ou associado conselheiros, diretores, empregados ou doadores eventuais excedentes operacionais, brutos ou líquidos, dividendos, bonificações, participações ou parcelas de seu patrimônio, auferidos mediante o exercício de suas atividades, e os aplica integralmente na consecução do seu objetivo social.

**Artigo 71.** Os Associados não respondem, nem solidária nem subsidiariamente, pelas obrigações sociais.

**Artigo 72.** A retirada de qualquer dos Associados, seja em que categoria for, não lhe assiste o direito de reclamar a propriedade ou posse de qualquer dos bens do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE.

**Artigo 73.** O presente estatuto poderá ser reformado, a qualquer tempo, por decisão da maioria absoluta dos Associados, em Assembleia Geral especialmente convocada para esse fim, e entrará em vigor na data de seu registro em Cartório.

**Artigo 74.** Este Estatuto bem como todas as atividades do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE obedecerão a Legislação Brasileira, que prevalecerá sobre qualquer eventual estipulação contrária a esta.

Artigo 75. Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho De Administração e referendados pela Assembleia Geral.

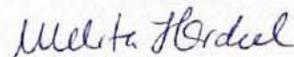


  
JOSELI DA SILVA ROSA  
Presidente

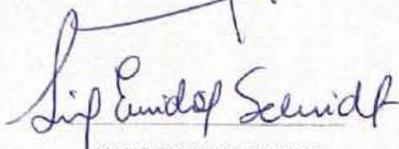
2º RCPJ  
NÚMERO DE REGISTRO

8010

PORTO ALEGRE/RS



MELITA HICKEL  
Vice Presidente



LIANE EMIDIO SCHMIDT

Primeiro Secretário



CINTIA MEDIANEIRA GOULART DE  
SOUZA

Segundo Secretário



AMILTON CESAR DE OLIVEIRA  
MACHADO  
Tesoureiro

  
WILLIAN SAUCEDO PINHEIRO  
Conselho Fiscal

  
ROSANE SALETE SANTOS ROSA  
Conselho Fiscal

## 2º RTD

2º REGISTRO CIVIL DE PESSOAS JURÍDICAS  
Rua Gen. Câmara, 236 - 4º andar - 90010-230  
Porto Alegre/RS - Fone: (51) 3212-6392  
Valter Luis Cervo - Oficial de Registros

PROTOCOLO: N° 123601 - Livro A-14, Fls. 196, em 07/01/2022.

REGISTRO: N° 8010 - Livro A-18, Fls. 279 v, em 7 de janeiro de 2022. Averbado ao Registro n° 7950.



Valter Luis Cervo- Oficial de Registros

Total: R\$ 493,60 + R\$ 39,60 = R\$ 532,20

Cert. P.J (01 página) R\$ 56,00 (0462.02.2000001.02382 = 2393=R\$ 9,50)

Cert. P.J (04 páginas) R\$ 44,00 (0462.04.2000001.05116 = R\$ 3,30)

Cert. P.J (16 páginas) R\$ 166,00 (0462.04.2000001.05117 = R\$ 3,30)

Exame documentos: R\$ 50,70 (0462.04.2000001.05113 = R\$ 3,30)

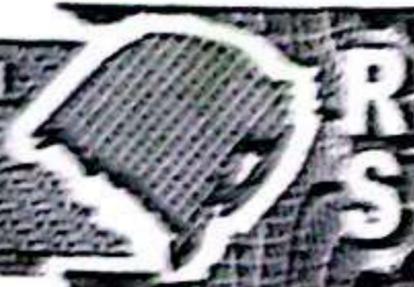
Averb. P.J s/ fins econ. R\$ 76,50 (0462.04.2000001.05114 = R\$ 3,30)

Digitalização: R\$ 49,40 (0462.04.2000001.05115 = R\$ 3,30)

Processamento eletrônico: R\$ 46,00 (0462.01.2000001.06849, 8950 = R\$ 11,20)

Conf. doc. via internet: R\$ 6,00 (0462.01.2000001.00949 = R\$ 1,40)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARRERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME  
**JOSELI DA SILVA ROSA**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
**1036507265 SJB/II RS**

CPF  
**744.133.840-91** DATA NASCIMENTO  
**05/03/1969**



FILIAÇÃO  
**ARIIVALDO GOMES DA ROSA**  
**MARIA DELVAIR DA SILVA ROSA**

PERMISSÃO ACC CAT. HAB  
**E**

RF REGISTRO  
**00316655620** VALIDADE  
**05/12/2023** 1ª HABILITAÇÃO  
**17/12/1987**

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
**ESTEIO, RS**

DATA EMISSÃO  
**06/12/2018**

Paulo Roberto Nonkelme

Diretor-Geral  
ASSINATURA DO EMISSOR

18251670410

RS215124065

**RIO GRANDE DO SUL**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1733023189

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1733023189



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO <b>26.466.038/0001-48</b> MATRIZ	<b>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL</b>	DATA DE ABERTURA <b>11/10/2016</b>
--	---	---------------------------------------

NOME EMPRESARIAL <b>INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTACAO, SAUDE, EDUCACAO &amp; SUSTENTABILIDADE</b>
---

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) <b>IIFHES</b>	PORTE <b>DEMAIS</b>
---	------------------------

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL <b>94.99-5-00 - Atividades associativas não especificadas anteriormente</b>
--

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS <b>86.60-7-00 - Atividades de apoio à gestão de saúde</b>
---

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA <b>399-9 - Associação Privada</b>
--

LOGRADOURO <b>AV JULIO DE CASTILHOS</b>	NÚMERO <b>596</b>	COMPLEMENTO <b>CONJ 1004</b>
--	----------------------	---------------------------------

CEP <b>90.030-130</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>CENTRO HISTORICO</b>	MUNICÍPIO <b>PORTO ALEGRE</b>	UF <b>RS</b>
--------------------------	--	----------------------------------	-----------------

ENDEREÇO ELETRÔNICO <b>CONTATO@LOPESETOLOTTI.COM.BR</b>	TELEFONE <b>(51) 4141-7248</b>
--	-----------------------------------

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****
--

SITUAÇÃO CADASTRAL <b>ATIVA</b>	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL <b>16/09/2021</b>
------------------------------------	---

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL
------------------------------

SITUAÇÃO ESPECIAL *****	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****
----------------------------	------------------------------------



**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Secretaria da Receita Federal do Brasil**  
**Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional**

**CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS E À DÍVIDA  
ATIVA DA UNIÃO**

**Nome: INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTACAO, SAUDE, EDUCACAO &  
SUSTENTABILIDADE**  
**CNPJ: 26.466.038/0001-48**

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que não constam pendências em seu nome, relativas a créditos tributários administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e a inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) junto à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.  
Emitida às 09:43:34 do dia 03/02/2022 <hora e data de Brasília>.  
Válida até 02/08/2022.

Código de controle da certidão: **D73B.31A1.DBB9.F1E7**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



Certidão de Situação Fiscal nº **0020346195**

Identificação do titular da certidão:

CNPJ: **26.466.038/0001-48**

Certificamos que, aos **08** dias do mês de **JULHO** do ano de **2022**, revendo os bancos de dados da Secretaria da Fazenda, o titular acima enquadra-se na seguinte situação:

**CERTIDAO NEGATIVA**

Observações: Nada Consta

O nome do titular do CPF/CNPJ não consta nos bancos de dados da Secretaria da Fazenda. Se necessário, solicite documento de identificação.

Esta certidão **NÃO É VÁLIDA** para comprovar;

a) a quitação de tributos devidos mensalmente e declarados na Declaração Anual de Simples Nacional (DASN) e no Programa Gerador do Documento de Arrecadação do Simples Nacional (PGDAS-D) pelos contribuintes optantes pelo Simples Nacional;

b) em procedimento judicial e extrajudicial de inventário, de arrolamento, de separação, de divórcio e de dissolução de união estável, a quitação de ITCD, Taxa Judiciária e ITBI, nas hipóteses em que este imposto seja de competência estadual (Lei nº 7.608/81).

No caso de doação, a Certidão de Quitação do ITCD deve acompanhar a Certidão de Situação Fiscal.

Esta certidão constitui-se em meio de prova da inexistência, em nome do interessado, de débitos ou pendências relacionados na Instrução Normativa nº 45/98, Título IV, Capítulo V, 1.1.

A presente certidão não elide o direito de a Fazenda do Estado do Rio Grande do Sul proceder a posteriores verificações e vir a cobrar, a qualquer tempo, crédito que seja assim apurado.

Esta certidão é válida até 5/9/2022.

Certidão expedida gratuitamente e com base na IN/DRP nº 45/98, Título IV, Capítulo V.

Autenticação: **0030358059**

A autenticidade deste documento deverá ser confirmada em <https://www.sefaz.rs.gov.br>.



PREFEITURA DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

## CERTIDÃO GERAL NEGATIVA DE DÉBITOS

Esta certidão é válida até: **07/08/2022**

**Nome: INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTACAO, SAUDE, EDUCACAO &**

**CNPJ: 26.466.038/0001-48**

*Ressalvado o direito de a Fazenda Pública Municipal cobrar quaisquer créditos que vierem a ser apurados, é certificado que, para o contribuinte acima especificado não constam débitos vencidos, lançados até 5 de julho de 2022.*

Certidão emitida em 08/07/2022 às 11:37:54, conforme Decreto 14.560 e Instrução Normativa SMF 04/2003.

A autenticidade desta certidão deverá ser verificada no sítio da Secretaria Municipal da Fazenda (<http://www.portoalegre.rs.gov.br/smf>), informando **CNPJ: 26.466.038/0001-48** e o código de autenticidade **A2BBE964093D**



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO

## **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS**

Nome: INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTACAO, SAUDE, EDUCACAO & SUSTENTABILIDADE (MATRIZ E FILIAIS)  
CNPJ: 26.466.038/0001-48  
Certidão nº: 21796462/2022  
Expedição: 11/07/2022, às 09:43:02  
Validade: 07/01/2023 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTACAO, SAUDE, EDUCACAO & SUSTENTABILIDADE (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **26.466.038/0001-48**, **NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base nos arts. 642-A e 883-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentados pelas Leis ns.º 12.440/2011 e 13.467/2017, e no Ato 01/2022 da CGJT, de 21 de janeiro de 2022. Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho.

No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.

A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>).

Certidão emitida gratuitamente.

### **INFORMAÇÃO IMPORTANTE**

Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho, Comissão de Conciliação Prévia ou demais títulos que, por disposição legal, contiver força executiva.

Voltar

Imprimir



## Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

**Inscrição:** 26.466.038/0001-48  
**Razão Social:** INST INTERN PARA ALIMENTACAO SAUDE EDUC E SUSTENTABIL  
**Endereço:** AV JULIO DE CASTILHOS 596 CJ 1004 / CENTRO HISTORICO / PORTO ALEGRE / RS / 90030-130

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

**Validade:** 28/06/2022 a 27/07/2022

**Certificação Número:** 2022062802150921534308

Informação obtida em 08/07/2022 11:39:46

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa: **[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)**



# PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE

Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico

ALVARÁ Nº **51152088**

A PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, nos termos da legislação vigente concede: **AUTORIZAÇÃO PARA FUNCIONAMENTO**

NOME OU RAZÃO SOCIAL

INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTACAO, SAUDE, EDUCACAO & SUSTENTABILIDADE

NOME FANTASIA

IIFHES

ENDEREÇO

7778129 - AV. JULIO DE CASTILHOS 596  
CONJ 1004

ATIVIDADES

3.06.02.03.08.00 - LIGA E ASSOCIACAO ASSISTENCIAL E BENEFICENTE

\*\*\*\*\*

HORARIO - HORARIO DE FUNCIONAMENTO LIMITADO ATE AS 18 H

CONDICOES - AUTORIZACAO A TITULO PRECARIO LEC 14.376/13 E ALT  
AREA - 70 M<sup>2</sup>

PROCESSO

\*\*\*\*\*

VENCIMENTO

14/02/2023

Porto Alegre, 14 de Fevereiro de 2022.

A autenticidade deste Alvará deverá ser verificada no sítio da Secretaria Municipal do Desenvolvimento Econômico e Turismo (<http://www.portoalegre.rs.gov.br/smic/>) nas Consultas de Alvará por Número ou por

Este documento terá validade enquanto se mantiverem os dados supra citados.  
Este documento deverá ser exposto em local visível ao público.  
Deverá ocorrer a Logística Reversa dos resíduos gerados pela atividade, em atendimento à legislação vigente.  
Grandes Geradores são obrigados a realizar o cadastramento no Sistema de Gerenciamento de Resíduos – SGR POA nos termos do Decreto nº 20.227/2019.



# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RS

## DECLARAÇÃO

Certificamos, para os devidos fins, que o(a) Dr(a) DIEGO CARVALHO DE OLIVEIRA encontra-se inscrito(a) neste Conselho Regional de Medicina, sob o número 52467/RS, desde 30/05/2022, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Porto Alegre - RS, 30 de maio de 2022

## Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 19/07/2022

CNES: 2957663 Nome Fantasia: IIFHES CNPJ: 26.466.038/0001-48  
Nome Empresarial: INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTACAO Natureza jurídica: ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS  
Logradouro: JULIO DE CASTILHOS Número: 596 Complemento: CONJ 1004  
Bairro: CENTRO HISTORICO Município: 431490 - PORTO ALEGRE UF: RS  
CEP: 90030-130 Telefone: (51) 4141-7248 Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: --  
Tipo de Estabelecimento: CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE Subtipo: OUTROS Gestão: MUNICIPAL  
Diretor Clínico/Gerente/Administrador: DIEGO CARVALHO DE OLIVEIRA  
Cadastrado em: 06/07/2022 Atualização na base local: 30/06/2022 Última atualização Nacional: 10/07/2022  
Horário de Funcionamento:

**Habilitações**

Nenhum resultado para a consulta realizada.

**Habilitações - Histórico**

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Data desativação: -- Motivo desativação: --

INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTACAO, SAUDE, EDUCACAO & SUSTENTABILIDADE  
CNPJ: 26.466.038/0001-48

**Balanco Patrimonial em 31 de dezembro de 2021**  
(Expresso em Reais)

<b>ATIVO</b>	<b>31/12/2021</b>
<b>CIRCULANTE</b>	<b>4.882,34</b>
<b>Disponibilidades</b>	<b>4.882,34</b>
Caixa e Equivalentes de Caixa	4.882,34
<b>ATIVIDADE MEIO SUSTENTÁVEL</b>	<b>56.547,95</b>
<b>Imobilizado</b>	<b>60.000,00</b>
Máquinas e Equipamentos	60.000,00
<b>Depreciação Acumulada</b>	<b>(3.452,05)</b>
(-) Depreciação Máquinas e Equipamentos	(3.452,05)
<b>TOTAL DO ATIVO</b>	<b>61.430,29</b>
<b>PASSIVO + PATRIMÔNIO SÓCIAL</b>	<b>31/12/2021</b>
<b>PATRIMÔNIO SOCIAL</b>	<b>61.430,29</b>
<b>SUPERAVIT/DEFICIT ACUMULADO</b>	<b>61.430,29</b>
Superavit do Exercício	61.430,29
<b>TOTAL DO PASSIVO + PATRIMÔNIO SOCIAL</b>	<b>61.430,29</b>

INSTITUTO  
INTERNACIONAL PARA  
ALIMENTACAO SAUDE  
ED:26466038000148

Assinado de forma digital por  
INSTITUTO INTERNACIONAL PARA  
ALIMENTACAO SAUDE  
ED:26466038000148  
Dados: 2022.07.18 22:53:25 -03'00'

**JOSELI DA SILVA ROSA**  
PRESIDENTE  
CPF: 744.133.840-91

**HENRIQUE TOLOTTI**  
**SARTURI:018434210**  
**46**

Assinado de forma digital por  
HENRIQUE TOLOTTI  
SARTURI:01843421046  
Dados: 2022.07.11 09:43:22  
-03'00'

**HENRIQUE TOLOTTI SARTURI**  
CONTADOR - CRC/RS 098684/O-1  
CPF: 018.434.210-46

**Demonstração do Resultado do Exercício Social**  
**Findo em 31 de dezembro de 2021 (Expresso em Reais)**

	<u>31/12/2021</u>
<b>RECEITAS</b>	<b>67.516,31</b>
Receitas de Doações	67.516,31
Receitas de Subvenções	-
<b>(-) CUSTOS DAS ATIVIDADES/PROGRAMAS</b>	<b>-</b>
<b>RESULTADO BRUTO</b>	<b>67.516,31</b>
<b>(-) DESPESAS OPERACIONAIS</b>	<b>(6.086,02)</b>
Administrativas	(2.633,97)
Pessoal	-
Tributárias	-
Depreciação/Amortização	(3.452,05)
Outras receitas e despesas	-
<b>RESULTADO FINANCEIRO</b>	<b>-</b>
<b>RESULTADO DE OPERAÇÕES DESCONTINUADAS</b>	<b>-</b>
<b>SUPERÁVIT/DÉFICIT DAS OPERAÇÕES PRÓPRIAS</b>	<b>61.430,29</b>
<b>RESULTADO DE OPERAÇÕES EM PARCERIA</b>	<b>-</b>
<b>SUPERÁVIT/DÉFICIT DO EXERCÍCIO</b>	<b>61.430,29</b>

INSTITUTO  
INTERNACIONAL PARA  
ALIMENTACAO SAUDE  
ED:26466038000148

Assinado de forma digital por  
INSTITUTO INTERNACIONAL PARA  
ALIMENTACAO SAUDE  
ED:26466038000148  
Dados: 2022.07.18 22:53:55 -03'00'

**JOSELI DA SILVA ROSA**  
PRESIDENTE  
CPF: 744.133.840-91

HENRIQUE TOLOTTI  
SARTURI:018434210  
46

Assinado de forma digital  
por HENRIQUE TOLOTTI  
SARTURI:01843421046  
Dados: 2022.07.11 09:43:42  
-03'00'

**HENRIQUE TOLOTTI SARTURI**  
CONTADOR - CRC/RS 098684/O-1  
CPF: 018.434.210-46

INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTACAO, SAUDE, EDUCACAO & SUSTENTABILIDADE

CNPJ: 26.466.038/0001-48

**Demonstração das Mutações do Patrimônio Líquido**  
exercício findo em 31 de dezembro de 2021 (Expresso em Reais)

	Patrimônio Social	Outras Reservas	Ajustes de Avaliação Patrimonial	Superávit / Déficit	Total do Patrimônio Líquido
<b>Saldos iniciais em 31/12/2020</b>	-	-	-	-	-
Movimentação do Período	-	-	-	-	-
Superávit / Déficit do Período	-	-	-	61.430,29	<b>61.430,29</b>
Ajustes de Avaliação Patrimonial	-	-	-	-	-
Recursos de Superávit com Restrição	-	-	-	-	-
Transferência de Superávit de Recursos sem Restrição	-	-	-	-	-
<b>Saldos finais em 31/12/2021</b>	-	-	-	<b>61.430,29</b>	<b>61.430,29</b>

INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTACAO SAUDE ED:26466038000148  
Assinado de forma digital por INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTACAO SAUDE ED:26466038000148 Dados: 2022.07.18 22:54:36 -03'00'

**JOSELI DA SILVA ROSA**  
PRESIDENTE  
CPF: 744.133.840-91

HENRIQUE TOLOTTI SARTURI:01843421046  
Assinado de forma digital por HENRIQUE TOLOTTI SARTURI:01843421046 Dados: 2022.07.11 09:43:57 -03'00'

**HENRIQUE TOLOTTI SARTURI**  
CONTADOR - CRC/RS 098684/O-1  
CPF: 018.434.210-46

**IIFHES – Instituto Internacional para Alimentação, Saúde, Educação & Sustentabilidade**

**NOTAS EXPLICATIVAS ÀS DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS  
EM 31 DE DEZEMBRO DE 2021**

(Valores expressos em reais, exceto quando indicado de outra forma)

**NOTA 1 - CONTEXTO OPERACIONAL**

O IIFHES – Instituto Internacional para Alimentação, Saúde, Educação & Sustentabilidade é uma fundação de direito privado, beneficente, sem fins lucrativos. Sediada em Porto Alegre/RS, na Av. Julio de Castilhos, nº 596 – conj. 1004 – Centro Histórico.

Tem por finalidade promover a responsabilidade social e a sustentabilidade, buscando diminuir as desigualdades sociais. Além dos projetos PRAIA LIMPA (Projeto que visa a limpeza da faixa de areia do litoral) e PROJETO ÁGUA IIFHES (Processo de tratamento e purificação d'água e dessalinização sem agentes químicos).

**NOTA 2 - APRESENTAÇÃO DAS DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS**

**2.1 Declaração de conformidade**

As demonstrações contábeis foram elaboradas em observância às práticas contábeis adotadas no Brasil e, em atendimento às Resoluções do Conselho Federal de Contabilidade – CFC nº 1.121/08, que aprovou a NBC T 1 – Estrutura Conceitual para Elaboração das Demonstrações Contábeis e a Resolução CFC nº 1409/12, que aprovou a ITG 2002, que estabelece critérios e procedimentos específicos de avaliação, de registros dos componentes e variações patrimoniais, de estruturação das demonstrações contábeis, e as informações mínimas a serem divulgadas em notas explicativas das entidades sem finalidade de lucro e Resolução n.º 177 de 10/08/2000 do Ministério Público Federal. Os relatórios ora publicados estão adequados à Lei 11.638/07 e Lei 11.941/09.

**2.2 Principais Práticas Contábeis**

Os principais procedimentos contábeis mais relevantes adotados na elaboração e apresentação das Demonstrações Contábeis foram os seguintes:

**A) Base de mensuração**

As demonstrações contábeis foram preparadas com base no custo histórico, exceto onde indicado de outra forma.

**B) Moeda funcional e moeda de apresentação**

A moeda funcional da Companhia é o real, todos os valores apresentados nestas demonstrações contábeis, estão expressos em reais, exceto quando indicado de outra forma.

**C) Receitas e Despesas** - As receitas com doações foram reconhecidas em conformidade

ao regime de caixa, pois, a entidade recebe doações de diversas fontes, principalmente a contribuição espontânea de pessoas físicas, o que impede uma estimativa segura da origem desse tipo de recurso. As receitas, administração de projetos, realização de eventos e convênios governamentais foram reconhecidas pelo regime de competência. As despesas foram registradas em conformidade ao Princípio da Competência dos Exercícios.

**D) Imobilizado** - Os bens do imobilizado estão demonstrados pelo custo de aquisição, ajustados por depreciações acumuladas, calculadas pelo método linear. As taxas utilizadas são estabelecidas em função do tempo de vida útil fixado por espécie de bem, com base no decreto lei 3.000/1999.

**E) Patrimônio Social** - Esse saldo é representado pelo patrimônio inicial da entidade, acrescido das doações, subvenções, superávits e déficits apurados anualmente desde a sua constituição.

**F) Recursos ingressos na instituição** - Todos os recursos da entidade foram aplicados em suas finalidades institucionais, em conformidade com seu Estatuto Social, estando demonstrado nas suas despesas e investimentos patrimoniais.

### NOTA 3 – CAIXA E EQUIVALENTES DE CAIXA

a) A conta “Caixa” registra o saldo da movimentação diária, de acordo com o boletim do último dia útil do referido exercício social. A conta “Bancos Conta Movimento” representa o somatório dos saldos das diversas contas correntes, todas devida e regularmente conciliadas.

b) Encontram-se também aplicações financeiras, oriundas em sua maioria de doações de pessoas físicas, jurídicas e realizações de eventos sociais.

Descrição	2021	2020
Caixa	4.882,34	-
Bancos	-	-
<b>Total</b>	<b>4.882,34</b>	<b>-</b>

### NOTA 4 – IMOBILIZADO

Os componentes do ativo imobilizado estão registrados pelo custo de aquisição ou valor original, deduzidas as respectivas depreciações, calculadas com base na estimativa de sua utilidade econômica, conforme Instrução Normativa SRF nº 162/1998, bem como Resolução nº 1.177, de 01.01.2010, do Conselho Federal de Contabilidade.

	Taxa depreciação anual	Valor residual 2020	Adições	Baixas	Depreciação	Valor residual 2021
Máquinas e Equipamentos	10%	-	60.000,00	-	(3.452,05)	56.547,95
<b>Total</b>		<b>-</b>	<b>60.000,00</b>	<b>-</b>	<b>(3.452,05)</b>	<b>56.547,95</b>

## **NOTA 5 – PASSIVO CIRCULANTE**

Passivo da entidade está registrado pelo valor atualizado até a data do encerramento do exercício. Sendo que os fornecedores de materiais e serviços estão reconhecidos a obrigação pelo valor histórico em 31 de dezembro de 2021.

## **NOTA 6 – PATRIMÔNIO SOCIAL**

Os recursos que compõem este grupo são acrescidos das doações, subvenções, superávits e déficits apurados anualmente desde a sua constituição. Em decorrência de novas avaliações dos Imóveis da Fundação, itens do Ativo Imobilizado foram registrados na conta Ajustes de Avaliação Patrimonial estas variações em conformidade com a Lei 11.638/07.

INSTITUTO  
INTERNACIONAL PARA  
ALIMENTACAO SAUDE  
ED:26466038000148

Assinado de forma digital por  
INSTITUTO INTERNACIONAL PARA  
ALIMENTACAO SAUDE  
ED:26466038000148  
Dados: 2022.07.18 22:55:08 -03'00'

---

**JOSELIDA SILVA ROSA**  
PRESIDENTE  
CPF: 744.133.840-91

**HENRIQUE TOLOTTI**  
**SARTURI:01843421**  
**046**

Assinado de forma digital  
por HENRIQUE TOLOTTI  
SARTURI:01843421046  
Dados: 2022.07.11 09:44:14  
-03'00'

---

**HENRIQUE TOLOTTI SARTURI**  
CONTADOR -CRC/RS 098684/O-1  
CPF: 018.434.210-46

IIFHES – Instituto Internacional para Alimentação, Saúde, Educação & Sustentabilidade

INDICES DE LIQUIDEZ GERAL, CORRENTE E DE SOLVÊNCIA

LIQUIDEZ GERAL

Liquidez Geral =	$\frac{\text{Ativo Circulante} + \text{Ativo Nao Circulante}}{\text{Passivo Circulante} + \text{Passivo Nao Circulante}} = \geq 01$
Liquidez Geral =	$\frac{\text{R\$ 4.882,34} + \text{R\$ 56.547,95}}{\text{R\$ 0,00} + \text{R\$ 0,00}} = \frac{61.430,29}{1} = 61.430,29$

LIQUIDEZ CORRENTE

Liquidez Corrente =	$\frac{\text{Ativo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}} = \geq 01$
Liquidez Corrente =	$\frac{\text{R\$ 4.882,34}}{\text{R\$ 0,00}} = \frac{4.882,34}{1} = 4.882,34$

SOLVÊNCIA GERAL

Solvencia Geral	$\frac{\text{Ativo Total}}{\text{Passivo Circulante} + \text{Passivo Nao Circulante}} = \geq 01$
Solvencia Geral	$\frac{\text{R\$ 61.430,29}}{\text{R\$ 0,00} + \text{R\$ 0,00}} = \frac{61.430,29}{1} = 61.430,29$

**Observação**

Neste caso devido a entidade não possuir Passivo Circulante e Passivo Não Circulante, o divisor na fórmula dos índices de liquidez e solvencia foi substituído de zero para um, conforme orientação do Parecer da Camara Técnica do Conselho Federal de Contabilidade n. 13/04

INSTITUTO  
INTERNACIONAL PARA  
ALIMENTACAO SAUDE  
ED:26466038000148

Assinado de forma digital por  
INSTITUTO INTERNACIONAL  
PARA ALIMENTACAO SAUDE  
ED:26466038000148  
Dados: 2022.07.18 22:52:13  
-03'00'

**JOSELIDA SILVA ROSA**  
PRESIDENTE  
CPF: 744.133.840-91

**HENRIQUE TOLOTTI**  
SARTURI:01843421  
046

Assinado de forma digital por  
HENRIQUE TOLOTTI  
SARTURI:01843421046  
Dados: 2022.07.18 12:19:00  
-03'00'

**HENRIQUE TOLOTTI SARTURI**  
CONTADOR -CRC/RS 098684/O-1  
CPF: 018.434.210-46

2º RCPJ  
NÚMERO DE REGISTRO

8010

PORTO ALEGRE/RS

**ATA DE ASSEMBLÉIA GERAL DO  
INSTITUTO BARAM DE RESPONSABILIDADE SOCIAL  
(BARAM INSTITUTE)  
CNPJ/MF – 26.466.038/0001-48**



Aos vinte e oito dias do mês de dezembro do ano de 2021, às 18:00 horas, na cidade de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, na Avenida de Júlio de Castilhos, 596 – conjunto nº 1004, Bairro Centro Histórico – CEP 90.030-130, reuniram-se os associados fundadores, abaixo relacionados, do **INSTITUTO BARAM DE RESPONSABILIDADE SOCIAL**, convocados para Assembleia Geral: **JOSELI DA SILVA ROSA**, brasileiro, divorciado, empresário, portador do RG nº 1036507265 e do CPF/MF nº 744.133.840-91, residente e domiciliado na Rua São Joaquim, nº 883 – Apartamento nº 102, Bairro Centro – CEP 93.010-190, na cidade de São Leopoldo/RS, **ROSANE SALETE SANTOS ROSA**, brasileira, divorciada, comerciante, portadora do RG nº 5037519815 e do CPF/MF nº 709.443.000-06, residente e domiciliado na Rua Padre Santini, nº 210, Bairro Jardim América – CEP 93.035-280, na cidade de São Leopoldo/RS, **MATHEUS DOS SANTOS ROSA**, brasileiro, casado sob o regime de separação total de bens, empresário, portador do RG nº 1101519468 e do CPF/MF nº 018.972.600-83, residente e domiciliado na Rua São Joaquim, nº 883 – Apartamento nº 102, Bairro Centro – CEP 93.010-190, **GRASIELE PORTO E SILVA**, brasileira, solteira, autônoma, portadora do RG nº 5078438751 e do CPF/MF nº 001.396.800-98, residente e domiciliada na Estrada Municipal Parque Zoológico, nº 489, Bairro Carioca – CEP 93.211-728, na cidade de Sapucaia do Sul/RS, **CARMEN DIVANIR LEMOS DOS SANTOS**, brasileira, divorciada, autônoma, portadora do RG nº 4036568931 e do CPF/MF nº 469.209.940-20, residente e domiciliada na Avenida Nações Unidas, nº 4052 – Apartamento nº 31, Bairro Pátria Nova – CEP 93.320-162, na cidade de Novo Hamburgo/RS, **MAURICIO POHLMANN**, brasileiro, divorciado, empresário, portador do RG nº 8037933838 e do CPF/MF nº 575.415.400-30, residente e domiciliado na Rua Alberto Scherer, nº 185, Bairro Rio Branco – CEP 93.032-044, na cidade de São Leopoldo/RS e **CINTIA MEDIANEIRA GOULART DE SOUZA**, brasileira, casada em regime de comunhão universal de bens, empresária, portadora do RG nº 906.816.894-8 e do CPF/MF nº 827.037.879-87, residente e domiciliada na Rua Demétrio Ribeiro, nº 274 – Apartamento nº 07, Bairro Centro – CEP 90.010-312, na cidade de Porto Alegre/RS.

Os associados presentes escolheram, por aclamação, para presidir os trabalhos o Sr. **JOSELI DA SILVA ROSA** e para secretariar a Srª **CINTIA MEDIANEIRA GOULART DE SOUZA**.

Em seguida, o Presidente declarou aberto os trabalhos para apreciação da pauta, conforme disposto no artigo 33 do Estatuto Social.

**DA ORDEM DO DIA:**

1) Renúncia e a saída do quadro social dos seguintes membros do Conselho Diretor:

- CARMEN DIVANIR LEMOS DOS SANTOS, ocupante do Cargo de Vice Presidente.
- GRASIELE PORTO E SILVA, ocupante do Cargo de Primeiro Secretário.

- MATHEUS DOS SANTOS ROSA, ocupante do Cargo de Tesoureiro.
- 2) Renúncia e saída do quadro social do Secretário Executivo do Conselho Fiscal MAURÍCIO POHLMANN.
  - 3) Alteração do Estatuto, bem como, alteração do Nome Empresarial e do Nome Fantasia do Instituto.



NÚMERO DE REGISTRO

8010

PORTO ALEGRE/RS

**DAS DELIBERAÇÕES:**

Deliberarão os associados, por unanimidade:

- 1) Aprovar a solicitação de renúncia, bem como a saída do quadro de associados fundadores do INSTITUTO BARAM DE RESPONSABILIDADE SOCIAL – BARAM INSTITUTE, dos membros do Conselho Diretor e do Conselho Fiscal, CARMEN DIVANIR LEMOS DOS SANTOS, GRASIELE PORTO E SILVA, MATHEUS DOS SANTOS ROSA e MAURÍCIO POHLMANN, sendo eleitos para os cargos vagos, até o final do mandato a encerrar-se em 24/11/2022, os sócios:

- Para ocupar o Cargo de *Vice Presidente* a sócia **MELITA HICKEL**, brasileira, solteira, nascida em 05/12/1966, professora, portadora do RG nº 1031010356 e do CPF/MF nº 585.765.170-00, residente e domiciliada na Rua Duque de Caxias, nº 1065 – Balneário Presidente – CEP 95.625-000, na cidade de Imbé/RS.
  - Para ocupar o Cargo de *Primeiro Secretário* a sócia **LIANE EMIDIO SCHMIDT**, brasileira, casada em regime de comunhão parcial de bens, vendedora, portadora do RG nº 7072675593 e do CPF/MF nº 584.637.980-04, residente e domiciliada na Rua Nova Prata, nº 383 – Parada 63, Bairro Vera Cruz – CEP 94.090-480, na cidade de Gravataí/RS.
  - Para ocupar o Cargo de *Tesoureiro* o sócio **AMILTON CESAR DE OLIVEIRA MACHADO**, brasileiro, divorciado, contador, portador do RG nº 3018604045 e do CPF/MF nº 366.796.820-53, residente e domiciliado na Rua do Moinho, nº 641 – CEP 93.900-000, na cidade de Farroupilha/RS.
  - Para o Cargo de *Secretário Executivo no Conselho Fiscal* o sócio **WILLIAM SAUCEDO PINHEIRO**, brasileiro, solteiro, nascido em 10/10/1983, empresário, portador do RG nº 7081339058 e do CPF/MF nº 003.074.070-39, residente e domiciliado na Rua Carlos Panzenhagem Filho, nº 2173 – Bairro São Carlos – CEP 98.804-390, na cidade de Santo Ângelo/RS.
- 2) Tendo em vista e renúncia dos membros do Conselho Diretor e o novo preenchimento dos cargos, fica assim sua composição, conforme Artigo 47 do Estatuto Social, até término do mandato a encerrar-se em 24 de novembro de 2022:
    - **Presidente:** JOSELI DA SILVA ROSA, já devidamente qualificado.
    - **Vice Presidente:** MELITA HICKEL, já devidamente qualificada.
    - **Primeiro Secretário:** LIANE EMIDIO SCHMIDT, já devidamente qualificada.
    - **Segundo Secretário:** CINTIA MEDIANEIRA GOULART DE SOUZA, já devidamente qualificada.
    - **Tesoureiro:** AMILTON CESAR DE OLIVEIRA MACHADO, já devidamente qualificado.



3) Tendo em vista e renúncia do Secretário Executivo do Conselho Fiscal e o novo preenchimento do cargo, fica assim sua composição, conforme Artigo 57 do Estatuto Social, até término do mandato a encerrar-se em 24 de novembro de 2022:

- **Secretário Executivo:** WILLIAM SAUCEDO PINHEIRO, já devidamente qualificado.
- **Auditor Externo:** ROSANE SALETE SANTOS ROSA, já devidamente qualificada.

4) Aprovar a mudança do nome empresarial para "**INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE**" e do nome fantasia para "**INTERNATIONAL INSTITUTE FOR FOOD, HEALTH, EDUCATION & SUSTALNABILITY – IIFHES**", bem como todas as demais alterações propostas.

#### **ENCERRAMENTO E APROVAÇÃO DA ATA:**

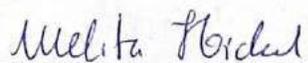
Nada mais havendo, o Presidente, fez um resumos dos trabalhos do dia, bem como das deliberações, após agradeceu pela participação de todos os presentes e deu por encerrada a reunião, da qual eu, **CINTIA MEDIANEIRA GOULART DE SOUZA**, secretária da reunião, lavrei a presente ata, que foi lida, achada conforme e firmada por todos os sócios presentes, abaixo relacionados.

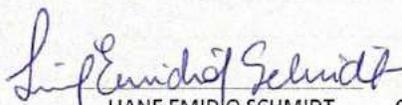
  
JOSELI DA SILVA ROSA  
Presidente da Assembleia  
**Conselho Diretor:**

**2º RCPJ**  
NÚMERO DE REGISTRO  
**8010**  
PORTO ALEGRE/RS

  
CINTIA MEDIANEIRA GOULART DE SOUZA  
Secretária da Assembleia

  
JOSELI DA SILVA ROSA  
Presidente

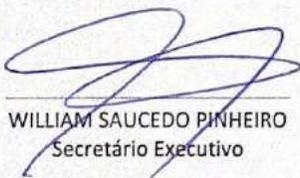
  
MELITA HICKEL  
Vice Presidente

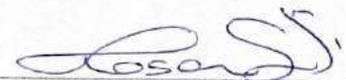
  
LIANE EMIDIO SCHMIDT  
Primeiro Secretário

  
CINTIA MEDIANEIRA GOULART DE SOUZA  
Segundo Secretário

  
AMILTON CESAR DE OLIVEIRA MACHADO  
Tesoureiro

#### **Conselho Fiscal:**

  
WILLIAM SAUCEDO PINHEIRO  
Secretário Executivo

  
ROSANE SALETE SANTOS ROSA  
Auditor Externo

ATA DE ASSEMBLEIA GERAL REALIZADA EM 28 DE DEZEMBRO DE 2021 DO  
INSTITUTO BARAM DE RESPONSABILIDADE SOCIAL  
(BARAM INSTITUTE)

2º RCPJ

NÚMERO DE REGISTRO

LISTA DE PRESENÇA

8010



	NOME	PORTO ALEGRE/RS ASSINATURA
1	JOSELI DA SILVA ROSA	
2	GRASIELE PORTO E SILVA	
3	ROSANE SALETE DOS SANTOS ROSA	
4	MAURICIO POHLMANN	
5	MATHEUS DOS SANTOS ROSA	
6	CARMEN DIVANIR LEMOS DOS SANTOS	
7	CINTIA MEDIANEIRA GOULART DE SOUZA	
8	MELITA HICKEL	
9	LIANE EMIDIO SCHMIDT	
10	AMILTON CESAR DE OLIVEIRA MACHADO	
11	WILLIAM SAUCEDO PINHEIRO	

## 2º RTD

2º REGISTRO CIVIL DE PESSOAS JURÍDICAS  
Rua Gen. Câmara, 236 - 4º andar - 90010-230  
Porto Alegre/RS - Fone: (51) 3212-6392  
Valter Luis Cervo - Oficial de Registros

PROTOCOLO: Nº 123601 - Livro A-14, Fls. 196, em 07/01/2022.

REGISTRO: Nº 8010 - Livro A-18, Fls. 279 v, em 7 de janeiro de 2022. Averbado ao Registro nº 7950.



Valter Luis Cervo - Oficial de Registros

Total: R\$ 493,60 + R\$ 38,60 = R\$ 532,20

Cert. PJ (01 página) R\$ 56,00 (0452 02 2000001 02369 e 2393=R\$ 9,60)

Cert. PJ (04 páginas): R\$ 44,00 (0452 04 2000001 05116 = R\$ 3,30)

Cert. PJ (15 páginas): R\$ 165,00 (0452 04 2000001 05117 = R\$ 3,30)

Exame documentos: R\$ 50,70 (0452 04 2000001 05113 = R\$ 3,30)

Averb. PJ s/ fins econ.: R\$ 76,50 (0452 04 2000001 05114 = R\$ 3,30)

Digitização: R\$ 49,40 (0452 04 2000001 05116 = R\$ 3,30)

Processamento eletrônico: R\$ 48,00 (0452 01 2000001 06648, 8850 e 8856 = R\$ 11,20)

Conf. doc. via Internet: R\$ 6,00 (0452 01 2000001 09849 = R\$ 1,40)

## DECLARAÇÃO E RELAÇÃO DOS DIRIGENTES DA ENTIDADE

Declaro para os devidos fins, em nome do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE

Não há no quadro de dirigentes abaixo identificados:(a) membro de Poder ou do Ministério Público ou dirigente de órgão ou entidade da Administração Pública Municipal; ou (b) cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o segundo grau, das pessoas mencionadas na alínea “ a). Observação: apresente vedação não se aplica às entidades que, pela sua própria natureza, sejam constituídas pelas autoridades ora referidas (o que deverá ser devidamente informado e justificado pela OSC), sendo vedado que a mesma pessoa figure no instrumento de parceria simultaneamente como dirigente e administrador público (art.39, §5º, da Lei nº13.019, de 2014);

### RELAÇÃO NOMINAL ATUALIZADA DOS DIRIGENTES DA ENTIDADE

Nome do dirigente e cargo que ocupa na OSC	Carteira de identidade, órgão expedidor e CPF	Endereço residencial, telefone e e-mail
JOSELI DA SILVA ROSA, Presidente	RG 1036507265 SSP/RS, CPF 744.133.840-91	Rua São Joaquim, nº 883- Apartamento nº 102, Bairro Centro - CEP 93.010-190, na cidade de São Leopoldo/RS, Telefone (51) 3500-7793, presidente@iifhes.org
MELITA HICKEL, Vice-presidente	RG 1031010356 SSP/RS, CPF 585.765.170-00	Rua Duque de Caxias, 1065 – Balneário Presidente - CEP 95.625-000, na cidade de Imbé/RS, Telefone (51) 3500-7793, vice-presidente@iifhes.org

LIANE SCHMIDT, Secretário	EMIDIO Primeiro	RG 7072675593 SSP/RS, CPF 584.637.980-04	Rua Nova Prata, 383 - Parada 63, Bairro Vera Cruz - CEP 94.090-480, na cidade de Gravataí/RS, Telefone (51) 3500-7793, 1secretario@iifhes.org
AMILTON CESAR DE OLIVEIRA MACHADO, Tesoureiro		RG 3018604045 SSP/RS, CPF 3018604045	Rua do Moinho, 641 - CEP 93.900-000, na cidade de Farroupilha/RS, Telefone (51) 3500-7793, tesoureiro@iifhes.org
CINTIA MEDIANEIRA GOULART DE SOUZA, 2ª Secretaria.		RG 9068168948 SSP/RS, CPF 827.037.879-87	Rua Demétrio Ribeiro, 274 - Apartamento nº 07, Bairro Centro - CEP 90.010-312, na cidade de Porto Alegre/RS, Telefone (51) 3500-7793, 2secretario@iifhes.org
WILLIAM SAUCEDO PINHEIRO, Secretário Executivo no Coselho Fiscal		RG 7081339058 SSP/RS, CPF 003.074.070-39	Rua Carlos Panzenhagem Filho, 2 173 - Bairro São Carlos - CEP 98.804- 390, na cidade de Santo Ângelo/RS, Telefone (51) 3500- 7793, contato@iifhes.org

Não contratara com recursos da parceria, para prestação o de serviços, servidor ou empregado público, inclusive aquele que exerça cargo em comissão o ou função de confiança, de órgão o ou entidade da administração pública celebrante, ou seu cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o segundo grau, ressalvadas as hipóteses previstas em lei específica e na lei de diretrizes orçamentarias;

Não serão remunerados, a qualquer título, com os recursos repassados: (a) membro de Poder ou do Ministério Público ou dirigente de órgão ou entidade da administração pública ; (b) servidor ou empregado público, inclusive aquele que exerça cargo em comissão ou função de confiança, de órgão ou entidade da administração pública celebrante, ou seu

cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o segundo grau, ressalvadas as hipóteses previstas em lei específica e na lei de diretrizes orçamentárias; e (c) pessoas naturais condenadas pela prática de crimes contra a administração pública ou contra o patrimônio público, de crimes eleitorais para os quais a lei comine pena privativa de liberdade, e de crimes de lavagem ou ocultação de bens, direitos e valores.

Saldanha Marinho, RS, 18 de julho de 2022.

---

JOSELI DA SILVA ROSA  
Presidente

**INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE,  
EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE**  
**CNPJ Nº 26.466.038/0001-48**



Alteração, Reforma e Consolidação do ESTATUTO SOCIAL  
(Aprovado na Assembleia Geral realizada em 28 de dezembro de 2021)

**CAPÍTULO 1- DENOMINAÇÃO, SEDE E ORGANIZAÇÃO**

**2º RCPJ**  
NUMERO DE REGISTRO

**8010**

**Da Denominação e Sede**

PORTO ALEGRE/RS

**Artigo 1.** O INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, que utilizará o nome fantasia de INTERNATIONAL INSTITUTE FOR FOOD, HEALTH, EDUCATION & SUSTAINABILITY - IIFHES é uma pessoa jurídica de direito privado, sem fins econômicos, beneficente, de iniciativa particular, de utilidade pública e duração por tempo indeterminado, regendo-se pelo presente estatuto, por deliberações emanadas pela Assembleia Geral e pela legislação vigente que lhe for aplicável.

**Artigo 2.** O INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, tem sede e foro na cidade de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, na Avenida Júlio de Castilhos, nº 596, Conjunto nº 1004, Centro Histórico, CEP 90.030-130, podendo manter escritórios ou representações em outras localidades do País e do exterior, designadas e instituídas em Ata de Assembleia Geral.

**Dos Princípios**

**Artigo 3.** O INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, adota como princípios o estímulo ao desenvolvimento da ética e do comportamento socialmente responsável; a orientação de pessoas e empresas para que passem a desenvolver uma sociedade sustentável; o desenvolvimento de projetos sociais, de saúde, inovação, tecnologia, educacionais, esportivos e de sustentabilidade, como fatores de desenvolvimento social; o respeito à Constituição Federal, unidade e soberania do Brasil e aos princípios das Nações Unidas.

**Artigo 4.** O INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE é uma instituição sem vínculo político-partidário, e não fará qualquer distinção de credo, raça, etnia, classe social, orientação sexual e gênero.

**Artigo 5.** O INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE observará no desenvolvimento de suas atividades os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e da eficiência.

**Da Composição e Organização**

**Artigo 6.** Poderão fazer parte do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE quaisquer pessoas, físicas ou jurídicas, independente de nacionalidade, sexo, cor, raça, etnia, profissão, credo, classe social, gênero, orientação sexual, que:

- I. Desejarem contribuir ativa ou voluntariamente, através de contribuições mensais, doações regulares ou eventuais;
- II. Demonstrarem interesse na consecução do objetivo social do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE ou a ela prestarem serviços relevantes.



## CAPÍTULO II - DOS OBJETIVOS SOCIAIS

**Artigo 7.** O INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE tem a missão de estimular pessoas e empresas a promoverem a responsabilidade social e a sustentabilidade.

**Parágrafo Único** – O INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE atuará de acordo com os seguintes valores:

- I - atuar na diminuição das diferenças sociais;
- II - desenvolver projetos voltados à criação de práticas sustentáveis;
- III - promover o acesso à educação, à saúde e ao esporte, através de palestras, conferências, seminários, feiras e congressos, orientação, estudos, pesquisas, metodologias e ferramentas técnicas;
- IV - promover a articulação de parcerias.

**Artigo 8.** O INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE tem por objetivos:

- I. A promoção da inovação, sustentabilidade, cultura, defesa e conservação do patrimônio histórico, artístico e cultural;
- II. A promoção do desenvolvimento econômico e social e combate à pobreza e a fome;
- III. A promoção do esporte e da educação;
- IV. A experiência, não lucrativa, de novos modelos associado-produtivos e de sistemas alternativos de produção, comércio, emprego, renda e crédito;
- V. A realização de estudos e pesquisas, desenvolvimento de tecnologias alternativas, produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos e científicos relacionados ao do desenvolvimento econômico e social.

### Das Finalidades

**Artigo 9.** O INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE tem por finalidade:

- I. Estimular pessoas e empresas a promoverem a responsabilidade social e a sustentabilidade;
- II. Estimular e fomentar o uso sustentável dos recursos naturais, combatendo o desperdício e a emissão de gases de efeito estufa para promover o desenvolvimento econômico e social, com a manutenção da diversidade biológica e cultural;
- III. Estimular, promover, fomentar, realizar e divulgar pesquisas científicas, estudos, bem como desenvolver projetos com vistas a atingir seus objetivos sociais;
- IV. Promover a conscientização e a educação e estimular a prática do esporte por meio de iniciativas relacionadas aos seus objetivos sociais;
- V. Promover o intercâmbio, convênios, acordos de cooperação técnica, científica e operacional, com outras organizações, empresas e entidades nacionais e internacionais, visando a capacitação, o desenvolvimento e o fortalecimento institucional;
- VI. Arrecadar, administrar e desembolsar recursos através de entidades nacionais e internacionais, ou indivíduos brasileiros e estrangeiros para atingir seus objetivos sociais;
- VII. Assessorar e prestar serviços de consultoria em planejamento, avaliação e execução de projetos a organizações públicas e privadas;
- VIII. Divulgar por quaisquer meios às informações e conhecimento produzidos por si ou por terceiros e correlatos as suas atividades;
- IX. Estimular o aperfeiçoamento e o cumprimento de legislação que instrumentalize a consecução dos seus objetivos sociais;
- X. Produzir, publicar, editar, distribuir e divulgar livros, revistas e artigos científicos, vídeos, documentários, filmes, fotos, materiais diversos, exposições, programas de radiodifusão, entre outros;



- XI. Realizar prospecção, gravação, edição e divulgação de imagens, músicas, depoimentos relacionados com suas atividades;
- XII. Distribuir e vender produtos e materiais próprios do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE ou de terceiros;
- XIII. Realizar, organizar, promover ou participar de eventos, como debates, conferências, seminários, cursos e congressos, bem como campanhas nacionais e internacionais relacionado com suas atividades e objetivo social.
- XIV. Atuar no desenvolvimento de projetos, programas e serviços de assistência social, elaborando a geração de renda, emprego, inclusão social e atividades de assistência social, bem como unidades de saúde não especificadas, assim como administrar e manter unidades assistenciais voltadas a promoção social, educação, cultura, meio ambiente, esportes e sustentabilidade.
- XV. Promover estudos, serviços e programas de inclusão social e profissional às pessoas com deficiências físicas, mentais e sensoriais.
- XVI. Promover e executar o atendimento em unidades de serviços de Acolhimento Institucional para crianças e adolescentes, e residência inclusiva para adultos destinada às pessoas com deficiência, cujos vínculos familiares estejam rompidos ou fragilizados, que não dispõem de condições de auto sustentabilidade, a fim de garantir proteção integral, garantindo privacidade, o respeito aos costumes, às tradições e à diversidade de: ciclos de vida, arranjos, raça/etnia, gênero e orientação sexual e que vise propiciar aos acolhidos um espaço o mais próximo a um ambiente familiar.
- XVII. Promover serviços sócio assistenciais tais como:
  - a. Serviços de assistência à família;
  - b. Núcleo de convivência e fortalecimento de vínculos para crianças, adolescentes, idosos e vulneráveis;
  - c. Núcleo de apoio a inclusão social de pessoas portadoras de deficiência;
  - d. Núcleo de apoio psicológico e proteção jurídico social;
  - e. Centro de defesa e convivência da mulher.
  - f. Administrar e manter escolas municipais, estaduais, federais e comunitárias e outros órgãos do Poder Público.
- XXVIII. Administrar e manter hospitais, clínicas, postos de saúde e pronto socorro, públicos e privados.
- XIX. Atividades de Serviços Imagem tais como: Raio-X, Tomografia, Densitometria Óssea e Hemodinâmica
- XX. Contratar mão-de-obra complementar através da Lei das Cotas para pessoas com deficiências.
- XXI. Coordenar e integrar diferentes competências entre os seus Associados para atendimento a projetos que tenham por exigência básica a introdução de inovação sejam tecnológicas, sejam metodológicas, assegurando prazos firmados e padrões de qualidade.
- XXII. Desenvolver programas de parcerias públicas e privadas.
- XXIII. Desenvolver atividades de atendimento em postos de saúde e pronto socorro, com assistência 24 horas, com leitos de observação.
- XXIV. Desenvolver atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimentos de urgências.
- XXV. Desenvolver programas de saúde da família.
- XXVI. Desenvolver programas de saúde da terceira idade e da comunidade.
- XXVII. Desenvolver programas de saúde dos trabalhadores e seus dependentes.
- XXVIII. Desenvolver campanhas de prevenção e sistema de promoção da saúde.
- XXIX. Desenvolver programas de treinamento, atualização profissional e capacitação junto aos profissionais de saúde e assistência social.
- XXX. Desenvolver sistemas diagnósticos e soluções para hospitais, além de ferramentas de gestão para saúde pública e tele medicina.
- XXXI. Desenvolver programas de apoio aos profissionais do setor de saúde.
- XXXII. Desenvolver programas em parceria, estágios e pesquisas com faculdades, universidades, escolas técnicas e profissionalizantes, públicas ou privadas, bem como autarquias municipais, estaduais e federais.
- XXXIII. Desenvolver atividades educativas para a comunidade.
- XXXIV. Desenvolver novos modelos experimentais não lucrativos de produção, emprego, renda e crédito, estudos, coordenação, execução, fomento e apoio de ações de inovação e desenvolvimento científico e tecnológico, de gestão, de transferência de tecnologia e de

2º RCPJ  
NÚMERO DE REGISTRO

8010

PORTO ALEGRE/RS



promoção de capital humano, através de atividades de educação e treinamento apropriados de natureza técnica, cultural, em tecnologia da informação, especialmente na área de saúde e serviços correlatos, visando o desenvolvimento sócio econômico brasileiro.

- XXXV. Desenvolver estudos, pesquisas, campanhas e projetos na área da saúde bucal.
- XXXVI. Desenvolver programas de capacitação de mão de obra para o desenvolvimento econômico e social, com ênfase na geração de emprego e renda.
- XXXVII. Elaborar, editar e distribuir materiais informativos, técnicos e científicos na área da saúde e educação.
- XXXVIII. Estimular trabalhos de pesquisa, ensino e assistência, por meio de apoio material, e de remuneração condigna àqueles que se propõem a tais fins.
- XXXIX. Executar outros serviços correlatos na área da saúde, com ênfase no programa de voluntário, com o objetivo de propiciar a pessoa carente e sem recursos, o apoio psicossocial e material para superar ou reduzir as deficiências, o sofrimento e falta de informação do paciente e da sua família.
- XL. Gerir postos de assistência médica com e sem internação.
- XLI. Gerir postos de saúde pública.
- XLII. Gerir programas de bolsas de estudo e de pesquisa na área de saúde e de educação.
- XLIII. Incentivar e desenvolver estudos, pesquisas, programas e projetos nas seguintes áreas: saúde, sociais, econômicas, tecnologia, esportiva, educação e sustentabilidade.
- XLIV. Integrar programas oficiais com o setor governamental.
- XLV. Integrar e promover atividades de saúde com universidades, faculdades e escolas técnicas, públicas ou privadas e cursos profissionalizantes como estágios e aperfeiçoamentos. Montando sistemas de bolsa ou centro de terceirização de trabalho de multiatividade consorciada.
- XLVI. Organizar sistemas de assistência à saúde complementar.
- XLVII. Organizar e promover serviços de assistência social, saúde e sustentabilidade.
- XLVIII. Organizar treinamentos, palestras, seminários, congressos, feiras e cursos especiais, nas áreas de saúde, sociais, econômicas, tecnologia, esportiva, educação e sustentabilidade.
- XLIX. Organizar e promover programas de bolsa, projetos de estudos, pesquisas e extensão nas áreas de saúde, assistência social, econômicas, tecnologia, esportiva, educação e sustentabilidade.
- L. Organizar programa de primeiro emprego e estágio.
- LI. Organizar sistemas de apoio às demais instituições de assistência social.
- LII. Promover convênios e contratos de gestão com setor público.
- LIII. Promover integração de ações com setor governamental e iniciativa privada.
- LIV. Promover em unidades de saúde ou unidades móveis, programas de assistência médica, coletas de exames, com o apoio de voluntários e agentes comunitários de saúde em suas áreas de influência.
- LV. Promover a saúde e a cidadania de pessoas carentes de recursos ou portadoras de deficiência física, mental, ocular, auditivas ou múltiplas, pela melhoria da acessibilidade e acolhimento nas unidades assistenciais sob sua gestão, por meio do esporte, da informação, de doações, de bolsas de estudos, de apoio material ou por outros meios e ações correlatas, para atender às suas necessidades e carências, especialmente a sua reabilitação física e mental.
- LVI. Promover a segurança alimentar e nutricional, agindo intensamente no combate a fome.
- LVII. Promover a medicina preventiva e tele medicina.
- LVIII. Promover o voluntariado.
- LIX. Promover a capacitação e treinamento de recursos humanos na área de saúde, assistência social, econômicas, tecnologia, esportiva, educação e sustentabilidade.
- LX. Promover estágios para profissionais de saúde, assistência social, econômicas, tecnologia, esportiva, educação e sustentabilidade.
- LXI. Promover estágio com alunos de cursos técnicos profissionalizantes e de cursos de graduação, em instituições de ensino, públicas ou privadas.
- LXII. Promover e difundir tecnologias sociais aplicadas nas diversas áreas afins, obtida através de permanente intercâmbio com outros centros no Brasil e no exterior.
- LXIII. Promover o repasse das tecnologias absorvidas e/ou desenvolvidas, bem como a capacitação do pessoal técnico desenvolvido.
- LXIV. Colaborar com o poder público no exame e encaminhamento de atos normativos de qualquer espécie, relativos aos objetivos estatutários e serviços correlatos, bem como colaborar com a

2.º RCB  
NÚMERO DE REGISTRO

8010

PORTO ALEGRE/RS



concepção, a implementação e a implantação de políticas públicas na área de saúde, assistência social, econômica, tecnologia, esportiva, educação e sustentabilidade.

- LXV. Colaborar pelos meios adequados, no Brasil e no exterior, com as instituições públicas e privadas, no que tange ao ensino, à pesquisa, a assistência médica, a informática, a técnica administrativa ou científica, por meio de convênios, visando preferencialmente à prevenção e detecção precoce de agravos à saúde humana.
- LXVI. As atividades de atendimento à saúde serão executadas, conforme a legislação vigente.
- LXVII. O Instituto poderá também criar unidades de prestação de serviços para a execução de atividades visando sua sustentabilidade, utilizando todos os meios lícitos, aplicando seu resultado operacional integralmente no desenvolvimento dos objetivos institucionais.
- LXVIII. Considerando o caráter amplo de atuação assistencial da entidade, aplica-se os incisos deste artigo, no que couber, as atividades de promoção social, educação, cultura, Meio Ambiente, esportes e sustentabilidade.

**Parágrafo Único:** As atividades sociais e os objetivos desta associação que exigirem a prévia aprovação de órgãos governamentais não serão realizadas antes de tais autorizações, observando em qualquer caso o artigo 199, § 3º da Constituição Federal.

#### Dos Meios

**Artigo 10.** No cumprimento de seus objetivos, INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE poderá, por si só ou em cooperação com terceiros;

- I. Documentar, por todos os meios (físicos e/ou digitais), suas atividades, bem como os fatos e situações que tiverem relação com suas finalidades e objetivos sociais;
- II. Firmar parcerias, convênios e contratos para prestação de serviços a outras instituições públicas ou privadas, nacionais ou internacionais;
- III. Contratar ou gerenciar pessoas físicas e jurídicas bem como organizar voluntários para a execução de seu objetivo social;
- IV. Licenciar e sublicenciar as marcas e símbolos de que for titular;
- V. Executar serviços para empresas, organizações e projetos em fomento, gestão, recuperação, reflorestamento e outros serviços ambientais e de sustentabilidade.

#### Do Regimento Interno

**Artigo 11.** O Regimento Interno organizará a infra – estrutura do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, estabelecendo a competência e o funcionamento de cada segmento, ou seja, conselhos, diretoria, núcleos e quaisquer outros necessários a seu pleno desenvolvimento.

**Parágrafo Único –** O Regimento Interno será elaborado pelo Conselho de Administração, que o aprovará pela maioria simples concorde de seus membros.

### CAPÍTULO III - DOS ASSOCIADOS

#### Da Composição

**Artigo 12.** O INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE terá número ilimitado de Associados, assim qualificados:

- I. Associados — Beneméritos;
- II. Associados — Contribuintes;
- III. Associados — Voluntários.

2º RCPJ  
NÚMERO DE REGISTRO  
**8010**  
PORTO ALEGRE/RS

**Artigo 13.** Todas as pessoas interessadas que sejam convidadas a se associar, formalizarão seu requerimento de inscrição mediante apresentação de proposta endereçada à Diretoria Executiva, com posterior referendo do Conselho de Administração, contendo informações e dados cadastrais necessários.

#### Dos Associados — Beneméritos

**Artigo 14.** São considerados Associados-Beneméritos aqueles que tenham prestado relevantes serviços ao Instituto, quer por atividades desenvolvidas, quer por contribuições e doações, sendo aceitos nesta condição por indicação e aprovação da Diretoria Executiva e referendo pelo Conselho De Administração.



**Artigo 15.** São direitos dos Associados-Beneméritos:

- I. Frequentar a sede e tomar conhecimento dos projetos e dos trabalhos em desenvolvimento;
- II. Apresentar propostas a Diretoria Executiva.
- III. Participar das Assembleias gerais, ordinárias e extraordinárias, com poder de voz e voto, elegerem e serem eleitos para o Conselho De Administração

**Artigo 16.** São deveres dos Associados-Beneméritos:

**2º RCPJ** I. Empenhar-se, por todos os meios, para que os objetivos sociais do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE sejam atingidos com êxito no âmbito de sua atuação.

NÚMERO DE REGISTRO

8010

PORTO ALEGRE/RS

#### Dos Associados — Contribuintes

**Artigo 17.** São considerados Associados-Contribuintes pessoas físicas brasileiras ou estrangeiras, pessoas jurídicas nacionais ou internacionais que periodicamente contribuam com recursos financeiros, doações ou mensalidade associativa, sendo indicados e aprovados pela Diretoria Executiva e referendados, nesta qualidade, pelo Conselho De Administração.

**Artigo 18.** São direitos dos Associados-Contribuintes que estiverem quites com suas obrigações perante o INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE:

- I. Participar das reuniões da Assembleia Geral, com direito a voz e voto, elegerem e serem eleitos para o Conselho De Administração;
- II. Frequentar sua sede e tomar conhecimento dos projetos e dos trabalhos em desenvolvimento;
- III. Desempenhar atividades na qualidade de voluntários.
- IV. Participar dos projetos em elaboração, em desenvolvimento ou em execução, de acordo com a capacidade, exigência e demanda necessárias, definidos pela Diretoria Executiva.

**Parágrafo único** — Havendo justa causa, o Associado poderá ser excluído do instituto por decisão da Diretoria Executiva, após o exercício do amplo Direito de defesa, sendo que a revisão, retificação ou ratificação de tal decisão caberá ao Conselho De Administração.

**Artigo 19.** São deveres dos Associados-Contribuintes:

- I. Contribuir financeiramente com o INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE da forma como estipulado no ato da associação, em parâmetros previamente definidos pela Diretoria Executiva e ratificados pelo Conselho De Administração.

#### Dos Associados — Voluntários

**Artigo 20.** São considerados Associados-Voluntários aqueles que efetivamente contribuam com seu trabalho, estudos, pesquisas e projetos para a consecução dos objetivos sociais do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE e requeiram sua associação, mediante análise e aceitação pela Diretoria Executiva, com a ratificação pelo Conselho De Administração.

**Artigo 21.** São direitos dos Associados-Voluntários:

- I. Propor nas Assembleias Gerais medidas que julgarem convenientes e necessárias para o cumprimento do objetivo social;
- II. Participar das reuniões da Assembleia Geral, com poder de voz e voto, podendo indicar e eleger membros para o Conselho De Administração.



**Artigo 22.** São deveres dos Associados-Voluntários:

- I. Colaborar com os órgãos de administração da sociedade na realização de seus objetivos sociais;
- II. Cumprir as atividades as quais foram designados, empenhando-se por todos os meios, para que os objetivos sociais do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE sejam atingidos com êxito no âmbito de sua atuação, e zelando pelo bom nome e imagem do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE.

### Do Desligamento dos Associados

**Artigo 23.** O Associado que desejar se desligar do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE deverá fazê-lo mediante comunicação por escrito à Diretoria Executiva.

**Artigo 24.** Será desligado do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE aquele que deixar de cumprir com os seus deveres de Associado, ou se agir, comprovadamente, de forma desonesta, desleal ou antiética com INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, através de sua Diretoria Executiva, Conselho De Administração, seus parceiros, contratantes, contratados ou dos demais Associados.

**Artigo 25.** O desligamento do Associado-Voluntário não o desobriga do cumprimento de suas obrigações até a data de desligamento, tampouco, o desobriga da responsabilização cível e criminal decorrente de seus atos ou omissões desidiosas.

**Artigo 26.** Os Associados não respondem, nem mesmo subsidiariamente, pelos encargos do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, salvo a hipótese prevista no artigo anterior.

**Artigo 27.** Os Associados não podem utilizar seus símbolos ou falar em nome do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, salvo se expressamente autorizados pela Diretoria Executiva.

### Da Ausência de Associados

**Artigo 28.** A ausência da figura dos Associados descritos no artigo 11, alíneas I e II, não descaracteriza a composição do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, bastando a existência de Associados Voluntários, Diretoria Executiva e Conselho De Administração, aprovados pela Assembleia Geral.

## CAPÍTULO IV - DA ADMINISTRAÇÃO

2º RCPJ  
NÚMERO DE REGISTRO

### Da Composição e Organização

8 0 1 0

PORTO ALEGRE/RS

**Artigo 29.** A administração do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE será regida através da composição dos seguintes Órgãos:

- I. Assembleia Geral;
- II. Conselho De Administração;
- III. Diretoria Executiva

#### IV. Conselho Fiscal

**Artigo 30.** A instituição adotará práticas de gestão administrativa, necessárias e suficientes, a colir a obtenção, de forma individual ou coletiva, de benefícios e vantagens pessoais, em decorrência da participação nos processos decisórios do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE.

**Artigo 31.** O INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE não remunera, sob qualquer forma, os cargos do Conselho De Administração, do Conselho Fiscal e dos Associados-Voluntários, Associados-Beneméritos e Associados-Contribuintes, cujas atuações são inteiramente gratuitas. Os membros da Diretoria Executiva e Funcionários serão remunerados, com proventos a serem fixados pelo Conselho de Administração.

#### Da Assembleia Geral

**Artigo 32.** A Assembleia Geral, órgão soberano do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, constituir-se-á por todos os Associados, Conselho De Administração, Conselho Fiscal, Diretoria Executiva, em pleno gozo de seus direitos estatutários.

**Artigo 33.** A Assembleia Geral reunir-se-á ordinariamente uma vez por ano, até 31 de Julho, de cada ano, e extraordinariamente, sempre que se fizer necessário.

#### Da Convocação e Quórum Deliberativo

**Artigo 34.** A convocação ordinária da Assembleia Geral será feita por meio de edital afixado na sede do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, com três dias de antecedência, sendo válida também a convocação através de periódico de grande circulação, publicação no site oficial do Instituto, ou ainda através de e-mail e outros meios eletrônicos (WhatsApp), com comprovação de recebimento, respeitando-se este mesmo prazo mínimo de antecedência, convocada pelo Presidente do Conselho De Administração.

**Artigo 35.** A Assembleia Geral poderá ser convocada extraordinariamente pelo Conselho de Administração e/ou Diretoria Executiva, isoladamente ou em conjunto, apresentando sua pauta no ato da convocação, respeitando os prazos definidos no Artigo 34.

**Artigo 36.** A Assembleia Geral poderá ser convocada extraordinariamente por pelo menos 35% (trinta e cinco por cento) dos Associados, mediante apresentação de pauta e requerimento à Diretoria Executiva, com validação desta junto ao Conselho De Administração, que deverá expedir a convocação no prazo máximo de 60 (sessenta) dias.

**Artigo 37.** O quórum para a instalação da Assembleia Geral é de 3/5 (três quintos) dos Associados, em primeira convocação, até 2/5 (dois quintos) dos Associados na segunda.

#### Da Competência da Assembleia Geral

**Artigo 38.** Compete à Assembleia Geral:

- I. Eleger os membros que compõem o Conselho De Administração e Conselho Fiscal dando-lhes imediatamente as posses respectivas;
- II. Selecionar, nomear e exonerar os membros do Conselho de Administração e Conselho Fiscal;
- III. Examinar e aprovar o Balanço Patrimonial e demais demonstrações financeiras anualmente ou sempre que necessário;
- IV. Alterar o presente Estatuto;
- V. Para as deliberações a que se referem os incisos II, III, IV é exigido o voto concorde de dois terços dos presentes, com direito a voto, à Assembleia Geral especialmente convocada para



**2º RCPJ**

NÚMERO DE REGISTRO

**8010**

PORTO ALEGRE/RS

- esse fim, não podendo ela deliberar, em primeira convocação, sem a maioria absoluta dos Associados, ou com menos de um terço nas convocações seguintes;
- VI. Apreciar e deliberar sobre os relatórios de atividades apresentados pelo Conselho De Administração;
  - VII. Apreciar e opinar, quando convocado, sobre os planos de expansão ou programa de ação apresentados pelo Conselho De Administração;
  - VIII. Apreciar as recomendações apresentadas pelos órgãos do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE;
  - IX. Fiscalizar a gestão do Conselho De Administração e examinar, a qualquer tempo, documentos da organização e solicitar informações sobre programas, projetos, contratos e quaisquer outros atos;
  - X. Funcionar como instância recursal das decisões e deliberações do Conselho De Administração.

#### Do Conselho De Administração

**Artigo 39.** O Conselho De Administração é responsável pela direção do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, cabendo-lhe formular políticas e estratégias, deliberar, controlar e orientar as ações da organização.

**Artigo 40.** O Conselho De Administração será constituído por até 5 (cinco) dirigentes eleitos por maioria absoluta, em Assembleia Geral, com um mandato de 2 (dois) anos, permitida a recondução ou reeleição, distribuídos nos seguintes cargos: Presidente, Vice-Presidente, Primeiro-Secretário, Segundo-Secretário e Tesoureiro.

**Artigo 41.** O Conselho De Administração poderá ser formado por Associados-Beneméritos, Associados-Contribuintes, Associados-Voluntários, Diretoria Executiva.

**Artigo 42.** Na ausência de candidaturas, o Conselho De Administração deverá ser formado por pelo menos 2(dois) dois membros, na qualidade de Presidente e Vice-Presidente, assumindo estes as obrigações e deveres dos demais cargos.

**Artigo 43.** O Conselho De Administração reunir-se-á, ordinariamente, uma vez por mês, na sede do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE ou em outro local previamente escolhido; facultada ainda a realização de reunião através de vídeo conferência, e extraordinariamente, quando convocado por seu Presidente, membros do Conselho de Administração ou Diretoria Executiva.

**Artigo 44.** Não poderão ser eleitos para os cargos do Conselho De Administração da entidade, os Associados que exerçam cargos, empregos ou funções públicas junto aos órgãos do Poder Público Municipal, Estadual ou Federal; excetuando-se a condição de aposentado ou reformado.

#### Da Competência do Conselho De Administração

**Artigo 45.** Compete ao Conselho De Administração:

- I. Definir as políticas que orientam as atividades gerais do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE respeitando os princípios gerais adotados consensualmente por todos os integrantes;
- II. Apoiar os colaboradores do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, especialmente nos planos de capacitação de recursos e acompanhar a realização dos Planos de Ação e a Proposta Orçamentaria;
- III. Deliberar sobre o patrimônio, investindo em gestão financeira;
- IV. Aprovar anualmente o planejamento das ações programáticas, bem como as suas respectivas dotações orçamentárias e o plano anual de captação de recursos;
- V. Formar comitês constituídos exclusivamente por Associados e Membros do Conselho De Administração, com poderes definidos, aos quais serão atribuídas funções específicas ou setoriais a serem definidas pelo Presidente e Vice-Presidente;



2º RCPJ

NÚMERO DE REGISTRO

8010

PORTO ALEGRE/RS



- VI. Fazer parte de comissões e receber delegações;
- VII. Propor a alteração do Estatuto à Assembleia Geral;
- VIII. Examinar os livros de escrituração do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE;
- IX. Autorizar a instalação de escritórios do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE em outras localidades do estado e do país;
- X. Decidir sobre as questões que forem submetidas pelo Conselho De Administração;
- XI. Escolher e destituir auditores quando solicitado pelo Presidente, Associados-colaborador ou financiador de projeto;
- XII. Autorizar a aquisição, oneração, permuta, doação, locação e arrendamento de bens imóveis, pertencentes a patrimônio do instituto, assim como a aquisição de outro que venham a integrá-lo;
- XIII. Aprovar os membros da Diretoria Executiva, bem como, fixar sua remuneração;
- XIV. Decidir sobre os casos omissos do regimento ou dos estatutos.

**Artigo 46.** O Conselho De Administração poderá nomear mandatários com poderes específicos escolhidos inclusive dentre os colaboradores do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, observando o seguinte:

- I. O mandato seja outorgado por aprovação do Conselho, mediante assinatura do Presidente, sem direito a substabelecimento, vencendo cada procuração no prazo de 31 de dezembro do ano vigente.

**Artigo 47.** O INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, através de ato do Conselho de Administração, através de seu Presidente, poderá conceder poderes inclusive para pagamentos, doações, contratos e outras obrigações de qualquer natureza.

#### Da Composição do Conselho De Administração

**Artigo 48.** O Conselho De Administração será composto:

- I. Presidente;
- II. Vice-Presidente;
- III. Primeiro Secretário;
- IV. Segundo Secretário;
- V. Tesoureiro;

**2º RCPJ**  
NÚMERO DE REGISTRO  
**8010**  
PORTO ALEGRE/RS

#### Do Presidente

**Artigo 49.** Compete ao Presidente do Conselho De Administração:

- I. Representar O INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE judicial e extrajudicialmente podendo substabelecer tais poderes, com ou sem reservas, sempre que necessário ou conveniente ao INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE;
- II. Assinar contratos, convênios, prestação de contas, parcerias com pessoas físicas e jurídicas;
- III. Assinar cheques e demais meios de pagamento, bem como, movimentar contas bancárias do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, sempre em conjunto com o Tesoureiro;
- IV. Delegar e ceder sob procuração específica, direitos e deveres aos cargos da Diretoria Executiva;
- V. Presidir a Assembleia Geral;
- VI. Convocar e presidir as reuniões do Conselho De Administração;
- VII. Nomear os cargos da Diretoria Executiva do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, aprovados pelo Conselho de Administração.



### Do Vice-Presidente

**Artigo 50.** Compete ao Vice-Presidente:

- I. Substituir o Presidente em suas faltas ou impedimentos, exercendo todos os poderes do mesmo;
- II. Assumir o mandato, em caso de vacância, até o seu término;
- III. Assinar contratos, convênios, prestação de contas, parcerias com pessoas físicas e jurídicas, na impossibilidade do Presidente;
- IV. Assinar cheques e demais meios de pagamento, bem como, movimentar contas bancárias do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, sempre em conjunto com o Tesoureiro;
- V. Prestar, de modo geral, sua colaboração ao Presidente.

### Do Primeiro Secretario

**Artigo 51.** Compete ao Primeiro Secretario:

- I. Secretariar as reuniões da diretoria e da Assembleia Geral e redigir as atas;
- II. Publicar todas as notícias das atividades da entidade.

### Do Segundo Secretario

**Artigo 52.** Compete ao Segundo Secretario:

- I. Substituir o Primeiro Secretário em suas faltas ou impedimentos;
- II. Assumir o mandato, em caso de vacância, até o seu término.

### Do Tesoureiro

**Artigo 53.** Compete ao Tesoureiro:

- I. Prestar, de modo geral, sua colaboração ao Conselho de Administração e Conselho Fiscal;
- II. Atender as solicitações dos Associados quanto à Administração financeira do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE.
- III. Assinar cheques e demais meios de pagamento, bem como, movimentar contas bancárias do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, sempre em conjunto com o Presidente;
- IV. Elaborar conjuntamente com a Diretoria Executiva as prestações de contas do Instituto

### Da Diretoria Executiva

**Artigo 54.** A Diretoria Executiva é o órgão gestor e de Administração do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE.

**Artigo 55.** Os membros da Diretoria Executiva poderão serem eleitos dentre os membros do Conselho de Administração, com mandato de 02 (dois) anos, permitida a recondução, ou via contratação externa, devidamente aprovada pelo Conselho de Administração.

**Parágrafo Único** – Em caso de contratação externa o prazo de mandato será definido pelo Conselho de Administração.

**Artigo 56.** Compete à Diretoria Executiva:



- I. Realizar a gestão administrativa, econômica, financeira, contábil, jurídica, de pessoal, patrimonial, assinatura de contratos, distratos, convênios, movimentação bancária, etc., bem como a adoção de procedimentos financeiros e controles internos da organização, sugerindo ações e diretrizes de atuação ao Conselho De Administração;
- II. Elaborar os relatórios de desempenho financeiro e contábil, das operações patrimoniais realizadas, emitindo e analisando pareceres sobre o Balanço Financeiro/Patrimonial anual, para exame do Conselho de Administração e da Assembleia Geral. Os referidos pareceres deverão ser dados dentro do prazo de 60 (Sessenta) dias do recebimento dos demonstrativos contábeis, sob pena de seu silêncio ser tido como pronunciamento favorável;
- III. Realizar a gestão dos contratos em que o Instituto figurar como executor e a cogestão quando o Instituto figurar como participante, zelando sempre pelo cumprimento das cláusulas e metas estabelecidas e contratadas, seu adequado desempenho e apuração efetiva dos resultados pretendidos.
- IV. Praticar todos os atos de administração e gestão da Entidade.
- V. Propor à Assembleia Geral a alteração deste Estatuto.
- VI. Elaborar orçamento programa de cada exercício e apresentá-lo ao Conselho de Administração para aprovação.
- VII. Preparar a prestação de contas da Entidade e apresenta-lo ao Conselho de Administração para aprovação.
- VIII. Admitir e excluir associados.
- IX. Criar, encerrar e alterar endereços e a Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE das dependências (filiais) por meio da Ata de Reunião da própria Diretoria.
- X. Criar, por meio de Ata de Reunião da própria Diretoria, Conselhos de Administração específicos para atender os requisitos e exigências de legislações específicas, não se confundindo com o Conselho de Administração da Sede.  
Parágrafo Único: A Diretoria agirá validamente com a presença do Presidente e do Vice Presidente.
- XI. Comparecer às reuniões do Conselho De Administração e da Assembleia Geral.
- XII. Cumprir e fazer cumprir este Estatuto.

**Artigo 57.** A Diretoria Executiva, para melhor desempenho de suas atividades, poderá contar com Assessorias ou Consultorias Técnicas Especializadas, cujas contratações deverão ser submetidas ao Conselho de Administração.

**Artigo 58.** A Diretoria Executiva será composta por:

- I. Diretor Superintendente
- II. Diretor Técnico e de Projetos
- III. Diretor Administrativo Financeiro

**2º RCPJ**  
NÚMERO DE REGISTRO  
**8 0 1 0**  
PORTO ALEGRE/RS

**Artigo 59.** Compete ao Diretor Superintendente:

- I. Representar o INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE em juízo ou fora dele;
- II. Realizar o Planejamento das ações e atividades do Instituto, bem como a sua gestão administrativa, econômica, financeira, contábil, jurídica, de pessoal, patrimonial, de contratos, com a adoção de procedimentos financeiros e controles internos da organização, sugerindo ações e diretrizes de atuação ao Conselho De Administração;
- III. Coordenar, orientar e comandar os trabalhos dos demais diretores e funcionários, além da ação e atuação dos Associados.
- IV. Ser o responsável pela representação institucional do Instituto junto a órgãos públicos e privados, nacionais e estrangeiros;
- V. O Diretor Superintendente poderá outorgar poderes especiais de sua competência – tais como assinaturas de contratos, distratos, convênios, etc., mediante outorga de procuração com poderes específicos.

**Artigo 60.** Compete aos demais Diretores:



- I. Diretor Técnico e de Projetos
  - a. Realizar a gestão dos contratos em que o Instituto figurar como executor ou participante, administrando os recursos humanos, financeiros, próprios ou de terceiros, visando a consecução dos objetivos e resultados propostos
  - b. Estabelecer contatos e parcerias, com entidades públicas e privadas, nacionais e estrangeiras, visando o desenvolvimento das atividades objeto do Instituto
  - c. Prestar contas das atividades de sua área ao Diretor Superintendente, ao Conselho de Administração e à Assembleia Geral.
  
- II. Diretor Administrativo Financeiro
  - a. Realizar a gestão administrativa, econômica, financeira, contábil, de pessoal, patrimonial, de contratos, com a adoção de procedimentos financeiros e controles internos da organização.
  - b. Prestar contas das atividades de sua área ao Diretor Superintendente, ao Conselho de Administração e à Assembleia Geral.

**2º RCPJ**  
NÚMERO DE REGISTRO

**8010**

Do Conselho Fiscal

PORTO ALEGRE/RS

**Artigo 61.** O Conselho Fiscal será constituído por 02 (dois) membros associados, eleitos em Assembleia Geral, com mandato de 02 (dois) anos, e será competente para opinar sobre relatórios de desempenho financeiro contábil e sobre operações patrimoniais realizadas, emitindo pareceres para os organismos superiores do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE.

**Parágrafo Único** – O Conselho Fiscal poderá indicar ao Conselho de Administração a contratação de Auditoria Externa, para auditar as contas do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE.

#### CAPÍTULO VI - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

**Artigo 62.** A prestação de contas do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE observará as seguintes normas:

- I. Os princípios fundamentais de contabilidade, as Normas Brasileiras de Contabilidade;
- II. A publicidade, por qualquer meio eficaz, no encerramento do exercício fiscal, ao relatório de atividades e das demonstrações financeiras da entidade, incluindo as certidões negativas de débitos junto ao INSS e ao FGTS, colocando-os à disposição para o exame de qualquer cidadão;
- III. A realização de auditoria, inclusive por auditores externos independentes, se for o caso, da aplicação dos eventuais recursos objeto do Termo de Parceria;
- IV. A prestação de conta de todos os recursos e bens de origem pública recebidos será feita, conforme determina o parágrafo único do Art. 70 da Constituição Federal.
- V. Estar disponibilizada em Portal de Transparência, publicada no site oficial do Instituto

#### CAPÍTULO VII - DO PATRIMÔNIO

**Artigo 63.** O patrimônio do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE será constituído de bens móveis, imóveis, veículos, marcas e semoventes.

**Artigo 64.** Constituem ingressos do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE:

- I. Subvenções ou auxílios governamentais e outros;

- II. Patrocínios, legados, doações e contribuições de qualquer natureza;
- III. Fundos e gestão provenientes de bens patrimoniais;
- IV. Produtos de festivais, campanhas, concursos, sorteios e eventos congêneres;
- V. Venda de livros, documentários e demais produtos de confecção ou produção, designada nas finalidades e meios deste Estatuto, bem como produtos originados em projetos gerenciados pelo INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE;
- VI. Renda proveniente de direitos autorais, licença e sublicença das marcas e publicações sob a titularidade do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE;
- VII. Contratos de projetos e serviços.



**Artigo 65.** No caso de dissolução do Instituto, o respectivo patrimônio líquido será transferido a outra pessoa jurídica qualificada nos termos da Lei nº 9270/99, preferencialmente que tenha o mesmo objetivo social.

**Artigo 66.** Depois de dissolvido o INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, em única hipótese, acima mencionada, quaisquer dos bens que integram o seu patrimônio somente poderão ser alienados para o pagamento das dívidas legais que o INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE houver assumido, até a data da deliberação da sua dissolução.

2º RCBJ  
NUMERO DE REGISTRO

#### CAPÍTULO VIII- DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

8 0 1 0

PORTO ALEGRE/RS

**Artigo 67.** O exercício social coincidirá com o ano civil, com início no dia 01 de janeiro, encerrando-se no dia 31 de dezembro de cada ano.

**Artigo 68.** Ao final de cada exercício, será levantado o Balanço Patrimonial e serão preparadas as demais demonstrações financeiras relativas ao mesmo, para posterior apresentação e aprovação em Assembleia Geral Ordinária.

**Artigo 69.** O INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE apenas poderá ser dissolvido por deliberação de 2/3 (dois terços) dos Associados, uma vez constatada a impossibilidade de sua sobrevivência ou desvirtuamento de suas finalidades, em Assembleia Geral, que indicará os liquidantes.

**Artigo 70.** O INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE não distribui entre os seus Associados ou associado conselheiros, diretores, empregados ou doadores eventuais excedentes operacionais, brutos ou líquidos, dividendos, bonificações, participações ou parcelas de seu patrimônio, auferidos mediante o exercício de suas atividades, e os aplica integralmente na consecução do seu objetivo social.

**Artigo 71.** Os Associados não respondem, nem solidária nem subsidiariamente, pelas obrigações sociais.

**Artigo 72.** A retirada de qualquer dos Associados, seja em que categoria for, não lhe assiste o direito de reclamar a propriedade ou posse de qualquer dos bens do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE.

**Artigo 73.** O presente estatuto poderá ser reformado, a qualquer tempo, por decisão da maioria absoluta dos Associados, em Assembleia Geral especialmente convocada para esse fim, e entrará em vigor na data de seu registro em Cartório.

**Artigo 74.** Este Estatuto bem como todas as atividades do INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE obedecerão a Legislação Brasileira, que prevalecerá sobre qualquer eventual estipulação contrária a esta.

Artigo 75. Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho De Administração e referendados pela Assembleia Geral.

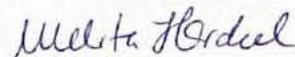


  
JOSELI DA SILVA ROSA  
Presidente

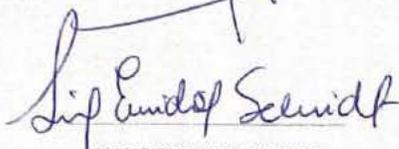
2º RCPJ  
NÚMERO DE REGISTRO

8010

PORTO ALEGRE/RS



MELITA HICKEL  
Vice Presidente



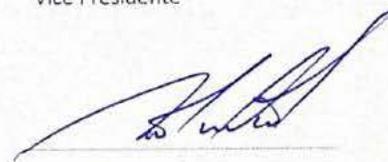
LIANE EMIDIO SCHMIDT

Primeiro Secretário



CINTIA MEDIANEIRA GOULART DE  
SOUZA

Segundo Secretário



AMILTON CESAR DE OLIVEIRA  
MACHADO

Tesoureiro

  
WILLIAN SAUCEDO PINHEIRO  
Conselho Fiscal



ROSANE SALETE SANTOS ROSA  
Conselho Fiscal

## 2º RTD

2º REGISTRO CIVIL DE PESSOAS JURÍDICAS  
Rua Gen. Câmara, 236 - 4º andar - 90010-230  
Porto Alegre/RS - Fone: (51) 3212-6392  
Valter Luis Cervo - Oficial de Registros

PROTOCOLO: N° 123601 - Livro A-14, Fls. 196, em 07/01/2022.

REGISTRO: N° 8010 - Livro A-18, Fls. 279 v, em 7 de janeiro de 2022. Averbado ao Registro n° 7950.



Valter Luis Cervo- Oficial de Registros

Total: R\$ 493,60 + R\$ 39,60 = R\$ 532,20

Cert. P.J (01 página) R\$ 56,00 (0462.02.2000001.02382 = 2393=R\$ 9,50)

Cert. P.J (04 páginas) R\$ 44,00 (0462.04.2000001.05116 = R\$ 3,30)

Cert. P.J (16 páginas) R\$ 166,00 (0462.04.2000001.05117 = R\$ 3,30)

Exame documentos: R\$ 50,70 (0462.04.2000001.05113 = R\$ 3,30)

Averb. P.J s/ fins econ. R\$ 76,50 (0462.04.2000001.05114 = R\$ 3,30)

Digitalização: R\$ 49,40 (0462.04.2000001.05115 = R\$ 3,30)

Processamento eletrônico: R\$ 46,00 (0462.01.2000001.06849, 8950 = R\$ 11,20)

Conf. doc. via internet: R\$ 6,00 (0462.01.2000001.00949 = R\$ 1,40)

**DECLARAÇÃO CONTENDO O NOME DO GESTOR DA PARCERIA PELA  
ENTIDADE RESPONSÁVEL PELO CONTROLE ADMINISTRATIVO, FINANCEIRO E DE  
EXECUÇÃO DA PARCERIA**

JOSELI DA SILVA ROSA, presidente da IIFHES - INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, CPF 744.133.840-91, nomeio o Sr. CLAUDIOMIR ROCHA DA COSTA, portador(a) do CPF 643.465.600-91, como Gestor na Entidade pelo controle administrativo, financeiro e de execução da parceria celebrado com o Município.

Declaro ter conhecimento e estar ciente das responsabilidades previstas na Lei Federal nº 13.019/2014.

Saldanha Marinho, RS, 18 de julho de 2022.

---

JOSELI DA SILVA ROSA  
Presidente

## **DECLARAÇÃO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS**

JOSELI DA SILVA ROSA, brasileiro, portador do CPF N° 744.133.840-91, representante legal da IIFHES - INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, se compromete em aplicar os recursos repassados de acordo com o art. 51 da Lei 13019/2014, bem como prestar contas na forma dos art.(s) 63 a 68 da mesma Lei e do Manual de Prestação de Contas Municipal, constante em anexo no edital 002/2022.

Saldanha Marinho, RS, 18 de julho de 2022.

---

JOSELI DA SILVA ROSA  
Presidente

## **DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DA REMUNERAÇÃO E DISPONIBILIDADE**

Pelo presente instrumento INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, através de seus sócios e/ou diretores, infra-firmados, tendo em vista o Edital de Chamamento Público nº 002/2022, cujo **objeto é a seleção de organizações da sociedade civil para celebração de termo de colaboração para Co-gerenciamento, Operacionalização e Execução de Serviços de Saúde junto ao Hospital Municipal de Saldanha Marinho, RS, sito junto à Rua Prestes Guimarães, nº 591, Bairro Centro, neste Município, conforme especificações contidas neste edital e seus anexos.**

Conhece e aceita as condições de remuneração dos serviços e está de acordo com o programa de repasse financeiro disponibilizado pela Secretaria Municipal da Saúde.

Tem disponibilidade para prestar atendimento conforme as Portarias do Ministério da Saúde e as regras do Conselho Nacional de Saúde, obedecendo às disposições éticas e técnicas dos respectivos Conselhos Regionais e seguindo as normas fixadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Saldanha Marinho, RS, 18 de julho de 2022.

---

JOSELI DA SILVA ROSA  
Presidente

## DECLARAÇÃO SOBRE CONDIÇÕES E CUMPRIMENTO DE METAS

Declaro, em conformidade com o art. 33, caput, inciso V, alínea “c”, da Lei nº 13.019, de 2014, que o INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE dispõe de condições materiais e capacidade técnica e operacional para o desenvolvimento das atividades ou projetos previstos na parceria e o cumprimento das metas estabelecidas.

Saldanha Marinho, RS, 18 de julho de 2022.

---

JOSELI DA SILVA ROSA  
Presidente

## **DIÊGO CARVALHO DE OLIVEIRA**

Brasileiro, 32 anos

Endereço: AV. Manfredo Barata

Bairro: Aeroporto Velho Nº 271

CEP: 68181005 Itaituba Pará

Telefone: (98) 98468-4664

Email: carvalho.volcom@gmail.com

---

Sou um profissional com elevado sentido de responsabilidade e disciplina. Tenho forte poder de comunicação, podendo assim executar meus conhecimentos e ajudar no crescimento da empresa e do grupo de trabalho.

### **EXPERIÊNCIA**

2016 – 2017

**MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, PROVAB - MS.**

2017 – 2019

**MÉDICO REGULADOR E INTERVENCIONISTA, SAMU-PHO**

2017 – 2019

**MÉDICO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA VILA FILUCA, UBS-PHO**

2017 – 2019

**MÉDICO PLANTONISTA DA ENFERMARIA CLÍNICA MÉDICA, HRDJL-PHO**

2017 – 2019

**MÉDICO PLANTONISTA DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, HMMINSM-PHO**

2019 – 2020

**RESIDÊNCIA EM PEDIATRIA, UEPA**

2020 – 2022

**MÉDICO REGULADOR E INTERVENCIONISTA, SAMU-PHO**

2020 – 2022

**MÉDICO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO PURÃO GRANDE, UBS-PHO**

2020 – 2022

**MÉDICO PLANTONISTA DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, HMMINSM-PHO**

### **ESCOLAR**

2008

**ENSINO MÉDIO, A MÃO COOPERADORA**

2016  
**MEDICINA**, UNL-MANAUS

2022  
**CURSANDO PÓS GRADUAÇÃO EM CARDIOLÓGIA**, IPEMED

## **HABILIDADES**

- COMUNICAÇÃO E LIDERANÇA



# Universidade Nilton Lins



UNIVERSIDADE  
Nilton Lins

A Reitora da Universidade Nilton Lins,  
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Medicina  
em 14 de julho de 2016, confere o título de  
**Médico a**

## Diêgo Carvalho de Oliveira

brasileiro, natural do Estado do Pará, nascido a 04 de dezembro de 1989,  
C.I. nº 5659853 - PA

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Manaus, 14 de julho de 2016.

Secretário(a)

Diplomado

Giselle Vilela Lins Maranhão  
Reitora

**DECRETO Nº 46.168 DE 21 DE NOVEMBRO DE 2017****ALTERA O ITEM 3 DO ENVELOPE 2 - DA HABILITAÇÃO TÉCNICA, DA RELAÇÃO DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA QUALIFICAÇÃO COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE CONSTATANTE DO ANEXO DO DECRETO Nº 43.261, DE 27 DE OUTUBRO DE 2011.****O GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, tendo em vista o disposto no artigo 145, inciso IV, da Constituição Estadual e o que consta do Processo nº E-08/002/448/2017,**DECRETA:****Art. 1º** - Dá nova redação ao item 3 do Envelope 2 - Da Habilitação Técnica do Anexo ao Decreto nº 43.261, de 27 de outubro de 2011, publicado no D.O. de 31/10/2011, como segue:

"ANEXO AO DECRETO Nº 43.261/2011

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA QUALIFICAÇÃO COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE**

Envelope 2 - Da Habilitação Técnica:

(...)

(...)

3. Documentos que comprovem o pleno exercício das atividades da entidade, por 2 (dois) anos, compatíveis com o objeto pretendido, fornecido por pessoas jurídicas de direito público ou privado, devidamente registrados nas entidades profissionais competentes, especificando as atividades realizadas, o grau de complexidade dos contratantes e os resultados alcançados com os serviços executados;

(...)

**Art. 2º** - Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 21 de novembro de 2017

**LUIZ FERNANDO DE SOUZA**

Id: 2070737

**DECRETO Nº 46.169 DE 21 DE NOVEMBRO DE 2017****ALTERA O DECRETO Nº 21.326, DE 22 DE FEVEREIRO DE 1995, QUE DISPÕE SOBRE A COMPETÊNCIA PARA A PRÁTICA DOS ATOS DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL QUE MENCIONA.****O GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, tendo em vista o que consta do Processo Administrativo nº E-01/065/29/2016,**CONSIDERANDO:**

- a diretriz de desconcentração da análise e decisão em processos administrativos que versem sobre pleitos individuais de servidores públicos, em observância ao princípio da eficiência; e

- o reconhecimento do direito do servidor público estadual, estável ou não, ao afastamento para realização de curso de formação previsto em edital como etapa de concurso público,

**DECRETA:****Art. 1º** - O artigo 1º do Decreto nº 21.326, de 22 de fevereiro de 1995, fica acrescido do seguinte inciso:

"Art. 1º - (...)

VI - autorização de afastamento para participação de curso de formação que seja previsto no Edital como etapa de concurso público, com ou sem remuneração, nos termos estabelecidos em regulamento expedido pela Secretaria de Estado de Fazenda e Planejamento".

**Art. 2º** - O inciso II, do artigo 2º do Decreto nº 21.326, de 22 de fevereiro de 1995, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 1º - (...)

II - concessão de afastamento com vencimentos, desde que legalmente previsto e autorizado pelo Governador do Estado, ressalvado o afastamento para participação de curso de formação que seja previsto no Edital como etapa de concurso público, que deve observar ao disposto no inciso VI do artigo 1º do presente Decreto". (NR)

**Art. 3º** - Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, 21 de novembro de 2017

**LUIZ FERNANDO DE SOUZA**

Id: 2070753

**DECRETO Nº 46.170 DE 21 DE NOVEMBRO DE 2017****REGULAMENTA A DIVULGAÇÃO DOS PREÇOS PAGOS POR MEDICAMENTOS E SERVIÇOS POR PARTE DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS E DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, CONFORME DISPOSTO NO ARTIGO 4º, DA LEI Nº 7.571, DE 9 DE MAIO DE 2017.****O GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, e tendo em vista o que consta do Processo nº E-08/002/410/2017,**DECRETA:****Art. 1º** - A divulgação dos preços pagos por medicamentos e serviços por parte das Organizações Sociais e da Secretaria Estadual de Saúde obedecerá ao disposto neste Decreto.**Art. 2º** - A divulgação dos preços pagos por medicamentos e serviços por parte das Organizações Sociais e da Secretaria Estadual de Saúde ocorrerá a cada dois meses, e incluirá as aquisições e contratações efetuadas no bimestre.**§1º** - A divulgação a que se refere o caput do artigo se dará no Portal de Transparência do Estado bem como na página da Secretaria Estadual de Saúde.**§2º** - A publicação no Diário Oficial do Poder Executivo do Estado do Rio de Janeiro informará os endereços eletrônicos nos quais poderão ser consultadas as tabelas comparativas.**Art. 3º** - A Secretaria Estadual de Saúde estabelecerá o formato em que serão registrados, transmitidos, armazenados e apresentados os dados, podendo adotar sistemas de informação para manipulação dos dados e geração de informação.**§1º** - A nomenclatura do medicamento deverá conter sua denominação genérica e apresentação.**§2º** - Os serviços contratados deverão ser apresentados de modo a discriminar o tipo de serviço contratado, a unidade de medida adotada e o total do custo incorrido em cada um dos meses do período.**Art. 4º** - As Organizações Sociais deverão encaminhar em até dez dias úteis após o encerramento de cada bimestre a relação de todos os medicamentos adquiridos e dos serviços contratados naquele período na forma estabelecida pela Secretaria Estadual de Saúde.**Art. 5º** - Recebidas as informações constantes do art. 4º, a Secretaria Estadual de Saúde procederá sua consolidação e tabulação em até 10 dias de seu recebimento.**Parágrafo Único** - A divulgação no Portal de Transparência do Estado, bem como na página da Secretaria de Estado de Saúde deverá ocorrer em até 10 dias contados da consolidação e tabulação das informações de que trata o caput deste artigo.**Art. 6º** - Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 21 de novembro de 2017

**LUIZ FERNANDO DE SOUZA**

Id: 2070751

RETIFICAÇÃO  
D.O. DE 21/11/2017  
PÁGINA 02 - 1ª COLUNA  
ATO DO PODER EXECUTIVO

Onde se lê:

DECRETO Nº 46.166 DE 17 DE NOVEMBRO DE 2017

ALTERA A REDAÇÃO DO INCISO II, DO ARTIGO 6º, DO DECRETO Nº 46.139, DE 30 DE OUTUBRO DE 2017, QUE TRATA DO ENCERRAMENTO DO EXERCÍCIO FINANCEIRO DE 2017, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

Leia-se:

DECRETO Nº 46.164 DE 17 DE NOVEMBRO DE 2017

ALTERA A REDAÇÃO DO INCISO II, DO ARTIGO 6º, DO DECRETO Nº 46.139, DE 30 DE OUTUBRO DE 2017, QUE TRATA DO ENCERRAMENTO DO EXERCÍCIO FINANCEIRO DE 2017, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

Id: 2070740

**Atos do Governador****DECRETOS DE 21 DE NOVEMBRO DE 2017****O GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, no uso de suas atribuições constitucionais e legais,**RESOLVE:****EXONERAR**, a pedido e com validade a contar de 21 de novembro de 2017, **LUCIANO MOREIRA SANTOS**, ID FUNCIONAL Nº 5089136-7, do cargo em comissão de Assessor, símbolo DAS-8, da Secretaria de Estado da Casa Civil e Desenvolvimento Econômico.**NOMEAR JÚLIO CÉSAR PIMENTEL CORRÊA**, ID FUNCIONAL Nº 4398569-6, para exercer o cargo em comissão de Chefe de Serviço, símbolo DAI-6, da Subsecretaria de Desenvolvimento Econômico, da Secretaria de Estado da Casa Civil e Desenvolvimento Econômico, anteriormente ocupado por Elizabeth dos Santos de Sa, matrícula nº 02839660.**NOMEAR MONICA BENEVIDES TAVORA DE MEDEIROS**, Cap BM, ID Funcional nº 615386-0, para exercer, com validade a contar de 13 de novembro de 2017, o cargo em comissão de Assistente II, símbolo DAI-6, da Subsecretaria Militar, da Secretaria de Estado da Casa Civil e Desenvolvimento Econômico, anteriormente ocupado por José Luiz Coelho Medeiros, ID Funcional nº 2020355-1. Processo nº E-13/002/616/2017.**EXONERAR FREDERICO MARCHI PORFÍRIO REIS**, ID FUNCIONAL Nº 4405317-7, do cargo em comissão de Chefe de Serviço, símbolo DAI-6, da 6ª Circunscrição Regional de Trânsito - Volta Redonda, da CIRETRANS E SATS, da Coordenadoria de Serviços Descentralizados, da Coordenadoria Geral de Integração de Serviços, do Departamento de Trânsito do Estado do Rio de Janeiro - DETRAN/RJ, da Secretaria de Estado da Casa Civil e Desenvolvimento Econômico. Processo nº E-12/006/353/2017.**NOMEAR VIVIANE DO NASCIMENTO CAMPOS** para exercer o cargo em comissão de Chefe de Serviço, símbolo DAI-6, da 6ª Circunscrição Regional de Trânsito - Volta Redonda, da CIRETRANS E SATS, da Coordenadoria de Serviços Descentralizados, da Coordenadoria Geral de Integração de Serviços, do Departamento de Trânsito do Estado do Rio de Janeiro - DETRAN/RJ, da Secretaria de Estado da Casa Civil e Desenvolvimento Econômico, anteriormente ocupado por Frederico Marchi Porfírio Reis, ID Funcional nº 4405317-7. Processo nº E-12/006/353/2017.**EXONERAR**, a pedido, **JÚLIO CÉSAR PIMENTEL CORRÊA**, ID FUNCIONAL Nº 4398569-6, do cargo em comissão de Assistente II, símbolo DAI-6, da Secretaria de Estado de Agricultura, Pecuária, Pesca e Abastecimento. Processo nº E-02/007/3281/2017.**NOMEAR QUEZIA PICOLI GOMES** para exercer o cargo em comissão de Assistente II, símbolo DAI-6, da Secretaria de Estado de Agricultura, Pecuária, Pesca e Abastecimento, anteriormente ocupado por Júlio César Pimentel Corrêa, ID Funcional nº 4398569-6. Processo nº E-02/007/3281/2017.**Jorge Narciso Peres**  
Diretor Presidente**José Claudio Cardoso Ururahy**  
Diretor Administrativo**Nilton Nissin Rechtman**  
Diretor Financeiro**Luiz Carlos Manso Alves**  
Diretor Industrial**DIÁRIO OFICIAL PARTE I - PODER EXECUTIVO****PUBLICAÇÕES****ENVIO DE MATÉRIAS:** As matérias para publicação deverão ser enviadas pelo sistema edof's ou entregues em mídia eletrônica nas Agências Rio ou Niterói.**PARTE I - PODER EXECUTIVO:** Os textos e reclamações sobre publicações de matérias deverão ser encaminhados à **Assessoria para Preparo e Publicações dos Atos Oficiais** - à Rua Pinheiro Machado, s/nº - (Palácio Guanabara - Casa Civil), Laranjeiras, Rio de Janeiro - RJ, Brasil - CEP 22.231-901 Tels.: (0xx21) 2334-3242 e 2334-3244.**AGÊNCIAS DA IMPRENSA OFICIAL - RJ:** Atendimento das 09:00 às 17:00 horas**RIO** - Rua São José, 35, sl. 222/24 Edifício Garagem Menezes Cortes Tels.: (0xx21) 2332-6548, 2332-6550 e Fax: 2332-6549**NITERÓI** - Av. Visconde do Rio Branco, 360, 1º piso, loja 132, Shopping Bay Market - Centro, Niterói/RJ. Tels.: (0xx21) 2719-2689, 2719-2693 e 2719-2705**PREÇO PARA PUBLICAÇÃO:** cm/col \_\_\_\_\_ **R\$ 132,00**  
cm/col para Municipalidades \_\_\_\_\_ **R\$ 92,40****RECLAMAÇÕES SOBRE PUBLICAÇÕES DE MATÉRIAS:** Deverão ser dirigidas, por escrito, ao Diretor-Presidente da Imprensa Oficial do Estado do Rio de Janeiro, no máximo até 10 (dez) dias após a data de sua publicação.**Serviço de Atendimento ao Cliente da Imprensa Oficial do Estado do Rio de Janeiro: Tel.: 0800-2844675 das 9h às 18h****ASSINATURAS SEMESTRAIS DO DIÁRIO OFICIAL**ASSINATURA NORMAL \_\_\_\_\_ **R\$ 284,00**  
ADVOGADOS E ESTAGIÁRIOS \_\_\_\_\_ **R\$ 199,00 (\*)**  
ÓRGÃOS PÚBLICOS (Federal, Estadual, Municipal) \_\_\_\_\_ **R\$ 199,00 (\*)**  
FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS (Federal, Estadual, Municipal) \_\_\_\_\_ **R\$ 199,00 (\*)**

(\*) SOMENTE PARA OS MUNICÍPIOS DO RIO DE JANEIRO E NITERÓI.

OBS.: As assinaturas com desconto somente serão concedidas para o funcionalismo público (Federal, Estadual, Municipal), mediante a apresentação do último contracheque.

**A Imprensa Oficial do Estado do Rio de Janeiro não dispõe de pessoas autorizadas a vender assinaturas.** Cópias de exemplares atrasadas poderão ser adquiridas à rua Professor Heitor Carrilho nº 81, Centro - Niterói, RJ.**ATENÇÃO: É vedada a devolução de valores pelas assinaturas do D.O.**

IMPRENSA OFICIAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO • Rua Professor Heitor Carrilho nº 81, Centro - Niterói, RJ. CEP 24.030-230. Tel.: (0xx21) 2717-4141 - PABX - Fax (0xx21) 2717-4348

[www.imprensaoficial.rj.gov.br](http://www.imprensaoficial.rj.gov.br)









5ª) A rubrica do item nº. 3 só permite a cobrança dos respectivos emolumentos pela guarda de documentos por período superior ao previsto em lei, em valor único, independentemente do prazo da guarda.

6ª) O fornecimento da certidão prevista no item nº. 4 deverá seguir as diretrizes traçadas pela Corregedoria Geral da Justiça em ato administrativo próprio.

**TABELA 25****DO REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS**

ATOS	2012 R\$	Atos gratuitos e PMCMV2%	TOTAL
1 - Registro de título, documento, contrato ou papel, inclusive Registro de contrato de alienação fiduciária, penhor, venda com reserva de domínio, <i>leasing</i> ou arrendamento que tenham por objeto veículos, inclusive motocicletas:			
I - com valor declarado, até 4 (quatro) páginas:			
Até R\$ 3.000,00	21,97	0,43	22,4
a) mais de R\$ 3.000,00 a R\$ 5.000,00	33,25	0,66	33,91
b) mais de R\$ 5.000,00 a R\$ 7.000,00	38,88	0,77	39,65
c) mais de R\$ 7.000,00 a R\$ 10.000,00	50,16	1	51,16
d) mais de R\$ 10.000,00 a R\$ 15.000,00	61,43	1,22	62,65
e) mais de R\$ 15.000,00 a R\$ 20.000,00	72,7	1,45	74,15
f) mais de R\$ 20.000,00 a R\$ 25.000,00	83,98	1,67	85,65
g) mais de R\$ 25.000,00 a R\$ 30.000,00	95,25	1,9	97,15
h) mais de R\$ 30.000,00 a R\$ 35.000,00	106,52	2,13	108,65
i) mais de R\$ 35.000,00 a R\$ 40.000,00	129,07	2,58	131,65
j) mais de R\$ 40.000,00 a R\$ 50.000,00	145,98	2,91	148,89
k) mais de R\$ 50.000,00 a R\$ 60.000,00	215,55	4,31	219,86
l) mais de R\$ 60.000,00 a R\$ 70.000,00	228,03	4,56	232,59
m) mais de R\$ 70.000,00 a R\$ 80.000,00	275,38	5,5	280,88
n) mais de R\$ 80.000,00 a R\$ 90.000,00	299,06	5,98	305,04
o) mais de R\$ 90.000,00 a R\$ 100.000,00	322,72	6,45	329,17
p) mais de R\$ 100.000,00 a R\$ 150.000,00	370,08	7,4	377,48
q) mais de R\$ 150.000,00 a R\$ 200.000,00	401,64	8,03	409,67
r) acima de R\$ 200.000,00	464,77	9,29	474,06
- por página excedente a 4	1,97	0,03	2
- por via excedente	9,01	0,18	9,19
II - sem valor declarado (inclusive atas), até 4 (quatro) páginas:	89,04		90,82
		1,78	
-por página excedente a 4:	1,97	0,03	2
-por via excedente	9,01	0,18	9,19
2 - Registro do Documento Único de Transferência de veículos - DUT - ou sucedâneos.	13,52		13,79
		0,27	
3 - Registro de declarações unilaterais de vontade, declaração de posse, declaração de cremação, modelos de contratos, regimentos escolares, carteira de trabalho e demais documentos comprobatórios da relação de emprego, documentos comprobatórios do recolhimento de tributos e demais contribuições legais, inclusive FGTS.	33,53		34,2
		0,67	
4-Registro de mídia de documentos digitalizados até 5 <i>gigabytes</i> , para efeito de conservação e prova dos originais (Lei nº. 6.015/73, arts. 127, VII, c/c o 142 e 161, e 41 da Lei 8.935/94).	224,32		228,8
		4,48	
5-Simples custódia temporária de documentos digitalizados para fins de eventual registro ou certificação; até 15 páginas	0,1		0,11
		0,01	
- por página excedente a 15:	0,02	0,01	0,03
6 - Registro de documentos recepcionados por meio eletrônico, excluindo-se os atos descritos no item 1.			
- para fins de conservação, até 4 páginas:	0,22	0,01	0,23
- por página excedente a 4:	0,04	0,01	0,05
7 - Registro de editais de licitações promovidas pela Administração Pública Direta, Indireta ou Fundacional, em qualquer de suas modalidades, inclusive, cartas-convites, e das respectivas propostas e demais atos:			
a) até o limite de valor da carta convite	224,32	4,48	228,8
b) até o limite de valor da tomada de preços	370,87	7,41	378,28
c) acima do limite da tomada de preços (concorrência)	721,45	14,42	735,87
- por página excedente a 10:	0,22	0,01	0,23
9 - Das Notificações			
9.1 - Registro, por destinatário, de Notificação, de Intimações, Intimações, Avisos, Denúncias e demais Atos de participação ou ciência, até 4 (quatro) páginas, incluída a certidão.	102,58		104,63
		2,05	
a) por página excedente	1,97	0,03	2
b) por diligência pessoal, até o máximo de 3 (três), mediante pedido justificado do Notificante.	13,52		13,79
		0,27	
9.2 - Registro de Notificação, recepcionado por meio eletrônico, por destinatário, incluindo certidão à margem do registro do contrato, nas hipóteses de alienação fiduciária, arrendamento mercantil ( <i>leasing</i> ), compra e venda com reserva de domínio e penhor mercantil de bens móveis.	14,65		14,94
		0,29	
a) por página excedente a quatro	1,85	0,03	1,88
b) por diligência pessoal, até o máximo de 3 (três), mediante pedido justificado do Notificante.	13,52		13,79
		0,27	
9.3-Recepção de notificação, em meio eletrônico, para cumprimento, também, em meio eletrônico, incluindo o respectivo Registro e Certidão.	11,82		12,05
		0,23	
10-Digitalização de documentos para exclusivos fins de arquivo.	5,62		5,73
		0,11	
a) por página excedente a 10	0,1	0,01	0,11
11 - Remessa certificada de arquivos eletrônicos sob forma também eletrônica, através de Sistema gerido pelo Instituto dos Registradores de Títulos e Documentos e Civil das Pessoas Jurídicas do Estado do Rio de Janeiro, incluídas a busca e certidão correspondentes:	12,69		12,94
		0,25	
a) certidões impressas em papel até 2 páginas, inclusive busca da Remessa certificada:	7,88		8,03
		0,15	
b) por página excedente:	1,11	0,02	1,13
12 - Autenticação de microfilme (Dec. 1.799/96) e disco ótico, em CD, DVD e análogo	22,53		22,98
		0,45	
a) busca e certidão de cópia extraída dessas mídias até 2 páginas:	7,88		8,03
		0,15	
b) por página excedente:	1,11	0,02	1,13
c) autenticação de cópia extraída de microfilme, por página	2,24		2,28
		0,04	
d) autenticação de cópia extraída de disco ótico ou semelhante, por página	1,11		1,13
		0,02	
13- Certidões extraídas de registros ou papéis arquivados			
a) até duas páginas	11,26	0,22	11,48
b) por página excedente	2,81	0,05	2,86

**NOTAS INTEGRANTES:**

1ª) Os emolumentos previstos nesta Tabela não sofrerão as incidências definidas na Tabela de Atos Comuns ou de qualquer outra; EXCETO: expedição de guias e buscas.

2ª) Nos contratos de prazo indeterminado, com obrigações de pagamento em prestação, considerar-se-á o valor de uma anuidade para fins do cálculo dos emolumentos devidos segundo o item 1, I, da tabela acima.

3ª) A base de cálculo, nos contratos de alienação fiduciária, penhor de veículos, venda com reserva de domínio, *leasing* ou arrendamento de veículo automotor, será o valor total do bem adquirido.

4ª) As despesas com serviço postal e assemelhadas serão custeadas pela parte interessada.

5ª) O valor dos emolumentos das averbações corresponderá à metade do valor previsto para o registro objetivado.

6ª) A custódia temporária prevista no item 5 não poderá exceder ao prazo de um ano.

7ª) A cobrança dos emolumentos previstos no item nº 10 desta tabela não poderá ser utilizada pelas demais atribuições extrajudiciais.

8ª) A cobrança dos emolumentos pela prática dos atos previstos nos itens 4, 5, 6, 9,3 e 11 só poderá ocorrer após a regulamentação da matéria pela Corregedoria Geral da Justiça.

9ª) A tabela acima e os valores nela previstos são aplicáveis aos títulos de procedência estrangeira.

10ª) A cobrança dos emolumentos previstos no item 10 desta tabela é exclusiva dos serviços de Registro de Títulos e Documentos, só podendo ocorrer nas hipóteses em que a digitalização de documentos para fins de armazenamento constituir ato próprio, não podendo a rubrica ser utilizada como elemento formador do ato.

Id: 1428201

**ATOS DO PODER EXECUTIVO****DECRETO Nº 44.001 DE 20 DE DEZEMBRO DE 2012**

INCLUI §§ 4º, 5º E 6º AO ARTIGO 3º DO DE-  
CRETO Nº 43.261, DE 27 DE OUTUBRO DE  
2011, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, tendo em vista o disposto no artigo 145, inciso IV, da Constituição Estadual, o que consta do Processo nº E-08/90062/2011,

**DECRETA:**

Art. 1º - Ficam incluídos os §§ 4º, 5º e 6º ao artigo 3º do Decreto nº 43.261 de 27 de outubro de 2011, da seguinte forma:

“Art. 3º -

(...)

§ 4º - A entidade poderá constituir Conselho de Administração Específico, ainda que com composição e competência distintas de outros que possua, para exercer as atribuições referentes aos contratos de gestão celebrados no âmbito do Estado do Rio de Janeiro.

§ 5º - O Conselho de Administração Específico deverá observar as disposições da Lei nº 6.043/2011 e do presente

Decreto, principalmente no que tange a composição e competências.

§ 6º - A entidade poderá deliberar alterações estatutárias específicas para adequação à Lei 6.043/2011, as quais deverão constar em ata.”

Art. 2º - Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 20 de dezembro de 2012

SÉRGIO CABRAL

Id: 1428165

## ANEXO I

## Modelo de Requerimento para Qualificação

Senhor Secretário de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, a [nome da entidade], sociedade civil sem fins lucrativos, com sede na [endereço], CNPJ [nº], através de seu representante legal, [nome e qualificação do representante legal], vem requerer sua qualificação [definitiva ou provisória] como Organização Social de Saúde, na área de atuação em [especificar a área de atuação, conforme art. 2º], cujo interesse é firmar Contrato de Gestão com a Secretaria de Estado de Saúde, nos termos da Lei Estadual nº 6.043, de 19 de setembro de 2011 e Decreto nº 43.261, de 27 de outubro de 2011.

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

[Local e data]

[Assinatura do representante legal]

## ANEXO II

## Modelo de Requerimento para Indicação de Representantes do Poder Público para o Conselho de Administração

Senhor Secretário de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, a [nome da entidade], sociedade civil sem fins lucrativos, com sede na [endereço], CNPJ [nº], através de seu representante legal, [nome e qualificação do representante legal], declara, para efeitos de qualificação provisória, o compromisso de realizar as alterações estatutárias necessárias à obtenção da qualificação definitiva como Organização Social de Saúde, na área de atuação em [especificar a área de atuação, conforme art. 2º, caso vencedora do processo de seleção, no prazo estabelecido pelo edital de seleção, como condição para assinatura do contrato de gestão com a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, conforme exigências do art. 2º da Lei Estadual nº 6.043, de 19 de setembro de 2011, e art. 3º do Decreto nº 43.261, de 27 de outubro de 2011.

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

[Local e data]

[Assinatura do representante legal]

OBS: Caso a entidade já tenha solicitado Indicação de Representantes do Poder Público para o seu Conselho de Administração em outro requerimento de qualificação, não se faz necessária a apresentação deste anexo.

## ANEXO III

## Modelo de Declaração de Compromisso

Senhor Secretário de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, a [nome da entidade], sociedade civil sem fins lucrativos, com sede na [endereço], CNPJ [nº], através de seu representante legal, [nome e qualificação do representante legal], declara, para efeitos de qualificação provisória, o compromisso de realizar as alterações estatutárias necessárias à obtenção da qualificação definitiva como Organização Social de Saúde, na área de atuação em [especificar a área de atuação, conforme art. 2º, caso vencedora do processo de seleção, no prazo estabelecido pelo edital de seleção, como condição para assinatura do contrato de gestão com a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, conforme exigências do art. 2º da Lei Estadual nº 6.043, de 19 de setembro de 2011, e art. 3º do Decreto nº 43.261, de 27 de outubro de 2011.

[Local e data]

[Assinatura do representante legal]

## ANEXO IV

## Modelo de cadastro de contatos com a entidade e notificações

Entidade:

Endereço:

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_

Contatos e notificações:

1. Nome: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_2. Nome: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_3. Nome: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

[...]

[Local e data]

[Assinatura do representante legal]

Id: 2225082

## ATO DO SECRETÁRIO E DO DIRETOR-PRESIDENTE

RESOLUÇÃO CONJUNTA SECCG/EMOP Nº 58  
DE 03 DE DEZEMBRO DE 2019

**DEFINE O INÍCIO DO USO DO SISTEMA ELETRÔNICO DE INFORMAÇÕES (SEI-RJ) PELA EMPRESA DE OBRAS PÚBLICAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.**

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA CASA CIVIL E GOVERNANÇA E O DIRETOR-PRESIDENTE DA EMPRESA DE OBRAS PÚBLICAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, no uso de suas atribuições legais conferidas pelo do art. 148, Parágrafo Único, inciso II, da Constituição Estadual do Rio de Janeiro de 05 de outubro de 1989, e tendo em vista o disposto no Processo Administrativo nº SEI-12/001/027641/2019,

## CONSIDERANDO:

- o Decreto nº 46.730, de 09 de agosto de 2019, que dispõe sobre a produção e tramitação eletrônica de documentos e processos administrativos na Administração Pública Estadual, e dá outras providências; e

- a Resolução Conjunta SEFAZ/SECCG nº 24, de 05 de agosto de 2019, que determina a obrigatoriedade do Sistema Eletrônico de Informações - SEI-RJ para atuação e tramitação dos tipos processuais elencados para os órgãos que já utilizam o sistema;

## RESOLVEM:

**Art. 1º** - Definir o início do uso do Sistema Eletrônico de Informações (SEI-RJ) pela Empresa de Obras Públicas do Estado do Rio de Janeiro (EMOP), na forma do artigo 3º do Decreto nº 46.730, de 09 de agosto de 2019, a partir do dia 04 de dezembro de 2019.

**Art. 2º** - Os tipos de processos administrativos que deverão ser autuados exclusivamente em meio eletrônico são os elencados no art. 1º da Resolução Conjunta SEFAZ/SECCG nº 24, de 05 de agosto de 2019, observado o disposto no seu art. 3º.

**Art. 3º** - O uso do SEI-RJ pela EMOP não acarretará aumento de despesas.

**Art. 4º** - Esta Resolução Conjunta entrará em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, 03 de dezembro de 2019

**ANDRÉ LUÍS DANTAS FERREIRA**  
Secretário de Estado da Casa Civil e Governança

**MARCO DE OLIVEIRA VARGAS FRANCISCO**  
Diretor-Presidente da Empresa de Obras Públicas do Estado do Rio de Janeiro

Id: 2225022

## ATOS DO SECRETÁRIO

## DE 03 DE DEZEMBRO DE 2019

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA CASA CIVIL E GOVERNANÇA, consoante delegação de competência nos termos do art. 1º, inciso VI, do Decreto Estadual nº 40.644/2007, tendo em vista o que consta do Processo nº E-03/029/298/2019 e do Ofício PGE/PG04/MACN nº 19/2019, em cumprimento às decisões judiciais proferidas nos autos do processo judicial nº 0033876-48.2017.8.19.0000, pela 1ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, e nos autos da Suspensão de Tutela Antecipada 871, pelo Supremo Tribunal Federal,

## RESOLVE:

**NOMEAR**, em caráter provisório e na condição sub judge, os candidatos abaixo relacionados, para o cargo de Professor Docente I com carga horária de 16 horas, do Quadro I - Permanente do Magistério da Secretaria de Estado de Educação do Rio de Janeiro, em virtude de aprovação e classificação no Concurso Público de 2011 em conformidade com o Edital publicado no Diário Oficial de 06 de outubro de 2011 e retificado no Diário Oficial de 31/10/2011.

DIRETORIA REGIONAL ADMINISTRATIVA - BAIXADAS LITORÂNEAS	
DISCIPLINA: EDUCAÇÃO FÍSICA	
NOME	MUNICÍPIO
LOLLY QUARESMA	ARMAÇÃO DOS BÚZIOS
DIRETORIA REGIONAL ADMINISTRATIVA - METROPOLITANA VII	
DISCIPLINA: CIÊNCIAS FÍSICAS E BIOLÓGICAS	
NOME	MUNICÍPIO
ANDRÉ LUIZ NASCIMENTO PARCIAL	BELFORD ROXO

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA CASA CIVIL E GOVERNANÇA, consoante delegação de competência nos termos do art. 1º, inciso VI, do Decreto Estadual nº 40.644/2007, tendo em vista o que consta do Processo nº E-03/029/298/2019 e do Ofício PGE/PG04/MACN nº 19/2019, em cumprimento às decisões judiciais proferidas nos autos do processo judicial nº 0033876-48.2017.8.19.0000, pela 1ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, e nos autos da Suspensão de Tutela Antecipada 871, pelo Supremo Tribunal Federal,

## RESOLVE:

**NOMEAR**, em caráter provisório e na condição sub judge, os candidatos abaixo relacionados, para o cargo de Professor Docente I com carga horária de 16 horas, do Quadro I - Permanente do Magistério da Secretaria de Estado de Educação do Rio de Janeiro, em virtude de aprovação e classificação no Concurso Público de 2013 em conformidade com o Edital publicado no Diário Oficial de 13 de março de 2013 e retificado nos D.Os. de 27/03/2013 e 18/04/2013.

DIRETORIA REGIONAL ADMINISTRATIVA - BAIXADAS LITORÂNEAS	
DISCIPLINA: BIOLOGIA	
NOME	MUNICÍPIO
JEVERSON FRANCO RODRIGUES	NITERÓI
DISCIPLINA: DISCIPLINAS PEDAGÓGICAS	
NOME	MUNICÍPIO
FATIMA CHRISTINA LABRUNA MOREIRA SANTOS	ARARUAMA
MARIA APARECIDA THOME GUEDES OLIVEIRA	ARARUAMA
LEIDIANE DOS SANTOS AGUIAR MACAMBIRA	CABO FRIO
DANIELLE SILVA DOS SANTOS	MARICÁ
DIRETORIA REGIONAL ADMINISTRATIVA - MÉDIO PARAÍBA	
DISCIPLINA: DISCIPLINAS PEDAGÓGICAS	
NOME	MUNICÍPIO
RENATA SILVA SENHORINHO	PARATY
DIRETORIA REGIONAL ADMINISTRATIVA - METROPOLITANA I	
DISCIPLINA: CIÊNCIAS FÍSICAS E BIOLÓGICAS	
NOME	MUNICÍPIO
REGIANE DE FATIMA PINTO	NOVA IGUAÇU
DIRETORIA REGIONAL ADMINISTRATIVA - METROPOLITANA III	
DISCIPLINA: DISCIPLINAS PEDAGÓGICAS	
NOME	MUNICÍPIO
ANA CRISTINA LODI MARTELO DOS SANTOS	RIO DE JANEIRO
DOUGLAS FRANCISCO DE MELLO NEVES	RIO DE JANEIRO
DISCIPLINA: EDUCAÇÃO FÍSICA	
NOME	MUNICÍPIO
PAULO ANTONIO COELHO SOARES FRONTELMO	RIO DE JANEIRO
DIRETORIA REGIONAL ADMINISTRATIVA - METROPOLITANA IV	
DISCIPLINA: DISCIPLINAS PEDAGÓGICAS	
NOME	MUNICÍPIO
SIMONE RUFINO SALATIEL	RIO DE JANEIRO
DIRETORIA REGIONAL ADMINISTRATIVA - NOROESTE FLUMINENSE	
DISCIPLINA: HISTÓRIA	
NOME	MUNICÍPIO
LARISSA MANHÃES FERREIRA	ITALVA
DIRETORIA REGIONAL ADMINISTRATIVA - SERRANA I	
DISCIPLINA: DISCIPLINAS PEDAGÓGICAS	
NOME	MUNICÍPIO
VANIA DE SOUZA GOMES	MAGÉ

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA CASA CIVIL E GOVERNANÇA, consoante delegação de competência nos termos do art. 1º, inciso VI, do Decreto Estadual nº 40.644/2007, tendo em vista o que consta do Processo nº E-03/029/298/2019 e do Ofício PGE/PG04/MACN nº 19/2019, em cumprimento às decisões judiciais proferidas nos autos do processo judicial nº 0033876-48.2017.8.19.0000, pela 1ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, e nos autos da Suspensão de Tutela Antecipada 871, pelo Supremo Tribunal Federal,

## RESOLVE:

**NOMEAR**, em caráter provisório e na condição sub judge, os candidatos abaixo relacionados, para o cargo de Professor Docente I com carga horária de 30 horas, do Quadro I - Permanente do Magistério da Secretaria de Estado de Educação do Rio de Janeiro, em virtude de aprovação e classificação no Concurso Público de 2013 em conformidade com o Edital publicado no Diário Oficial de 13 de março de 2013 e retificado nos D.Os. de 27/03/2013 e 18/04/2013.

DIRETORIA REGIONAL ADMINISTRATIVA - METROPOLITANA II	
DISCIPLINA: PORTUGUÊS	
NOME	MUNICÍPIO
VAGNER LEITE RANGEL	SÃO GONÇALO
DIRETORIA REGIONAL ADMINISTRATIVA - METROPOLITANA IV	
DISCIPLINA: PORTUGUÊS	
NOME	MUNICÍPIO
ISIS DE JESUS VENANCIO	RIO DE JANEIRO
ANDREIA FERREIRA FARIAS	RIO DE JANEIRO
ÉRICA VOLPATO TEIXEIRA	RIO DE JANEIRO
DIRETORIA REGIONAL ADMINISTRATIVA - METROPOLITANA VII	
DISCIPLINA: GEOGRAFIA	
NOME	MUNICÍPIO
GABRIELLE SOARES DE ARAUJO DE SOUSA	MESQUITA
DIRETORIA REGIONAL ADMINISTRATIVA - SERRANA II	
DISCIPLINA: PORTUGUÊS	
NOME	MUNICÍPIO
JAMINI OLIVEIRA MACIEL	BOM JARDIM

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA CASA CIVIL E GOVERNANÇA, consoante delegação de competência nos termos do art. 1º, inciso VI, do Decreto Estadual nº 40.644/2007, tendo em vista o que consta do Processo nº E-03/029/298/2019 e do Ofício PGE/PG04/MACN nº 19/2019, em cumprimento às decisões judiciais proferidas nos autos do processo judicial nº 0033876-48.2017.8.19.0000, pela 1ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, e nos autos da Suspensão de Tutela Antecipada 871, pelo Supremo Tribunal Federal,

## RESOLVE:

**NOMEAR**, em caráter provisório e na condição sub judge, os candidatos abaixo relacionados, para o cargo de Professor Docente I com carga horária de 16 horas, do Quadro I - Permanente do Magistério da Secretaria de Estado de Educação do Rio de Janeiro, em virtude de aprovação e classificação no Concurso Público de 2013 em conformidade com o Edital publicado no Diário Oficial de 04 de novembro de 2013 e retificado no D.O. de 18/11/2013.

DIRETORIA REGIONAL ADMINISTRATIVA - BAIXADAS LITORÂNEAS	
DISCIPLINA: ARTES	
NOME	MUNICÍPIO
MONALIZA TERRES MATOS	MARICÁ
DISCIPLINA: CIÊNCIAS FÍSICAS E BIOLÓGICAS	
NOME	MUNICÍPIO
NATTACHA DOS SANTOS MOREIRA	NITERÓI
DIRETORIA REGIONAL ADMINISTRATIVA - CENTRO SUL	
DISCIPLINA: HISTÓRIA	
NOME	MUNICÍPIO
FILIPE DURET ATHAIDE	VALENÇA
DIRETORIA REGIONAL ADMINISTRATIVA - MÉDIO PARAÍBA	
DISCIPLINA: CIÊNCIAS FÍSICAS E BIOLÓGICAS	
NOME	MUNICÍPIO
JOSÉ MAXWELL BARBOSA	PARATY
DISCIPLINA: HISTÓRIA	
NOME	MUNICÍPIO
GIOVANNI CODECA DA SILVA	ANGRA DOS REIS
DIRETORIA REGIONAL ADMINISTRATIVA - METROPOLITANA II	
DISCIPLINA: INGLÊS	
NOME	MUNICÍPIO
NADILENE DE SOUZA OLIVEIRA	SÃO GONÇALO
NATHÁLIA EMERICK NASCIMENTO	SÃO GONÇALO
DIRETORIA REGIONAL ADMINISTRATIVA - METROPOLITANA VII	
DISCIPLINA: CIÊNCIAS FÍSICAS E BIOLÓGICAS	
NOME	MUNICÍPIO
JANINE MOREIRA DOS SANTOS SILVA	MESQUITA
DISCIPLINA: HISTÓRIA	
NOME	MUNICÍPIO
RENAN SIQUEIRA MORAES	MESQUITA
DIRETORIA REGIONAL ADMINISTRATIVA - NOROESTE FLUMINENSE	
DISCIPLINA: EDUCAÇÃO FÍSICA	
NOME	MUNICÍPIO
VALMIR ORÇAI FIALHO	SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
DIRETORIA REGIONAL ADMINISTRATIVA - SERRANA II	
DISCIPLINA: HISTÓRIA	
NOME	MUNICÍPIO
RÔMULO FIGUEIRA CRAVINHO	NOVA FRIBURGO

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA CASA CIVIL E GOVERNANÇA, consoante delegação de competência nos termos do art. 1º, inciso VI, do Decreto Estadual nº 40.644/2007, tendo em vista o que consta do Processo nº E-03/029/298/2019 e do Ofício PGE/PG04/MACN nº 19/2019, em cumprimento às decisões judiciais proferidas nos autos do processo judicial nº 0033876-48.2017.8.19.0000, pela 1ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, e nos autos da Suspensão de Tutela Antecipada 871, pelo Supremo Tribunal Federal,

## RESOLVE:

**NOMEAR**, em caráter provisório e na condição sub judge, os candidatos abaixo relacionados, para o cargo de Professor Docente I com carga horária de 30 horas, do Quadro I - Permanente do Magistério da Secretaria de Estado de Educação do Rio de Janeiro, em virtude de aprovação e classificação no Concurso Público de 2013 em conformidade com o Edital publicado no Diário Oficial de 04 de novembro de 2013 e retificado no D.O. de 18/11/2013.

III - O registro de tramitação deve ser feito por despacho de encaminhamento de documento no referido processo.

§ 2º - Envio a outro setor de documento físico não associado a processo, materiais e objetos, em que se faça necessário o registro de tramitação, deverá ocorrer:

I - O registro de tramitação por CI quando envolver apenas órgãos internos;

II - O registro de tramitação por Ofício quando envolver órgãos externos.

Art. 3º - O registro de tramitação deverá conter:

§ 1º - Descrição do documento ou objeto.

§ 2º - Número de série, quando houver.

§ 3º - Quantidade de itens.

Art. 4º - O processo deverá ser enviado à unidade de destino, e mantido aberto na unidade remetente para inserção do despacho de encaminhamento do documento.

§ 1º - O remetente deve acondicionar a remessa de maneira a preservar sua integridade.

§ 2º - A remessa deverá acompanhar a anotação do número SEI do processo onde houve o despacho, ou número do processo nº SEI da CI ou Ofício.

§ 3º - O destinatário deve se manifestar imediatamente no processo, informando o recebimento ou justificando a recusa.

§ 4º - Após o prazo de 5 (cinco) dias úteis de exarado o despacho de envio, não havendo manifestação do destinatário, é considerado o recebimento tácito.

§ 5º - Os setores deverão ter sempre disponível um responsável por receber remessas, com acesso ao sistema SEI, durante o seu horário de funcionamento.

Art. 5º - Os processos administrativos, cadastrados antes da respectiva migração para o sistema SEI, continuarão sua tramitação pelo sistema UPO, com as guias de remessa produzidas por esse sistema.

Art. 6º - Os setores poderão acordar entre si fluxos para essas tramitações, desde que formalizados em processo administrativo nº SEI público, e o acordo não conflite com os seguintes princípios:

§ 1º - Zelo pela integridade da remessa.

§ 2º - Registro dos dados dos itens enviados conforme disposto no Art. 3º.

§ 3º - Recebimento imediato pelo setor destinatário.

Art. 7º - Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, 18 de novembro de 2019

**MARCELO CORDEIRO BERTOLUCCI**  
Presidente do DETRAN/RJ

Id: 2224890

**DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO DO ESTADO  
DO RIO DE JANEIRO**

**ATO DO PRESIDENTE**

**PORTARIA PRES-DETRAN/RJ Nº 5764  
DE 02 DE DEZEMBRO DE 2019**

**CONCEDE CREDENCIAMENTO PARA REGRAVAÇÃO DE CHASSI E MOTOR DE VEÍCULO.**

**O PRESIDENTE DO DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - DETRAN/RJ**, no uso de suas atribuições legais, e tendo em vista o que consta no Processo Administrativo nº E-12/065/18649/2016;

**CONSIDERANDO**

- a regra estabelecida pelo art. 114, § 2º, do Código de Trânsito Brasileiro - Lei Federal nº 9.503/1997;

- o que dispõe o art. 6º, da Resolução nº 24/1998, do Conselho Nacional de Trânsito - CONTRAN, que fixa o critério de identificação de veículos, a que se refere o art. 114 do CTB; e

- por fim, a norma do art. 10, § 1º, da Resolução nº 282/2008, do mesmo CONTRAN, que institui critérios para a regularização da numeração de motores dos veículos registrados ou a serem registrados no país;

**RESOLVE:**

**Art. 1º** - Conceder credenciamento, para promover a remarcação de chassi e motor de veículos automotores por 03 (três) anos, à INFINITY LEGALIZAÇÕES E SERVIÇOS EIRELI-ME, inscrita no CNPJ sob o nº 24.028.498/0001-69, com sede na Rua Castro Alves, nº 420, Loja A e B - Belford Roxo.

**Art. 2º** - Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 02 de dezembro de 2019

**MARCELO CORDEIRO BERTOLUCCI**  
Presidente do DETRAN/RJ

Id: 2224891

**DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO DO ESTADO  
DO RIO DE JANEIRO  
DIRETORIA GERAL DE HABILITAÇÃO**

**DESPACHOS DO DIRETOR-GERAL  
DE 28.11.2019**

**PROC. Nº SEI-16/060/003286/2019 - DETERMINO** a CASSAÇÃO da Carteira Nacional de Habilitação, nos termos do artigo 263, inciso III, da Lei nº 9.503/97 (CTB), expedida em nome de OSCAR DA COSTA ARAUJO, Registro Nacional nº 321411920; a APLICAÇÃO do disposto no art. 268, inciso IV, do CTB, devendo o condutor submeter-se ao curso de reciclagem; a SUBMISSÃO a novos exames, conforme estabelecido no art. 160, caput, do CTB com a regulamentação da Resolução CONTRAN nº 300/2008; a ENTREGA da Carteira Nacional de Habilitação pelo condutor no prazo de até 05 (cinco) dias úteis.

**PROC. Nº SEI-16/060/002812/2019 - DETERMINO** a CASSAÇÃO da Carteira Nacional de Habilitação, nos termos do artigo 263, inciso III, da Lei nº 9.503/97 (CTB), expedida em nome de MATEUS HECHT GARCIA, Registro Nacional nº 4330689272; a APLICAÇÃO do disposto no art. 268, inciso IV, do CTB, devendo o condutor submeter-se ao curso de reciclagem; a SUBMISSÃO a novos exames, conforme estabelecido no art. 160, caput, do CTB com a regulamentação da Resolução CONTRAN nº 300/2008; a ENTREGA da Carteira Nacional de Habilitação pelo condutor no prazo de até 05 (cinco) dias úteis.

Id: 2224899

**VICE-GOVERNADORIA DO ESTADO  
FUNDAÇÃO DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM**

RETIFICAÇÃO  
D.O. DE 03.12.2019  
PÁGINA 20 - 2ª COLUNA

ATOS DO PRESIDENTE  
DE 28.11.2019

Onde se lê: ... LYDUA PAULA FERREIRA DOS SANTOS,...  
Leia-se: ... LYDIA PAULA FERREIRA DOS SANTOS,...

Id: 2224767

**VICE-GOVERNADORIA DO ESTADO  
FUNDAÇÃO DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM**

**DESPACHO DO PRESIDENTE  
DE 02.12.2019**

**PROCESSO Nº E-16/002/006384/2019** - Consubstanciado no Parecer da Assessoria Planejamento de fls. 265/267 e Assessoria Técnica Jurídica às fls. 281/282, **AUTORIZO** a construção de acesso ao Hipermercado **ATACADÃO S/A**, no km 86,0 da Rodovia Estadual RJ-116 em Duas Pedras, no 1º Distrito de Nova Friburgo-RJ.

Id: 2224888

**Secretaria de Estado da  
Casa Civil e Governança**

**ATO DOS SECRETÁRIOS**

**RESOLUÇÃO CONJUNTA SECCG/SES Nº 59  
DE 03 DE DEZEMBRO DE 2019**

**ESPECIFICA AS ÁREAS DE ATUAÇÃO NAS QUAIS AS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS PODERÃO REQUERER SUA QUALIFICAÇÃO COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE, NO ÂMBITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.**

**O SECRETÁRIO DE ESTADO DA CASA CIVIL E GOVERNANÇA E O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE**, no uso de suas atribuições legais, com fundamento na Lei Estadual nº 6.043, de 19 de setembro de 2011, que dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como Organizações Sociais, no âmbito da Saúde, e no Decreto nº 43.261, de 27 de outubro de 2011, que regulamenta o referido diploma legal,

**RESOLVEM:**

**Art. 1º** - Definir as áreas de atuação específicas, nas quais as entidades sem fins lucrativos poderão requerer sua qualificação como Organizações Sociais de Saúde (OSS), no âmbito do Estado do Rio de Janeiro.

**Art. 2º** - As áreas de atuação específicas para qualificação de entidades sem fins lucrativos como Organizações Sociais de Saúde são as seguintes:

I - Atendimento Pré-Hospitalar de Urgência (OSS PRÉ-HOSPITALAR);

II - Apoio à Gestão e Qualificação do Acesso à Saúde;

III - Hospital Geral de alta complexidade (OSS HOSPITAL GERAL);

IV - Maternidade Pública (OSS MATERNIDADE);

V - Hospital Pediátrico (OSS HOSPITAL PEDIÁTRICO);

VI - Unidade de Terapia Intensiva adulto, pediátrica ou neonatal (OSS UTI);

VII - Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico - SADT; e

VIII - Apoio à Gestão de Organização de Procura de Órgãos e Tecidos (OPO).

**Parágrafo Único** - A qualificação da entidade como Organização Social de Saúde, em quaisquer das áreas de atuação, não gera direito à celebração de contrato de gestão com o Poder Público.

**Art. 3º** - As áreas de atuação requeridas para o apoio à gestão e gerenciamento dos serviços de saúde, dentre aquelas dispostas no art. 2º, serão fixadas nos Editais de Seleção, que regerão o processo de contratação das OSS, ou em documento equivalente que, eventualmente, vier a justificar a dispensa de seleção.

§ 1º - A fixação da área de atuação deverá considerar as características da unidade de saúde, seu perfil e o conjunto de serviços assistenciais a serem ofertados, ficando vedada a exigência de qualificação em mais de uma área para gestão de uma mesma unidade de saúde.

§ 2º - A qualificação de uma entidade como Organização Social de Saúde para a área de atuação em Hospital Geral de alta complexidade (OSS HOSPITAL GERAL) possibilitará também a sua contratação para atuação na área de Atendimento Pré-Hospitalar de Urgência (OSS PRÉ-HOSPITALAR);

§ 3º - A qualificação anterior de uma entidade como Organização Social de Saúde na área de atuação em Atendimento Pré-Hospitalar Fixo (OSS PRÉ-HOSPITALAR FIXO) e Atendimento Pré-Hospitalar móvel (OSS PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL) será considerada como qualificação para a nova área de atuação prevista no artigo 2º, inciso I, Atendimento Pré-Hospitalar de Urgência (OSS PRÉ-HOSPITALAR) da presente Resolução.

§ 4º - Para os pedidos anteriores à publicação desta Resolução de qualificação como Organização Social de Saúde nas áreas de atuação em Atendimento Pré-Hospitalar Fixo (OSS PRÉ-HOSPITALAR FIXO) e Atendimento Pré-Hospitalar móvel (OSS PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL), passarão a ser processados como pedido de qualificação na nova área de atuação prevista no artigo 2º, inciso I, Atendimento Pré-Hospitalar de Urgência (OSS PRÉ-HOSPITALAR).

**Art. 4º** - As entidades interessadas em se qualificar como OSS deverão integrar o Cadastro de Fornecedores do Poder Executivo do Estado do Rio de Janeiro, efetuando previamente o registro no Sistema Integrado de Gestão de Aquisições (SIGA), através do site [www.compras.rj.gov.br](http://www.compras.rj.gov.br).

**Art. 5º** - A documentação necessária para a qualificação está prevista no Anexo ao Decreto nº 43.261/2011e deverá ser entregue em 02 (dois) conjuntos de documentos, de forma eletrônica, em atendimento ao processamento eletrônico de documentos (Sistema SEI), conforme especificado a seguir:

I - **Grupo de documentos 1** - referente à habilitação jurídica, fiscal, econômico-financeira, que deverá conter a relação dos documentos especificada no Anexo ao Decreto nº 43.261/2011 e o Anexo I desta Resolução, sendo necessária a autenticação dos documentos que não forem emitidos via internet.

II - **Grupo de documentos 2** - referente à habilitação técnica, que deverá conter a relação dos documentos especificada no Anexo ao Decreto nº 43.261/2011, o Certificado de Registro Cadastral (CRC) e os requerimentos previstos nos Anexos I, II e IV desta Resolução Conjunta devidamente preenchidos e assinados pelo representante legal da entidade.

**Art. 6º** - A habilitação técnica específica para qualificação como Organização Social de Saúde, nos termos previstos pelo Anexo ao Decreto nº 43.261/2011, item 3 - Grupo de documentos 2, deverá ser comprovada através de documentos que atestem o exercício da entidade nas atividades abaixo relacionadas:

I - **Atendimento Pré-Hospitalar de Urgência (OSS PRÉ-HOSPITALAR)** - Experiência de 1 (um) ano em gestão do conjunto de serviços de urgência 24 horas, como: Pronto Atendimento 24 horas, Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24H, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, incluindo serviços assistenciais e de apoio voltados à atenção das urgências e emergências, na forma da Portaria de Consolidação MS-GM nº 3, de 28/09/2017, e demais serviços afeitos ao primeiro atendimento do paciente e pleno funcionamento em 24H ou experiência de 2 (dois) anos em gestão de unidade hospitalar com serviço de pronto atendimento, incluindo serviços assistenciais e de apoio voltados à atenção de urgências e emergências, e demais serviços afeitos ao seu pleno funcionamento.

II - **Apoio à Gestão e Qualificação do Acesso à Saúde** - Área de atuação dispensada de comprovação de requisito de experiência, sendo desejável que as entidades apresentem experiência em formação, capacitação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS, tanto de nível técnico e como superior, envolvidos na assistência e na gestão e/ou apoio à gestão e qualificação do SUS, consistente no conjunto de ações e práticas direcionadas à gestão de serviços de saúde, que não são prestados diretamente por unidades de assistência à saúde (UPAS e Hospitais).

III - **Hospital Geral de alta complexidade (OSS HOSPITAL GERAL)** - Experiência de 2 (dois) anos em gestão de hospital geral de médio ou grande porte, com serviços assistenciais e de apoio à atenção e experiência, por igual período, em serviços assistenciais de alta complexidade, que constem na Tabela do SUS.

IV - **Maternidade Pública (OSS MATERNIDADE)** - Experiência de 2 (dois) anos em gestão de maternidade, incluindo serviços assistenciais e de apoio voltados à atenção materno-infantil; assistência ambulatorial e hospitalar multiprofissional ao pré-natal, parto, puerpério e ginecologia; assistência neonatal desde o nascimento até a alta hospitalar; e realização de exames auxiliares de diagnose e terapia.

V - **Hospital Pediátrico (OSS HOSPITAL PEDIÁTRICO)** - Área de atuação dispensada de comprovação de requisito de experiência, sendo desejável que as entidades apresentem experiência em gestão de hospital com UTI pediátrico que realize cirurgia geral pediátrica e de especialidades pediátricas; gestão ambulatorial pediátrico nos regimes eletivo, de urgência e emergência, com serviços assistenciais e de apoio à atenção.

VI - **Unidade de Terapia Intensiva adulto, pediátrica ou neonatal (OSS UTI)** - Experiência de 2 (dois) anos em gestão e operacionalização de leitos de Unidades de Terapia Intensiva - UTI adulto, pediátrica e neonatal.

VII - **Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico - SADT** - Área de atuação dispensada de comprovação de requisito de experiência, sendo desejável e preferencial que as entidades apresentem experiência em gestão de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico, para oferecimento de vários tipos de exames, com objetivo de esclarecer o diagnóstico ou realizar procedimentos terapêuticos específicos para os pacientes, que deverão ser regulados pelas Centrais de Regulação.

VIII - **Apoio à Gestão de Organização de Procura de Órgãos e Tecidos (OPO)** - Área de atuação dispensada de comprovação de requisito de experiência, sendo desejável e preferencial que as entidades apresentem experiência em gestão de Organização de Procuras de Órgãos e Tecidos, para apoio à gestão das equipes assistenciais e transplantadoras, bem como para proceder ao planejamento, ao contingenciamento e à provisão dos recursos físicos e humanos, do transporte e dos demais insumos necessários à realização da cirurgia de retirada dos órgãos e dos demais enxertos nas unidades da rede de saúde do Estado.

**Art. 7º** - O requerimento de qualificação deverá ser destinado à Comissão de Qualificação e entregue, na forma eletrônica, na Secretaria de Estado de Saúde, no endereço Rua México, nº 128, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro, aos cuidados da Presidente da Comissão de Qualificação, acompanhado de toda a documentação correspondente, também em formato eletrônico.

**Art. 8º** - A SECCG terá o prazo de até 15 (quinze) dias corridos, contados do recebimento do Grupo de documentos 1, e desde que o registro no SIGA tenha sido efetivado, para conferência da documentação e, não havendo impedimentos, emissão do CRC, encaminhando cópia do certificado para a SES.

**Art. 9º** - A Comissão de Qualificação, que procederá à avaliação do requerimento de qualificação e do preenchimento dos requisitos previstos na Lei nº 6.043/2011 e no Decreto nº 43.261/2011, será constituída por 2 (dois) servidores da SES e 2 (dois) servidores da SECCG e será designada em Resolução específica.

**Art. 10** - Para fins de participação em processo seletivo, admite-se a qualificação provisória da entidade, quando deverá ser entregue, além de todos os documentos exigidos, a declaração prevista no Anexo III desta Resolução.

**Art. 11** - O procedimento para qualificação das Organizações Sociais de Saúde obedecerá ao disposto na Lei Estadual nº 6.043, de 19 de setembro de 2011 e no Decreto nº 43.261, de 27 de outubro de 2011.

**Art. 12** - Fica revogada a Resolução Conjunta SECCG/SES nº 29, de 28 de agosto de 2019.

**Art. 13** - Esta Resolução Conjunta entrará em vigor na data de sua publicação.

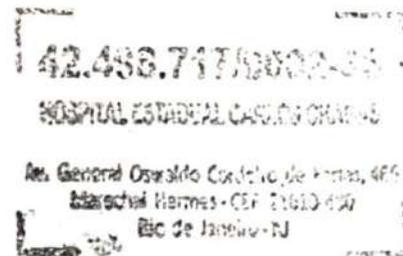
Rio de Janeiro, 03 de dezembro de 2019

**ANDRÉ MOURA**  
Secretário de Estado da Casa Civil e Governança

**EDMAR SANTOS**  
Secretário de Estado de Saúde



Governo do Estado do Rio de Janeiro  
Secretaria de Estado de Saúde  
Subsecretaria de Unidades de Saúde

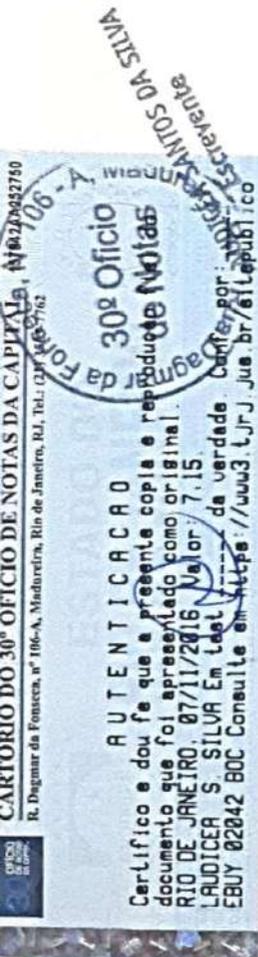


## DECLARAÇÃO

Atestamos para fins de prova de títulos que ISIS REGINA UNFER PEREIRA ALVES, Matrícula: 4.915.441-2, CPF:106.335.477-35, Enfermeira, Servidora Temporária, exerceu suas atividades profissionais na área de enfermagem nesta Unidade Hospitalar, no Setor de Urgência e Emergência, no período de 23/11/2009 até o término de seu contrato em 09/03/2014.

Seguem atribuições do Enfermeiro Plantonista:

- Realizar abertura do livro de Ordens e Ocorrências, iniciando registro de passagem de plantão com informações pertinentes ao plantão anterior e por seguinte, conforme protocolo;  
Enfatizar-se o preenchimento com nome completo da equipe de plantão e reatos precisos em caso de remanejamento de setor, ausências do setor por motivo de saúde (ou acidentes de trabalho) ou outras causas;
- Realizar a escala de tarefa. Descanso e refeição, de sua equipe;
- Ao receber a prescrição médica, realizar conferência de cada item prescrito a aprazar;
- Encaminhar as cópias de prescrições à farmácia;
- Conferir as medicações quando estas forem entregues, comunicando à farmácia qualquer alteração. Caso haja indisponibilidade de qualquer medicação, o fato deve ser comunicado imediatamente ao médico;
- Assumir pacientes graves;
- Realizar condutas de precaução, preconizados pela CCIH, bem como supervisionar os técnicos de enfermagem quanto aos mesmos cuidados;
- Solicitar enxoval, atentando para o quantitativo da quota estabelecida e necessidade de serviço. Na falta de capote descartável, requisitar o capote de tecido, para uso de paciente em precaução de contato, conforme determinação do protocolo da CCIH;



Hospital Estadual Carlos Chagas  
Av. Gen. Osvaldo Cordeiro de Farias, nº 466 – Marechal Hermes – Rio de Janeiro / RJ – Brasil – CEP: 21.610-480  
Tel.: 55 (21) 2332-1138 / 2332-1140

Página 1 de 1

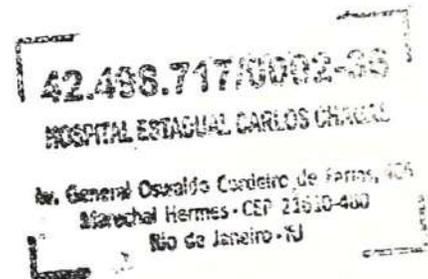
Regina Raquel Lopes de Moraes  
Chefe de RH  
ID: 3049304-8



Governo do Estado do Rio de Janeiro  
Secretaria de Estado de Saúde  
Subsecretaria de Unidades de Saúde

- Tomar ciência do funcionamento devido dos materiais e na ausência de profissionais da rotina, realizar as devidas conferências;
- Realizar a continuidade dos procedimentos de curativo datando e assinando no final;
- Seguir plano assistencial desenvolvido através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que inclui dentre outros cuidados a Histórico de Enfermagem, a Avaliação de Enfermagem e o diagnóstico de Enfermagem;
- Tomar na ausência do enfermeiro da rotina, de solicitação de conserto, para infraestrutura ou patrimônio;
- Implementar as definições de atividades de serviço estabelecidas pela rotina da gerência de enfermagem e da coordenação de enfermagem do setor;
- Realizar rotina de admissão ou alta do usuário.

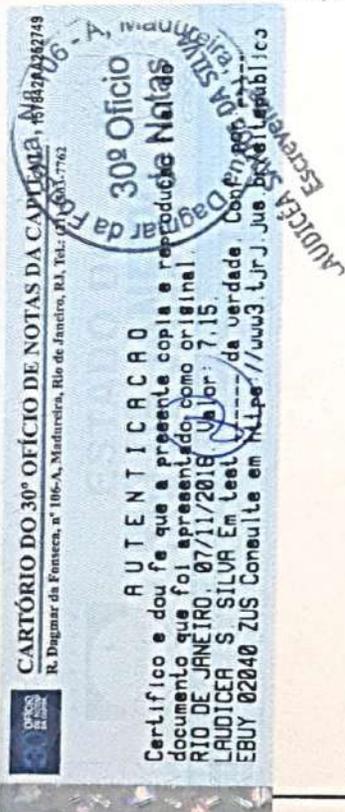
Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2016.



Atenciosamente,

  
Regina Raquel Lopes de Moraes  
Chefe de RH  
ID: 3049304-8

Regina Raquel Lopes de Moraes  
Chefe de Recursos Humanos  
Hospital Estadual Carlos Chagas  
ID 3049304-8





Governo do Estado do Rio de Janeiro  
Secretaria de Estado de Saúde  
Subsecretaria de Unidades de Saúde

## DECLARAÇÃO

Atestamos para fins de prova de títulos que ISIS REGINA UNFER PEREIRA ALVES, matrícula: 4.915.441-2, Enfermeira, servidora temporária, exerceu suas atividades profissionais nesta Unidade Hospitalar, no setor de Emergência, no período de 23/11/2009 até o término de seu contrato em 09/03/2014.

Rio de Janeiro, 03 de Novembro de 2016.

Atenciosamente,

  
Alessandra S. de Britto  
Ag. Adm. De Saúde  
ID: 3047478-7



## PHF XERÉM

Rua Nóbrega Ribeiro s/n Xerém Duque de Caxias - RJ.



Duque de Caxias, 06 de outubro de 2010.

### DECLARAÇÃO

Declaro para fins comprobatórios que, a colaboradora *Isis Regina Unfer Pereira*, faz parte do nosso quadro de funcionário, na condição de Enfermeira. Tendo como início da prestação de serviço para esta empresa, o dia *31 de julho de 2009*.

Atenciosamente;



Alan Cordeiro da Costa  
Gerente de Enfermagem  
UPH - Xerém  
COREN-RJ 033.771

Alan Cordeiro da Costa  
Gerente de Enfermagem

PROJETO: CAXIAS SAUDAVÉL!

Uma parceria entre A. MARCA, Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias e SALUTE SOCIALE  
Rua Passo da Pátria 120 salas 202/203/204/604 Cep: 25071-220 Tel: 2671-9736  
Bairro: Jardim Vinte Cinco - Duque de Caxias.







# Universidade Gama Filho

O Reitor da Universidade Gama Filho, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Enfermagem, em 29 de janeiro de 2008, confere o título de Enfermeiro a Sis Regina Unifer Pereira, cédula de identidade n° 39.178 EBMEG9, de nacionalidade Brasileira, natural do Estado de São Paulo, nascido (a) em 12 de julho de 1984, e outorga-lhe o presente diploma a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Rio de Janeiro, RJ, 09 de julho de 2009.

  
Pro-Rector

Sis Regina Unifer Pereira  
Diplomado

  
Reitor

**UNIVERSIDADE GAMA FILHO**

reconhecida pelo Decreto Federal nº 70.330, de 24 de março de 1972. D.O.U de 27 de março de 1972.

**Curso de Enfermagem e Obstetricia**

Reconhecido pela Portaria nº 201, de 23/02/1981, publicado no D.O.U de 25/02/1981.

**Prof. Gilberto Chaves**  
**Pró - Rector de Saúde**

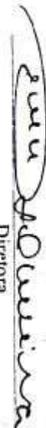
**Maria José Wehling**  
**Reitora**



**Universidade Gama Filho**  
**DIVISÃO DE ASSUNTOS ESTUDANTIS**

Registro de Diplomas nos termos do Art. 48 § 1º, da Lei nº 9.394 de 20/12/96.  
Diploma Registrado sob o nº 39.715 localização 23 / 244.3  
no Sistema Informatizado de Registro de Diplomas em 09 / 07 / 2009  
processo nº Daé 136147/2008.

Rio de Janeiro, RJ, 09 / 07 / 2009

  
Diretora

**Profª Denise Santos de Oliveira**  
**Diretora de Assuntos Estudantis**  
**UGF**



Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

# CERTIFICADO

## CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU



Certificamos que **ISIS REGINA UNEER PEREIRA**

Nacionalidade **Brasileira** Naturalidade **São Paulo** Nascido (a) **12.07.1984** Identidade nº **39.178 CBMERJ**  
concluiu com assiduidade e aproveitamento o **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM**

**ENFERMAGEM NOS MOLDES DE RESIDÊNCIA: CLÍNICA E CIRÚRGICA GERAL.**

no período de **04.02.2008 a 26.02.2010** com carga horária de **5.580** horas, pelo que lhe é conferido este Certificado, de acordo com a Resolução nº 01, de 08.06.07 do Conselho Nacional de Educação.

Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2014.

Prof. Dr. Paulo Cavalcante de Oliveira Junior  
Diretor de Pós-Graduação

Isis Regina UNEER PEREIRA  
Pós-Graduado(a)

Prof. Dr. Ricardo Silva Cardoso  
Pró-Reitor de Pós-Graduação e Pesquisa

PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO  
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO E REGISTRO UNIVERSITÁRIO

REGISTRADO SOB O Nº 18842

LIVRO Nº 019 FOLHAS \_\_\_\_\_

Em, 31 de junho de 2014.

*Alba Funes K. de Jesus*  
Chefe do Serv. Doc. e Reg. Universitário



# UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO

Centro de Ciências Biológica e da Saúde – CCBS

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – EEAP

Curso de Pós-Graduação em Nível de Especialização, Sob a Forma de Treinamento em Serviço para Enfermeiros, nos Moldes de Residência.

## HISTÓRICO ESCOLAR (Pós-Graduação *lato sensu*)

NOME DO (A) ALUNO (A): **ISIS REGINA UNFER PEREIRA**

PERÍODO: INÍCIO - 04/FEVEREIRO/2008 — TÉRMINO - 26/FEVEREIRO/2010  
TOTAL DE HORAS: 5.580 h - 124 CRÉDITOS

Nº DOS CONVÊNIOS: 002/07 = MS-ERERJ/UNIRIO/EEAP; 04/09 = MS-ERERJ/UNIRIO/SES-RJ; 048/06 = MS-ERERJ/UNIRIO/SMS-RJ/  
85/04 = MARINHA DO BRASIL/HNMD e 01/2000 COMANDO DA AERONÁUTICA/DIRSA/RJ

DISCIPLINA E DOCENTE COM RESPECTIVA TITULAÇÃO	CONCEITO OU GRAU	CARGA HORÁRIA	CRÉDITOS
<u>POLÍTICA DE SAÚDE - ENF3001</u> Gicélia Lombardo Pereira - M	8,6	45	01
<u>PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO DE SAÚDE - ENF 3002</u> Beatriz Gerbassi Costa Aguiar - D	8,6	45	01
<u>RELAÇÕES INTERPESSOAIS - ENF3004</u> Sonia Regina de Souza - D Rosane Mello - D	9,0	45	01
<u>METODOLOGIA DA ASSISTÊNCIA - ENF3005</u> Ana Cristina Silva Pinto - M	9,0	90	02
<u>DIDÁTICA - DID3001</u> Beatriz Gerbassi Costa Aguiar - D	8,3	90	02
<u>METODOLOGIA DA PESQUISA - MP3001</u> Ângela La Cava - D Beatriz Gerbassi Costa Aguiar - D	8,8	90	02
<u>EPIDEMIOLOGIA - ENF3003</u> Gicélia Lombardo Pereira - M	9,4	45	01
<u>ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM - ENF3006</u> Beatriz Gerbassi Costa Aguiar - D Gicélia Lombardo Pereira - M	8,2	90	02
<u>SEMINÁRIO DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA - ENF3007</u> Beatriz Gerbassi Costa Aguiar - D Ângela La Cava - D	9,5	90	02
<u>TÓPICOS AVANÇADOS EM ENFERMAGEM - ENF3008</u> Denise de Assis Correa Sória - D Gicélia Lombardo Pereira - M	9,0	180	04
<u>ATIVIDADES DE PESQUISA</u>	9,3	540	12
<u>ATIVIDADES DE EXTENSÃO</u>	9,0	315	07
<u>ATIVIDADES ASSISTENCIAIS</u>	9,4	3.915	87

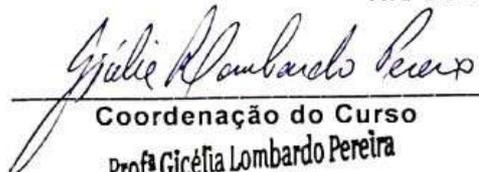
**MONOGRAFIA: 10 — CONCEITO: E**

**Título da monografia:** "A angústia espiritual no paciente oncológico: Utilização do diagnóstico de enfermagem como norteador do cuidado a esta clientela".

**OBSERVAÇÃO:** O Curso cumpriu todas as disposições da Resolução CES nº 01, de 08/06/2007.

**AVALIAÇÃO:** Conceitos: E = Excelente (9,0 a 10,0); MB = Muito Bom (8,0 a 8,9); B = Bom (7,0 a 7,9); I = Insuficiente (0,0 a 6,9), em trabalhos, provas e/ou monografia final.

Rio de Janeiro, 29 de novembro de 2013.

  
Coordenação do Curso  
Profª Gicélia Lombardo Pereira  
Coordenadora  
Residência em Enfermagem UNIRIO  
Mat. 0398756



Número do registro da IES: C-202508

O Instituto de Desenvolvimento Educacional da Fundação Getúlio Vargas confere a

**ISIS REGINA UNFER PEREIRA ALVES**

Natural de Rio de Janeiro - RJ, nascido(a) em 12 de julho de 1984, cart. de identidade no 39178 - CBMERJ

O Certificado do Curso

**ANALISTA DE ACREDTAÇÃO EM SAÚDE**

Nível Capacitação, com 120 horas-aula, oferecido pelo Programa FGV Management, concluído em 31 de maio de 2014.

Rio de Janeiro, 16 de outubro de 2014.

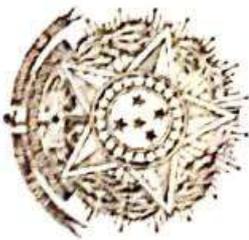
Paulo Mattos de Lemos  
Diretor Executivo

Núcleos RJ, SP e DF da Rede FGV Management





  
Selma da Silva Pereira  
Secretaria Acadêmica



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO  
CERTIDÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

VALIDADE: DE 20/04/2013 A 20/04/2014

COREN-RJ expede, em 3 (três) vias, sem rasuras, o presente documento que reproduz resumidamente o Ato de anotação, no livro específico, da designação / contratação de Enfermeiro(a) para a Direção / Chefia de Serviço / Unidade de enfermagem / Departamentos similares de estabelecimento prestador de assistência de saúde mantido / conveniado por instituição ou empresa, pública ou privada, ou a ela pertencente, e a responsabilidade técnica pelas respectivas atividades de enfermagem.

ANOTAÇÃO: nº 137/2013

CHEFIA GERAL

- Data: 20/04/2013

- Fis: 35 / LIVRO 25

INSTITUIÇÃO / EMPRESA OU UNIDADE: **HOSPITAL MUNICIPAL EVANDRO FREIRE**

DENOMINAÇÃO DO ESTABELECIMENTO: **CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS "DR. JOÃO AMORIM"**

- Endereço: **ESTRADA DO GALEÃO, 2920 - I DO GOVERNADOR - RIO DE JANEIRO**

NOME DO(A) ENFERMEIRO(A): **Dra. Isis Regina Unfer Pereira Alves**

- Nº de inscrição: **COREN-RJ 204194**

- Carga horária: **40 horas semanais - segunda à sexta, de 08:00 às 17:00**

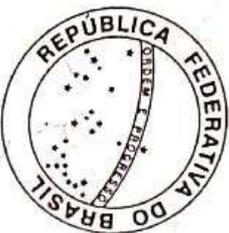
Rio de Janeiro, ...20..... de .....abril..... de ...2013

Presidente do COREN-RJ

Obs.: 1) Este documento será obrigatoriamente afixado no estabelecimento de saúde, em local visível ao público;

2) O presente documento tem valor exclusivamente no período de validade supra indicado e corresponde a ANOTAÇÃO cujo requerimento será renovado anualmente, até o dia 31 de março, ou sempre que houver mudança do Chefe do Serviço ou da Unidade a que se refere;

3) Esta Certidão também perderá o valor sempre que for renovada a ANOTAÇÃO.



# Universidade Anhanguera de São Paulo - UNIAN

Anhanguera

A Diretora da Universidade Anhanguera de São Paulo-UNIAN, mantida pela Anhanguera Educacional, no uso de suas atribuições, e tendo em vista a aprovação do curso de *Pós Graduação Stricto Sensu em Biotecnologia e Inovação em Saúde*, regulamentado pela Portaria Normativa nº 0589, de 19 de junho de 2009 e renovado o Reconhecimento pela Portaria nº 0656 de 27 de julho de 2017, e homologado pelo Parecer CNE/CES 288/2015, confere a portadora o grau de

## MESTRA em BIOTECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE a ISIS REGINA UNFER PEREIRA

natural de São Paulo- SP, de nacionalidade brasileira, nascida em 12 de julho de 1984, portadora da identidade 29.465.346-4 DETRAN/RJ, outorga-lhe o presente diploma para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Paulo, 05 de julho 2018

ISIS Regina Unfer Pereira.

Christiane M V Barros De Rensis

Diretora (a)

Diplomado (a)

**UNIVERSIDADE ANHANGUERA DE SÃO PAULO - UNIAN**  
**CREDENCIADA PELA PORTARIA Nº 48 DE 14/01/1994 E PUBLICADO PELO DOU EM 17/01/1994**

**CURSO: MESTRADO em BIOTECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE**

**Curso Renovado o Reconhecimento pela Portaria nº 0656 de 27 de julho de 2017, homologado pelo**

**Primer CNE/CES 285/2015.**

**CONCLUSÃO DO CURSO: 26/04/2018.**

**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO STRICTO SENSU**

Diploma registrado Sob o nº 108 no livro 03 na Folha 05.

Este Diploma foi expedido de acordo com o disposto n°1/2007 do Conselho Nacional de Educação

São Paulo, 05 de julho de 2018

  
Elaine de Melo Quesada  
Secretaria Acadêmico (a)

**HISTÓRICO ESCOLAR STRICTO SENSU**

 Nome: **ISIS REGINA UNFER PEREIRA** RG: **29.465.346-4** DETRAN/RJ Matrícula: **201527000** CPF: **106.335.477-35**

 Data de Nascimento: **12/07/1984** Naturalidade: **São Paulo** UF: **SP** Pai: **José Joaquim Pereira Filho** Mãe: **Regina Helena Unfer Pereira**
**DADOS DO CURSO**

 Curso: **MESTRADO EM BIOTECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE** Área de Conhecimento: **Saúde**

 Atos Normativos: **Reconhecimento pela PORTARIA Nº 0051 de 27/01/2014, com Renovação do Reconhecimento pela PORTARIA**
**Nº 0656 de 27 de julho de 2017, homologado pelo Parecer CNE/CES 288/2015.**

 Código do Curso no CAPES: **33107017008M0**

 Nota do Curso: **3** Forma de Ingresso: **Seleção de PÓS-GRADUAÇÃO** Mês/Ano Inicial: **Março/2015** Mês/Ano Saída: **Abril/2018**
**Disciplinas/Atividades Cursadas/Cursando**

Corpo Docente	Titulação	Disciplina	Nº de Horas	Frequencia	Crédito	Conceito
José Agustín Pablo Quincoces Suárez	Doutorado	Metodologia de Pesquisa	90	100%	6	B
Suzana Nogueira Diniz	Doutorado	Biologia Celular e Molecular	120	100%	8	A
Simone dos Santos Grecco	Doutorado	Bioestatística	90	100%	6	B
Regina Mara Silva Pereira	Doutorado	Desenvolvimento de produtos biotecnológicos	90	100%	6	B
Júlia Alejandra Pezuk	Doutorado	Metódos Analíticos aplicados a Biotecnologia	90	100%	6	B
Waleska Kerllen Martins Gardesani	Doutorado	Nanotecnologia	90	100%	6	B
Regina Mara Silva Pereira	Doutorado	Seminários Avançados em Biotecnologia	120	100%	8	A
José Agustín Pablo Quincoces Suárez	Doutorado	Modelos de avaliação biológicas	45	100%	3	B
Júlia Alejandra Pezuk	Doutorado	Engenharia tecidual e Biocompatibilidade	90	100%	6	A
Simone dos Santos Grecco	Doutorado	Fundamentos da Pesquisa clínica	90	100%	6	A
Regina Mara Silva Pereira	Doutorado	Pesquisa clínica aplicada.	90	100%	6	B
José Agustín Pablo Quincoces Suárez	Doutorado	Avaliação pré-clínica de produtos biotecnológicos	45	100%	3	A
Waleska Kerllen Martins Gardesani	Doutorado	Tópicos especiais em Biotecnologia	90	100%	6	B
Simone dos Santos Grecco	Doutorado	Gestão e Empreendedorismo	45	100%	3	A
Regina Mara Silva Pereira	Doutorado	Bioética e Biosegurança	90	100%	6	B
Júlia Alejandra Pezuk	Doutorado	Políticas Públicas em Saúde	90	100%	6	B
<b>Dissertação: A Importância da Detecção Precoce das Cardiopatias Congênicas na Paraíba.</b>						
Orientador: Prof. Dra Waleska Martins Gardesani.						

OBSERVAÇÃO: Este Histórico foi expedido de acordo com o disposto na Resolução nº 1/2007 do Conselho Nacional de Educação. O critério adotado para avaliação do aproveitamento foi o de provas definidas pelo Plano de Estudos de cada disciplina e as conclusões sobre o rendimento do aluno foram expressas obedecendo ao Regimento Geral da UNIVERSIDADE ANHANGUERA DE SÃO PAULO-UNIAN, utilizando os seguintes conceitos: A - Ótimo; B - Bom; C - Regular; D - Insatisfatório; FF - Falta Frequência.

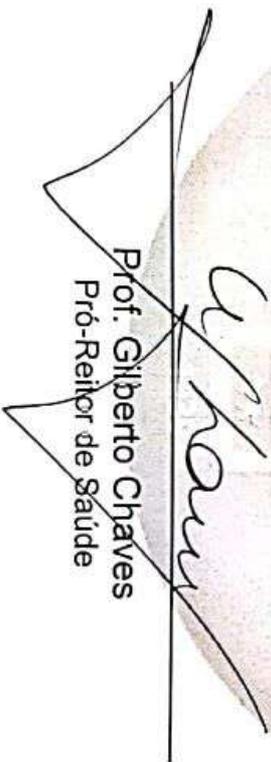
  
 Dra. Alejandra Hortencia Miranda Gonzalez  
 Coordenadora do Curso  
 UNIVERSIDADE ANHANGUERA DE SÃO PAULO - UNIAN  
 Alejandra Hortencia Miranda Gonzalez  
 Coordenadora do Curso

# CERTIFICADO

**PIM**  
Programa  
Institucional  
de Monitoria  
.....

**ISIS REGINA UNFER PEREIRA**, aprovado(a) em processo seletivo, participou com aproveitamento do Programa Institucional de Monitoria da Universidade Gama Filho, na qualidade de *Monitor(a)* da disciplina **ENF369 – SEMIOLOGIA E SEMIOTÉCNICA**, no *primeiro* semestre de **2006**.

Rio de Janeiro, 29 de agosto de 2006.



Prof. Gilberto Chaves  
Pró-Reitor de Saúde

O Programa Institucional de Monitoria da Universidade Gama Filho (Resolução Nº 588, de 13 de fevereiro de 2006, do Conselho de Ensino e Pesquisa), tem por objetivos:

- Estimular o desenvolvimento da vocação para o magistério nos alunos que apresentem excelência em seu rendimento escolar;
- Propiciar condições institucionais para o atendimento à melhoria do processo de ensino-aprendizagem;
- Despertar vocações para o magistério e, para o exercício de atividades auxiliares de ensino;
- Proporcionar a aprendizagem de técnicas e métodos de ensino, assim como, estimular o desenvolvimento do pensamento científico e da criatividade;
- Estimular professores a engajarem, no processo acadêmico, alunos de destacado desempenho;
- Melhorar a qualidade do ensino e da aprendizagem.

As atribuições desempenhadas pelos monitores do Programa Institucional de Monitoria são:

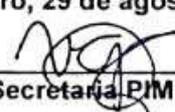
- Auxiliar docentes na realização de trabalhos práticos e experimentais, na preparação de aulas, de atividades de laboratório e de preparação de materiais didáticos e de apoio, bem como na fiscalização e no acompanhamento da provas e trabalhos escolares;
- Organizar e orientar grupos de estudos formados por alunos matriculados na disciplina, visando o melhor aproveitamento dos conteúdos programáticos já ministrados;
- Elaborar relatório bimensal, com vistas à avaliação pelo professor orientador.

**Importante** - É vedado ao aluno participante do Programa Institucional de Monitoria ministrar aulas teóricas, bem como executar tarefas de aulas práticas, sem a presença do professor da disciplina.

**Universidade Gama Filho  
Programa Institucional de Monitoria**

Registro nº 629 Fls 14 Livro 01

Rio de Janeiro, 29 de agosto de 2006.

  
Secretaria PIM

# CERTIFICADO

**PIM**  
Programa  
Institucional  
de Monitoria  
.....

**ISIS REGINA UNFER PEREIRA**, aprovado(a) em processo seletivo, participou com aproveitamento do Programa Institucional de Monitoria da Universidade Gama Filho, na qualidade de **Monitor(a)** da disciplina **ENF369 - SEMIOLOGIA E SEMIOTÉCNICA**, no **segundo** semestre de **2006**.

Rio de Janeiro, 15 de março de 2007.



Prof. Gilberto Chaves  
Pró-Reitor de Saúde

O Programa Institucional de Monitoria da Universidade Gama Filho (Resolução Nº 588, de 13 de fevereiro de 2006, do Conselho de Ensino e Pesquisa), tem por objetivos:

- Estimular o desenvolvimento da vocação para o magistério nos alunos que apresentem excelência em seu rendimento escolar;
- Propiciar condições institucionais para o atendimento à melhoria do processo de ensino-aprendizagem;
- Despertar vocações para o magistério e, para o exercício de atividades auxiliares de ensino;
- Proporcionar a aprendizagem de técnicas e métodos de ensino, assim como, estimular o desenvolvimento do pensamento científico e da criatividade;
- Estimular professores a engajarem, no processo acadêmico, alunos de destacado desempenho;
- Melhorar a qualidade do ensino e da aprendizagem.

As atribuições desempenhadas pelos monitores do Programa Institucional de Monitoria são:

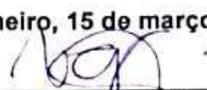
- Auxiliar docentes na realização de trabalhos práticos e experimentais, na preparação de aulas, de atividades de laboratório e de preparação de materiais didáticos e de apoio, bem como na fiscalização e no acompanhamento da provas e trabalhos escolares;
- Organizar e orientar grupos de estudos formados por alunos matriculados na disciplina, visando o melhor aproveitamento dos conteúdos programáticos já ministrados;
- Elaborar relatório bimestral, com vistas à avaliação pelo professor orientador.

**Importante** - É vedado ao aluno participante do Programa Institucional de Monitoria ministrar aulas teóricas, bem como executar tarefas de aulas práticas, sem a presença do professor da disciplina.

**Universidade Gama Filho**  
**Programa Institucional de Monitoria**

Registro nº 720 Fls 17 Livro 01

Rio de Janeiro, 15 de março de 2007.

  
\_\_\_\_\_  
Secretaria PIM



República Federativa do Brasil

FACULDADE CENTRO DE ESTUDOS AVANÇADOS E TECNOLOGIA – FACEAT

Credenciada pela Portaria MEC nº 276, de 17 de agosto de 2016, D.O.U. de 18/08/2016



# CERTIFICADO

A Diretora Geral da Faculdade CEAT – FACEAT, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do curso de Pós-Graduação, nível Lato Sensu denominado **MBA GESTÃO DE SAÚDE E CONTROLE DE INFECÇÃO** realizado no período de 08 de Março de 2019 a 15 de Agosto de 2020, confere o título de Pós Graduação à

*Isis Regina Unfer Pereira*

**Brasileiro (a), natural de São Paulo/SP, Nascido (a) em 12/07/1984, RG: 29.465.346-4**

e outorga-lhe o presente certificado, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais, sob o nº 9.394/96, e as disposições legais da Resolução CES/CNE, nº 01/18 do Conselho Nacional de Educação.

São Paulo, 11 de setembro de 2020.

*P. P. Lisboa*  
Prof.ª Dr.ª Teresinha Covas Lisboa  
Diretora Geral

Isis Regina Unfer Pereira  
Concluinte

*Antonio Tadeu Fernandes*  
Antonio Tadeu Fernandes  
Professor(a) Coordenador(a)

A Faculdade Centro de Estudos Avançados e Tecnologia - FACEAT  
Credenciada pela Portaria MEC n.º 916, de 17 de agosto de 2016, DOU de 18/08/2016  
Certificado registrado sob o N.º 415 Livro: 004 Folha: 024, nos termos da Resolução CES/CNE n.º 1,  
de 6 de abril de 2018, do Conselho Nacional de Educação.



São Paulo, 01 de Setembro de 2010

  
**Aldeny Monteiro F. de Medeiros**  
Secretária de Pós Graduação

Nível:	Pós-Graduação	Modalidade:	Lato Sensu	Período:	08/03/2019 A 15/08/2020
Curso:	MBA Gestão de Saúde e Controle de Infecção				
Aluno(a):	ISIS REGINA UNFER PEREIRA			Nascimento:	12/07/1984
Natural do Estado:	São Paulo - SP			Nacionalidade:	Brasileira
Identidade:	CPF:	UF:			
29.465.346-4	106.335.477-35	RJ			

DISCIPLINA	C.H.	CONCEITO	FREQUÊNCIA
1 GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E O CONTROLE DE INFECÇÃO Prof. Mestre - Waldemar Federighi	60	9,0	83%
2 AS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS, RECURSOS HUMANOS E A PRÁTICA DO CONTROLE DE INFECÇÃO Prof. Mestre - Antonio Tadeu Fernandes	60	9,0	75%
3 INTRODUÇÃO AO CONTROLE DE INFECÇÃO E EPIDEMIOLOGIA DAS INFECÇÕES HOSPITALARES Prof. Mestre - Antonio Tadeu Fernandes	60	9,5	100%
4 ANTIBIÓTICOS, ESTERILIZAÇÃO, DESINFECÇÃO E ANTISEPSIA E MICROBIOLOGIA APLICADAS AO CONTROLE DE INFECÇÃO Prof. Doutora - Karoline U. Giarling	60	10,0	75%
5 DIAGNÓSTICO E PROFILAXIA DAS INFECÇÕES HOSPITALARES E MEDIDAS DE PREVENÇÕES E ISOLAMENTO Prof. Doutora - Aida Yasuko Kawagoe	60	9,5	100%
6 SEGURANÇA DO PACIENTE, GESTÃO AMBIENTAL, DE RISCO E DAS ÁREAS DE APOIO Prof. Doutora - Cristiane Schmitt	60	9,5	100%
7 MONOGRAFIA		9,5	

CARGA HORÁRIA TOTAL: 360

Título da Monografia:  
O SUS E A GESTÃO POR ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO.

Declaramos que o curso atendeu as disposições gerais da Resolução CES/ CNE, nº 1, de 6 de abril de 2018, do Conselho Nacional de Educação.

Faculdade FACEAT, 21 de setembro de 2020

  
Aldery Montain de Medeiros  
Secretaria de Pós-Graduação



This is to certify that

*DR. JOÃO PAULO SALGADO JUNIOR*

attended the

**AO Course  
Advances in Operative Fracture Management**

from

**May 31 – June 03, 2007  
Luso, Portugal**

The Organizer:



Prof. Jorge Mineiro, MD  
Course Chairman



Christian van der Werken, MD, PhD  
President AO Foundation



Piet de Boer, MA, FRCS  
Director AO Education

**AO Liability Statement**

The certificate provided confirms the participants' completion of the course but and does not in any way attest to or warrant the proficiency of the participants' clinical expertise. Any liability of AO and its members and staff related thereto is disclaimed.

CERTIFICATE





## João Paulo Duarte Salgado Junior

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/7315292704373322>

ID Lattes: **7315292704373322**

Última atualização do currículo em 08/02/2021

Médico e Gestor em Saúde há 12 anos, com vasta atuação no Nível Terciário da Saúde Pública e Assistência Hospitalar. Atuou como Diretor Geral e Médico das maiores portas de Urgência e Emergência do Estado e Município do Rio de Janeiro. Especialista em Gestão Estratégica na Saúde pela FGV (Fundação Getúlio Vargas). Pós Graduado em Ortopedia e Traumatologia nos moldes de residência no Hospital Municipal Miguel Couto, com qualificação R4 em trauma, Pós-Graduado em Medicina do Trabalho pela Universidade UNIRIO, Administração Hospitalar pela Universidade São Camilo. Avançada experiência com coordenação de serviços médicos, gestão de pessoas, gerenciamento e implantação de projetos estratégicos da saúde, desenvolvimento de lideranças, gestão da qualidade com foco na segurança do paciente, consultoria em serviços médico hospitalar, gestão hospitalar e na construção das redes pública de atenção à saúde. Foi Diretor Geral do Hospital Estadual Carlos Chagas, Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, Hospital Estadual Pedro II e atual Diretor Geral do Hospital Municipal Albert Schweitzer. **(Texto informado pelo autor)**

### Identificação

<b>Nome</b>	João Paulo Duarte Salgado Junior 
<b>Nome em citações bibliográficas</b>	SALGADO JUNIOR, J. P. D.
<b>Lattes iD</b>	 <a href="http://lattes.cnpq.br/7315292704373322">http://lattes.cnpq.br/7315292704373322</a>

### Endereço

### Formação acadêmica/titulação

<b>2008 - 2008</b>	Especialização em Administração Hospitalar. (Carga Horária: 164h). Fundação Getúlio Vargas, FGV, Brasil. Título: Gestão em Saúde.
<b>2000 - 2002</b>	Especialização em Especialização em Medicina do Trabalho. (Carga Horária: 945h). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO, Brasil. Título: Saúde do Trabalhador em ambiente hospitalar.
<b>1994 - 2000</b>	Graduação em Medicina. Universidade Iguazu, UNIG, Brasil. Orientador: João Paulo Duarte Salgado.

### Formação Complementar

<b>2007 - 2007</b>	Advances in Operative Fracture Management. (Carga horária: 164h). Association of Education in Journalism and Mass Co, AEJMC, Estados Unidos.
--------------------	---

### Atuação Profissional

#### Hospital Municipal Albert Schweitzer, HMAS, Brasil.

#### Vínculo institucional

**2016 - Atual**

#### Outras informações

Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Diretor Geral, Carga horária: 30  
Responsável pelo Complexo Municipal Hospitalar (Hospital Municipal Albert Schweitzer e CER Realengo), CER contendo 48 leitos de observação e Hospital com 396 leitos, sendo: 70 leitos de UTI adulto, 9 leitos de UTI pediátrico, 11 leitos de UTI neonatal, 12 leitos de UCINCO (Unidade de Cuidado Intermediário Comum), 56 leitos de alojamento conjunto,

44 leitos cirúrgicos, 120 leitos de clínica médica, 54 leitos de ortopedia e 26 leitos pediatria. Gerindo o corpo médico com total de 367 profissionais das seguintes especialidades: Clínica médica, Pediatria, Ortopedia, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Cirurgia Pediátrica, Obstetrícia e Terapia Intensiva Adulto, Pediátrica e Neonatal.

### Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, HEAPN, Brasil.

#### Vínculo institucional

2012 - 2013

#### Outras informações

Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Diretor Geral, Carga horária: 30  
Responsável pelo Hospital Estadual, contendo 240 leitos, sendo: leitos clínicos e cirúrgico adulto, pediátrico; Unidade de Terapia Intensiva, obstétrico e neonatal. Promover a organização das redes de cuidados assistenciais, regionalizada e hierarquizadas, desde a atenção básica até as unidades hospitalares, ou de maior complexidade e da área de reabilitação; adotar estratégias promocionais para combater as causas de urgência clínicas, cirúrgicas, obstétricas, psiquiátricas e as relativas a acidentes e violências; integrar o complexo de regulação da assistência do Sistema Único de Saúde, com todas as centrais de regulação integradas; propiciar a qualificação e educação continuada das equipes de saúde na área de urgência e emergência de todos os âmbitos da atenção, nos pólos de educação permanente em saúde; estabelecer estratégias de atenção orientadas segundo os princípios da Política Municipal e Nacional de Humanização. .

### Hospital Estadual Carlos Chagas, HECC, Brasil.

#### Vínculo institucional

2011 - 2012

#### Outras informações

Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Diretor Geral, Carga horária: 30  
Responsável em gerir a Unidade Hospitalar, contendo 140 leitos, sendo: leitos clínicos e cirúrgico adulto, pediátrico; Unidade de Terapia Intensiva, cardiologia e ginecologia. Buscar e realizar sempre que houver delegação para tal, acordos, convênios, contratos e outros instrumentos de interesse do Hospital;- Verificar, sistematicamente, a situação econômica, financeira e operacional do Hospital juntamente com a Gerência financeira e outras instâncias envolvidas;- Exercer o poder disciplinar de acordo com o que preceitua o Regulamento do Pessoal docente e do Pessoal Técnico Administrativo;- Atuar junto às Diretorias setoriais no sentido de assegurar o alcance dos objetivos comuns e o desenvolvimento harmônico e eficiente dos programas docente-assistenciais; Cumprir e fazer cumprir normas e diretrizes da Administração Superior e do Regimento interno; Nomear comissões necessárias para o bom desempenho do Hospital.

### Hospital Estadual Pedro II, HEPII, Brasil.

#### Vínculo institucional

2008 - 2011

#### Outras informações

Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Diretor Geral, Carga horária: 30  
Gerir a unidade hospitalar, de acordo com o que preceitua o Regulamento do Pessoal docente e do Pessoal Técnico Administrativo; Atuar junto às Diretorias setoriais no sentido de assegurar o alcance dos objetivos comuns e o desenvolvimento harmônico e eficiente dos programas docente-assistenciais; Cumprir e fazer cumprir normas e diretrizes da Administração Superior e do Regimento interno; Nomear comissões necessárias para o bom desempenho do Hospital.

#### Vínculo institucional

2007 - 2008

#### Outras informações

Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Coordenador da Emergência, Carga horária: 30  
Promover a organização das redes de cuidados assistenciais, Regionalizada e hierarquizadas, desde a atenção básica até as Unidades hospitalares, ou de maior complexidade e da área de reabilitação; adotar estratégias promocionais para combater as causas de urgência clínicas, cirúrgicas e as relativas a acidentes e violências; integrar o complexo de regulação da assistência do Sistema Único de Saúde, com todas as centrais de regulação integradas; propiciar a qualificação e educação continuada das equipes de saúde na área de urgência e emergência de todos os âmbito da atenção, nos pólos de educação permanente em saúde; estabelecer estratégias de atenção orientadas segundo os princípios da Política Municipal e Nacional de Humanização.

## Idiomas

### Inglês

Compreende Razoavelmente, Fala Razoavelmente, Lê Razoavelmente, Escreve Pouco.

## Produções

## Outras informações relevantes

---

Member of AOTrauma Latin America, and is entitled to AOTrauma membership benefits.



# Universidade Iguazu

# UNIG

Reconhecida pela Portaria Ministerial n.º 1.318, de 16-09-93  
(D.O.U. de 20-09-93)

☉ Reitor da Universidade Iguazu,  
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Medicina,  
em 30 de junho de 2000, confere o título de

Médico a

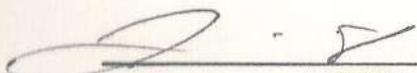
## João Paulo Duarte Salgado Junior

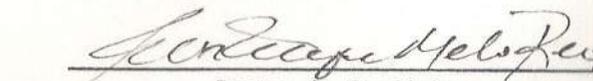
brasileiro, natural do Estado do Rio de Janeiro, nascido a 28 de maio de 1969,  
Cédula de Identidade n.º 08387925-4, expedida pelo Instituto Félix Pacheco - RJ,

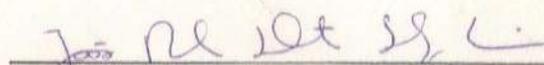


e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Nova Iguaçu, 21 de julho de 2000

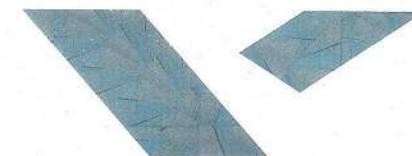
  
Reitor

  
Diretor da Faculdade

  
Diplomado







FUNDAÇÃO  
GETULIO VARGAS

O Diretor Executivo do FGV in company da Fundação Getúlio Vargas confere a

**JOÃO PAULO DUARTE SALGADO JUNIOR**

Certificado, do Curso

**ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR**

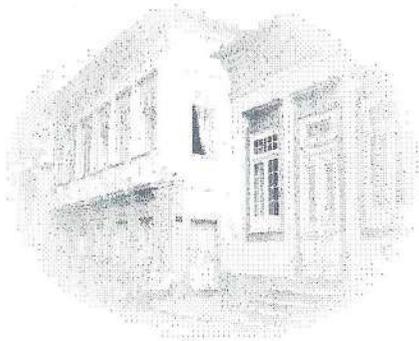
Nível Extensão, com 164 horas-aula, no período cursado de 16 de junho de 2008 a 02 de dezembro de 2008.

Rio de Janeiro, 8 de março de 2012.

  
Antonio Carlos Pôrto Gonçalves

Diretor Executivo do FGV in company / FGV





MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE DO RIO DE JANEIRO



**CERTIFICADO**

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU* EM MEDICINA

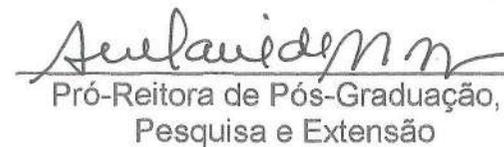
Certificamos que *JOÃO PAULO DUARTE SALGADO JUNIOR*

concluiu com assiduidade e aproveitamento o Curso de *ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO*  
no período de **15.08.00 a 09.07.01** com carga horária de **945** horas, pelo que lhe é conferido este  
Certificado, de acordo com a Resolução nº 01, de 03.04.2001 da Câmara de Educação Superior.

Rio de Janeiro, 14 de maio de 2002.

  
Diretora do  
Departamento de Pós-Graduação

  
Aluno

  
Pró-Reitora de Pós-Graduação,  
Pesquisa e Extensão



This document certifies that

**João Paulo Duarte Salgado Junior**

is recognized member of AOTrauma Latin America,  
and is entitled to AOTrauma membership benefits.

Member No. 14449

A handwritten signature in black ink, appearing to read "N. Renner".

Nikolaus Renner  
Chairperson, AOTrauma International

A handwritten signature in black ink, appearing to read "K. Dressing".

Klaus Dressing  
Chairperson, AOTrauma Community Development Commission

The word "MEMBER" in large, bold, white, sans-serif capital letters, set against a dark grey background with white diagonal lines that create a sense of motion or depth.

## COMPONENTES DA PROPOSTA

A seguir, o IIFHES - INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE, apresentará sua Proposta Financeira para o Hospital de Saldanha Marinho.

Cabe ressaltar que mensuramos o volume de recursos destinados ao custeio de cada despesa de serviço, classificados segundo as rubricas de custeio das atividades descrita no edital de chamamento público, sendo elas: folha de pagamento e encargos trabalhistas; prestação de serviços, aquisição de material de consumo, manutenção e outros.

Nossa proposta contemplou a estrutura prevista no Plano de Trabalho e necessidades constatadas pelo IIFHES, com o detalhamento do volume de recursos financeiros destinados a cada tipo de despesa, de acordo com as atividades previstas no termo de referência, respeitando o cronograma de desembolso mensal, o cronograma de implementação e execução das atividades previstas.

**TABELA 1 - ESTIMATIVA DE DESPESAS OPERACIONAIS - HMSM**

DESCRIÇÃO	1 MÊS R\$	12 MESES R\$
1. Pessoal e Encargos		
1.1 Remuneração de Pessoal	R\$ 65.000,00	R\$ 780.000,00
1.2 Benefícios	R\$ 1.000,00	R\$ 12.000,00
1.3 Encargos e Contribuições	R\$ 16.900,00	R\$ 202.800,00
1.4 Despesas de Provisionamento (13º e Férias)	R\$ 7.204,00	R\$ 86.448,00
1.5 Provisionamento Rescisões	R\$ 2.000,00	R\$ 24.000,00

1.6 Dissídios	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
1.7 Outras Formas de Contratação	R\$ 30.000,00	R\$ 360.000,00
<b>TOTAL PESSOAL</b>	<b>R\$ 127.104,00</b>	<b>R\$ 1.525.248,00</b>
<b>2. Materiais de Consumo</b>		
2.1 Uniformes e Identificação	R\$ 1.200,00	R\$ 14.400,00
2.2 Material de Consumo	R\$ 10.000,00	R\$ 120.000,00
<b>TOTAL MATERIAIS DE CONSUMO</b>	<b>R\$ 11.256,00</b>	<b>R\$ 134.400,00</b>
<b>3. Exames</b>		
3.1 Exames de Raio X	R\$ 7.500,00	R\$ 90.000,00
3.2 Eletrocardiograma	R\$ 500,00	R\$ 6.000,00
<b>TOTAL EXAMES</b>	<b>R\$ 8.000,00</b>	<b>R\$ 96.000,00</b>
<b>4. Serviços Terceirizados</b>		
4.1 Manutenção Preditiva, Prevetiva e Corretiva de Equipamentos de Ar Condicionados	R\$ 2.000,00	R\$ 24.000,00
4.2 Manutenção Predial Preventiva e Corretiva	R\$ 500,00	R\$ 6.000,00
4.3 Controlador de Acesso	R\$ 2.200,00	R\$ 26.400,00
4.4 Dedetização e Desratização	R\$ 650,00	R\$ 7.800,00
4.5 Coleta de Resíduo	R\$ 950,00	R\$ 11.400,00
<b>TOTAL DE SERVIÇOS TERCEIRIZADOS</b>	<b>R\$ 6.300,00</b>	<b>R\$ 75.600,00</b>
<b>5. Despesas Gerenciais e Administrativas</b>		
5.1 Supervisor do Contrato	R\$ 8.000,00	R\$ 96.000,00
5.2 Contabilidade / Contador	R\$ 3.500,00	R\$ 42.000,00
5.3 Monitoramento, Avaliação e Controle	R\$ 150,00	R\$ 1.800,00
5.4 Seguros	R\$ 250,00	R\$ 3.000,00
5.5 Custos Bancários	R\$ 90,00	R\$ 1.080,00

5.6 Tecnologia da Informação	R\$ 2.000,00	R\$ 24.000,00
5.7 Educação Permanente	R\$ 500,00	R\$ 6.000,00
5.8 Medicina do Trabalho	R\$ 1.000,00	R\$ 12.000,00
5.9 Biometria	R\$ 850,00	R\$ 10.200,00
5.10 Gestão de RH	R\$ 2.000,00	R\$ 24.000,00
5.11 Comprador	R\$ 2.500,00	R\$ 30.000,00
5.12 Energia Elétrica	R\$ 6.000,00	R\$ 72.000,00
<b>TOTAL DE DESPESAS GERENCIAIS E ADMINISTRATIVAS</b>	<b>R\$ 26.840,00</b>	<b>R\$ 322.080,00</b>
<b>*6. Outras Despesas (Especificar)</b>		
6.1 Programas e Aplicativos de Informática	R\$ 1.500,00	R\$ 18.000,00
6.2 Educação Continuada	R\$ 600,00	R\$ 7.200,00
6.3 Serviços Assistencial Médico	R\$ 8.000,00	R\$ 96.000,00
6.4 Serviços de Outros Profissionais da Saúde	R\$ 4.000,00	R\$ 48.000,00
6.5 Manutenção Predial e Adequações	R\$ 1.600,00	R\$ 19.200,00
6.6 Manutenção de Equipamentos	R\$ 1.500,00	R\$ 18.000,00
6.7 Manutenção de Equipamento Assistencial	R\$ 2.500,00	R\$ 30.000,00
6.8 Locação de Equipamentos Médicos	R\$ 2.000,00	R\$ 24.000,00
6.9 Locação de equipamentos Administrativos	R\$ 1.800,00	R\$ 21.600,00
6.10 Locação de Equipamentos Veículos	R\$ 3.000,00	R\$ 36.000,00
6.11 Tecnologia da Informação	R\$ 4.500,00	R\$ 54.000,00
<b>TOTAL DE OUTRAS DESPESAS</b>	<b>R\$ 31.000,00</b>	<b>R\$ 372.000,00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 210.500,00</b>	<b>R\$ 2.525.328,00</b>

**TABELA 2 - RESUMO DA ESTIMATIVA DE DESPESAS OPERACIONAIS - HMSM**

<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>1 MÊS R\$</b>	<b>12 MESES R\$</b>
1. Pessoal e Encargos	R\$ 127.104,00	R\$ 1.525.248,00
2. Exames Equipamentos / Eletro e Raio X	R\$ 8.000,00	R\$ 96.000,00
3. Serviços Terceiros	R\$ 6.300,00	R\$ 75.600,00
4. Despesas Gerenciais e Administrativas	R\$ 26.840,00	R\$ 322.080,00
5. Outras Despesas (Especificar) - Material de Consumo	R\$ 42.256,00	R\$ 507.072,00
6. Investimentos (Especificar)	R\$ -	R\$ -
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 210.500,00</b>	<b>R\$ 2.526.000,00</b>

Saldanha Marinho, RS, 18 de julho de 2022.

---

**JOSELI DA SILVA ROSA**  
Presidente

## DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DOS TERMOS DO EDITAL

Declaro que o INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTACAO, SAUDE, EDUCACAO & SUSTENTABILIDADE está ciente e concorda com as disposições previstas no Edital de Chamamento Público nº 002/2022 e em seus anexos, bem como que se responsabiliza, sob as penas da Lei, pela veracidade e legitimidade das informações e documentos apresentados durante o processo de seleção.

Saldanha Marinho, RS, 18 de julho de 2022.

---

JOSELI DA SILVA ROSA  
Presidente

## DECLARAÇÃO DA NÃO OCORRÊNCIA DE IMPEDIMENTOS

Declaro para os devidos fins, que a INSTITUTO INTERNACIONAL PARA ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO & SUSTENTABILIDADE e seus dirigentes não incorrem em quaisquer das vedações previstas no art. 39 da Lei nº 13.019, de 2014. Nesse sentido, a citada entidade:

Estar regularmente constituída ou, se estrangeira, estar autorizada a funcionar no território nacional;

Não foi omissa no dever de prestar contas de parceria anteriormente celebrada;

Não tem como dirigente membro de Poder ou do Ministério Público, ou dirigente de órgão ou entidade da administração pública da mesma esfera governamental na qual será celebrado o termo de colaboração, estendendo - se a vedação aos respectivos cônjuges ou companheiros, bem como parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até o segundo grau. Observação: a presente vedação não se aplica às entidades que, pela sua própria natureza, sejam constituídas pelas autoridades ora referidas (o que deverá ser devidamente informado e justificado pela OSC), sendo vedado que a mesma pessoa figure no instrumento de parceria simultaneamente como dirigente e administrador público (art. 39, §5º, da Lei nº 13.019, de 2014);

Não teve as contas rejeitadas pela administração pública nos últimos cinco anos, observadas as exceções previstas no art. 39, caput, inciso IV, alíneas "a" a "c", da Lei nº 13.019, de 2014;

Não se encontra submetida aos efeitos das sanções de suspensão ou de participação em licitação e impedimento de contratar com a administração, declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a administração pública, suspensão ou temporária da participação em chamamento público e impedimento de celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades da esfera de governo da administração pública sancionadora e, por fim, declaração

de inidoneidade para participar de chamamento público ou celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades de todas as esferas de governo;

Não teve contas de parceria julgadas irregulares ou rejeitadas por Tribunal ou Conselho de Contas de qualquer esfera da Federação, em decisão irrecorrível (oito) anos;

Saldanha Marinho, RS, 18 de julho de 2022.

---

JOSELI DA SILVA ROSA  
Presidente

# PLANO DE TRABALHO PARA O CO-GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE JUNTO AO HOSPITAL MUNICIPAL DE SALDANHA MARINHO, RS.



## A- ÍNDICE

B. APRESENTAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL.....	5
C. PLANO DE TRABALHO.....	31
C.1. DESCRIÇÃO DO CONHECIMENTO DO OBJETO.....	31
C.1.1. Adequação da proposta aos objetivos da política do plano, do programa ou da ação em que se insere a parceria.....	31
C.1.2. Descrição do Perfil da Unidade.....	33
C.2. PROPOSTA MELHORAMENTO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS OFERECIDOS PELO HOSPITAL MUNICIPAL DE SALDANHA MARINHO, RS .....	37
C.2.1. Organização das atividades administrativas e Assistenciais.....	43
C.2.2. Plano de Cargos, Salários, Benefícios e Provisões.....	182
a. Política de Gestão de Pessoas	
b. Manual do Colaborador	
c. Norma para Seleção Simplificada de Pessoal	
d. Modelo de Contrato de Trabalho	
C.2.3. Ações de Planejamento, Monitoramento e Avaliação do serviço prestado na Unidade e a forma de como pretende prestar contas dos serviços realizados de forma clara, organizada e transparente, atendendo a legislação vigente.....	243
a. Planejamento, Monitoramento e Avaliação do serviço prestado na Unidade.....	243
b. Descrição e Proposta de Monitoramento da Execução dos Serviços Previstos, segundo o Termo de Referência do Chamamento Público .....	434
C.2.4. Dimensionamento da equipe Técnica .....	381

C.3. PROPOSTA DA ORGANIZAÇÃO ASSISTENCIAL E TÉCNICA.....	382
C.3.1. Ações voltadas a Qualidade da Prestação do Atendimento através de Manuais, Plano de Educação Permanente e Continuada, Protocolos e Comissões.....	403
C.3.1.1. Ações voltadas a Qualidade do Atendimento.....	403
a. Plano de Segurança do Paciente.....	416
b. Satisfação dos Usuários .....	442
c. Apresentação dos Instrumentos de Pesquisa de Satisfação do Usuário.....	471
d. Critérios de Aplicação e Avaliação da Satisfação .....	481
e. Gerenciamento de Risco e Plano de Contigência.....	489
f. Proposta de Incremento de Atividade, Visando Melhoria e Qualificação das Atividades Previstas.....	535
g. Projeto de Acreditação – ONA .....	555
h. Proposta de implantação de Serviço Humanização de acordo com a Política de Humanização do Ministério da Saúde e Acolhimento .....	558
C.3.1.2. Proposta de Educação Permanente para os profissionais.....	575
C.3.1.3. Comissões e Grupos de Trabalho.....	592
C.3.2. Organização do Processo de Trabalho na Unidade.....	665
C.3.3. Cronograma de Atividades para a Unidade.....	798
C.3.4. Manuais e Protocolos.....	800
a. Protocolos Clínicos de Urgência e Emergência	
b. Protocolos e Fluxogramas Assistenciais	
c. Manual de Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem	

C.4. PROPOSTA FINANCEIRA .....1671

C.5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....1889

ANEXO I – PLANILHA DE DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL

## **B. APRESENTAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL – IIFHES**

O corpo diretivo do IIFHES é composto por profissionais das mais distintas categorias, que objetivam a união de esforços e seus conhecimentos para atingir com excelência a qualidade de serviços.

O objetivo da **Instituto Internacional para alimentação, saúde, educação e sustentabilidade – IIFHES** é atuar na *Saúde, Educação*, alimentação e sustentabilidade apresentando e desenvolvendo programas de gestão, visando à minimização dos problemas humanos provocados pelas diferenças sociais, assegurando a prestação de serviços no âmbito da saúde de forma eficiente e ao bem-estar do cidadão.

### **QUEM SOMOS**

Fundado em 21 de Setembro de 2016, na cidade de Florianópolis, estado de Santa Catarina – Brasil, com o objetivo de promover a responsabilidade social e a Sustentabilidade, buscando diminuir as desigualdades sociais. Em 2021, transfere-se para a cidade de Porto Alegre – estado do Rio Grande do Sul – Brasil, pois o IIFHES entendeu que a sua Missão ampliava-se, tendo que também atuar no sentido mais amplo da Sustentabilidade, com o efetivo combate à Fome, com ações preventivas e sanadoras da Saúde das pessoas e com a formação do Indivíduo através da Educação. Realizar ações objetivas, em conjunto com entes públicos e privados, em todo o Brasil, para o desenvolvimento dos 4 pilares do IIFHES quais sejam: **ALIMENTAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO e SUSTENTABILIDADE.**

A seguir, apresentamos os pilares de Visão, Missão e Valores que o IIFHES utiliza em sua Gestão.

## **MISSÃO**

Nossa Missão é melhorar a Vida das Pessoas, através de ações coletivas de combate à Fome, de geração de Saúde preventiva e assistencial, da boa formação do indivíduo através da Educação e de Sustentabilidade do ambiente em que vivemos.

## **VISÃO**

Temos a Visão de um mundo melhor, focado no desenvolvimento do indivíduo através da Educação, e que, para o efetivo aprendizado, esse Indivíduo deverá estar devidamente alimentado e saudável; sendo que somente assim atingiremos a almejada Sustentabilidade global.

## **VALORES**

Nossos Valores são: o estímulo ao desenvolvimento do comportamento responsável ante à Vida; a orientação de pessoas e empresas para que passem a desenvolver uma sociedade sustentável e socialmente justa; o desenvolvimento de projetos sociais, de combate à Fome, de Saúde, de Educação e de Sustentabilidade, como fatores de desenvolvimento social e aos princípios das Nações Unidas. É uma instituição sem vínculo político partidário, e não fará distinção de credo, raça, etnia, classe social, orientação sexual e gênero.

➤ **O que Desejamos:**

Desenvolver uma cultura corporativa, alinhada aos nossos valores a fim de que sejamos reconhecidos, como referência de qualidade, excelência técnica na prestação de Serviços de Saúde à população.

➤ **Como desejamos:**

Alinhados a uma Gestão Ética, de Transparência e Compromissos, construindo relações verdadeiras com nossos colaboradores, Secretarias de Saúde e todos os cidadãos.

**O Instituto Internacional para alimentação, saúde, educação e sustentabilidade – IIFHES**, para o alcance das suas finalidades, prioriza os seguintes pilares de atuação:

- ✓ Gestão Eficiente da Saúde;
- ✓ Gestão de Pessoas;
- ✓ Gestão da Inovação Tecnológica;
- ✓ Gestão e Monitoramento Transparente dos Processos;
- ✓ Gestão da Qualidade;
- ✓ Gestão de Custos Individualizados;
- ✓ Transparência.

Acreditamos que para a realização das melhores práticas de Gestão da saúde a utilização das soluções específicas em resultados efetivos e superiores para a Gestão Pública, depende de um Corpo Administrativo altamente qualificado voltado para resultados a partir de um modelo contemporâneo e de transformação sustentável. Contribuindo exponencialmente para as melhores práticas na prestação de serviços.

Assim, fazendo parte das propostas de ação do **Instituto Internacional para alimentação, saúde, educação e sustentabilidade – IIFHES**, são apresentados os seguintes itens:

- ✓ Manter e desenvolver educação e ensino em todos os níveis e modalidades, inclusive, formação inicial e continuada de colaboradores em programas de capacitação, atualização, extensão, especialização, educação de jovens e adultos, em suas dependências ou fora delas, de forma presencial ou em diferentes modalidades de educação à distância, programas de treinamento e requalificação profissional, mediante parcerias com o poder público e/ou privado, hospitais e outros para desenvolvimento de estágio e prática profissional dos alunos;
- ✓ Promover e realizar atividades de avaliação e estratégias de impactos econômicos e sociais das políticas, programas e projetos na área da saúde e desenvolver atividades de gestão, suporte técnico e logístico a instituições públicas e privadas;

- ✓ Promover a assistência o desenvolvimento social mediante execução de programas, projetos e ações sócio educativas, priorizando ações dirigidas às crianças e adolescentes e realizar programas de geração de renda e integração no mercado de trabalho;
- ✓ Executar e gerenciar programas de prevenção e atendimento integral a saúde, otimizando a atenção primária, secundária e terciária, incluindo urgências e emergências, diagnóstico e terapêutica;
- ✓ Contribuir para a promoção e manutenção mediante execução de ações para pesquisa, produção e distribuição de medicamentos, materiais e equipamentos indispensáveis à saúde pública;
- ✓ Gerenciar e manter meios de comunicação de massa nas mídias escrita e eletrônica, produzindo, divulgando e distribuindo obras, além de incluir a produção de conteúdo para internet, revistas e jornais;
- ✓ Promover ações que visem o desenvolvimento e estímulo a cultura de excelência em gestão, incentivando que os integrantes da força de trabalho atuem de forma direta na Gestão.

O **Instituto Internacional para alimentação, saúde, educação e sustentabilidade - IIFHES** pauta suas ações dentro dos preceitos de legalidade, probidade e transparência, esperando de seus empregados, diretores, conselheiros, associados, fornecedores e parceiros de negócios a observância de uma conduta ética em todos os aspectos.

O Conselho de Administração, delibera as ações para o desenvolvimento da Instituição e o cumprimento dos objetivos estatutários alinhados com a Diretoria, sempre observando o respeito à legislação nacional.

Na linha de Sucessão é diretriz corporativa que cada cargo de comando, de qualquer nível, deve prever, além do seu titular, nomes e preparação para sua sucessão ou substituição nos impedimentos.

No **Instituto Internacional para alimentação, saúde, educação e sustentabilidade - IIFHES** as questões relacionadas ao combate à corrupção, ética nos serviços realizados, gerenciamento dos riscos e a conformidade com normas internas e externas são abordadas de forma integrada e tratadas consistentemente como forma de assegurar a sustentabilidade nos 3 pilares institucionais (Saúde, Sustentabilidade e Responsabilidade Social).

## 1.1. CÓDIGO DE ÉTICA E CONDUTA



Nosso Código de Ética e Conduta representa um conjunto de valores reconhecidos, honrados e é um pilar sustentáculo do sistema de governança que regulamenta os processos dos seus colaboradores, em prol dos interesses de todas as partes interessadas. Aprovado em reunião da Diretoria, Conselho de Administração e Assembleia Geral, está disseminando os princípios estabelecidos e os valores da boa governança a todas as partes interessadas, independente de escalão ou função, por meio da Comunicação Institucional. Com o foco da Governança Corporativa é possível gerenciar de forma eficiente, confiável e transparente, a fim de assegurar a sustentabilidade ao longo do tempo.

O **Instituto Internacional para alimentação, saúde, educação e sustentabilidade - IIFHES** vivencia 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 apresentar 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.

O **Instituto Internacional para alimentação, saúde, educação e sustentabilidade - IIFHES** 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.

Para isso, o **Instituto Internacional para alimentação, saúde, educação e sustentabilidade - IIFHES** conta com Conselho Consultivo, Comissão de Funcionários e Conselho Gestor das Unidades e Serviços de Saúde, que contribuem para a consolidação deste modelo de gestão.

Desta forma, as pessoas envolvidas participam do processo decisório, partilham méritos e responsabilidades nas ações desenvolvidas pela instituição. O **Instituto Internacional para alimentação, saúde, educação e sustentabilidade - IIFHES** estimula práticas de liderança em suas atividades diárias e os principais estilos adotados seguem descritos a seguir:

- **Estilo Inovador**: canaliza as pessoas para visões e sonhos partilhados, mais utilizado para situações onde ocorram mudanças que exijam uma nova visão.
- **Estilo Impulsionador**: atinge objetivos difíceis e estimulantes e acalma os receios dando instruções claras em situações de emergência.
- **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 Instituto Internacional para alimentação, saúde, educação e sustentabilidade - IIFHES propõe capacitar os profissionais para uma atenção

resolutiva, integrada por todos os membros da equipe, para os principais agravos em saúde.

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 contra referência, para dessa forma assegurar a continuidade do cuidado.

Criar rotinas administrativas mais amigáveis e solidárias, que evitem deslocamentos desnecessários dos usuários.

Os pressupostos de orientar-se pelos princípios do SUS: universalidade, equidade, integralidade, controle social, hierarquização, serão observados, assim como, os princípios da acessibilidade, vínculo, coordenação, continuidade do cuidado, responsabilização e humanização.

Levando em conta a heterogeneidade das situações dos municípios, mais do que implementar as propostas e diretrizes emanadas do nível federal e estadual, o desafio maior para os prefeitos e secretários municipais de saúde é definir a linha com que vão conduzir a política de saúde municipal articulando distintos elementos gerenciais, financeiros, programáticos, organizativos e operacionais.

O **Instituto Internacional para alimentação, saúde, educação e sustentabilidade – IIFHES**, com suas parcerias público-privadas, é um exemplo do sucesso de modelo de gestão de saúde, no qual o acompanhamento de metas e indicadores de desempenho garante a eficiência dos serviços prestados, cujo intuito é oferecer à população, acesso e qualidade aos serviços de saúde, principalmente nas áreas carentes.

Neste contexto, o **Instituto Internacional para alimentação, saúde, educação e sustentabilidade – IIFHES** sempre se propõe a:

- ✓ Cumprir os compromissos com as ações das agendas de prioridades estabelecidas com a Secretarias de Saúde;
- ✓ Prestar serviços de saúde com qualidade e eficiência, sem preconceitos ou discriminação de raça, cor, religião, sexo ou orientação sexual. Uma assistência igualitária, sem privilégios de qualquer espécie com um tratamento individualista, personalizado e acolhedor;
- ✓ Capacitar os profissionais para uma atenção resolutiva, integrada por todos os membros da equipe, para os principais agravos;
- ✓ Cumprir adequadamente os protocolos diagnósticos e terapêuticos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;

- ✓ Criar rotinas administrativas mais amigáveis e solidárias, que evitem deslocamentos desnecessários dos usuários, com utilização intensiva dos meios telefônicos e virtuais para marcação de exames, referência etc.;
- ✓ Participar da articulação e interlocução com os equipamentos sociais na área, como educação, assistência social, conselhos de saúde, movimentos comunitários e setor privado, buscando integrar na vida da população da área e ajudar a rede básica para atuar nos condicionantes da saúde e assim contribuir com a rede de serviços para potencializar as ações para a melhoria da qualidade de vida;
- ✓ Gerir, guardar, conservar e realizar a manutenção do prédio e terreno dos bens inventariados, incluindo os mobiliados e os equipamentos médicos- hospitalares;
- ✓ Respeitar a decisão do usuário em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços da saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;
- ✓ Garantir o sigilo das informações do usuário;
- ✓ Utilizar os recursos públicos com responsabilidade, buscando, sempre que possível conciliar o menor preço e alta qualidade.

A garantia de um ciclo entre políticas públicas, proteção social e melhoria da qualidade de vida e saúde impõe não só a construção de estratégias de atuação

integrada e intercâmbio permanente de informações, como o monitoramento e a avaliação participativa das intervenções. O território local aparece enquanto espaço de enfrentamento e de colaboração entre diferentes atores públicos e privados, configurando um local privilegiado para inovações no campo da gestão social e de estratégias na promoção da saúde com produção de tecnologias em educação.

Além disto, sempre estimular a humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de escutar o cidadão em seus problemas e demandas, com abordagem integral a partir dos parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.

O **Instituto Internacional para alimentação, saúde, educação e sustentabilidade – IIFHES**, se submete a aplicação dos princípios previstos no caput do art. 37 da Constituição Federal, que são:

- I – **Princípio da Legalidade**: compatibilidade de todos os atos e ações praticadas pela autoridade de competente com o ordenamento jurídico posto;
  
- II - **Princípio da impessoalidade**: vedação do subjetivismo na condução de atos e procedimentos pela Administração Pública;

**III - Princípio da Moralidade:** atuação administrativa pautada em preceitos de honestidade e probidade, voltada ao cumprimento do fim institucional atribuída a cada ato;

**IV - Princípio da publicidade:** transparência aos atos praticados pela Administração Pública, de modo a possibilitar a universalidade da participação democrática e a devida fiscalização dos atos praticados pelo setor público;

**V - Princípio da eficiência:** otimização da gestão dos interesses públicos, buscando-se plena satisfação dos administradores e incorrendo-se nos menores custos possíveis para a sociedade.

## 1.2. **MODELO GERENCIAL DO IIFHES**

### ❖ DESCRIÇÃO DO MODELO GERENCIAL

O **Instituto Internacional para alimentação, saúde, educação e sustentabilidade – IIFHES** é comprometida com a metodologia de gestão hospitalar, pautada em 5 dimensões fundamentais – a metodologia 5A – onde a gestão subdivide-se em Macroprocessos.

O modelo de Gestão Hospitalar do **Instituto Internacional para alimentação, saúde, educação e sustentabilidade – IIFHES** fomenta o estabelecimento de um processo permanente de análise crítica, que reflete na melhoria e agilidade do atendimento e maior segurança ao paciente em todo o sistema hospitalar.

❖ MODELO DE SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE – IIFHES

Utilizamos um processo formal e permanente, que envolve todos os colaboradores e que pretende identificar antecipadamente quais são os riscos possíveis durante o atendimento de um paciente, e estimular a melhoria contínua dos processos internos para atenuar/eliminar riscos.

Assim, é necessário estabelecer um processo hospitalar recheado de prática. A questão da Educação Permanente em Saúde na abordagem do **Instituto Internacional para alimentação, saúde, educação e sustentabilidade – IIFHES** representa uma redefinição pedagógica para o processo educativo, que coloca o cotidiano hospitalar – contemplando também os aspectos específicos da formação dos profissionais de saúde – em análise.

É através desta gestão processual permanente da educação que são constituídos laços lógicos entre as relações concretas que operam realidades, e que possibilitam o surgimento de espaços coletivos, para a reflexão e avaliação pragmática dos atos produzidos no dia a dia hospitalar.

A Educação Permanente em Saúde deve, ao mesmo tempo, garantir a atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, e, além disso inserir-se em uma

necessária construção de relações e processos que considerem equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição. Características do Processo de Educação Permanente em Saúde preconizado pelo **Instituto Internacional para alimentação, saúde, educação e sustentabilidade – IIFHES:**

- Caráter multiprofissional;
- Enfoque nos problemas cotidianos das práticas das equipes de trabalho no ambiente hospitalar;
- Ser inserida de forma institucionalizada no processo de trabalho, gerando compromissos entre os trabalhadores, os gestores e os usuários para o desenvolvimento institucional e individual de todos;
- Objetiva transformações/melhorias das práticas, técnicas e ações sociais;
- Utilizar modelos pedagógicos centrados na resolução de problemas, por meio de supervisão dialogada, oficinas de trabalho, realizadas no próprio ambiente de trabalho;
- Desenvolvimento contínuo, contextualizado dentro de um projeto de consolidação e desenvolvimento do processo de gestão hospitalar das instituições parceiras do

**Instituto Internacional para alimentação, saúde, educação e sustentabilidade**  
– **IIFHES** de gestão e de assistência mais transparentes e seguras, que envolvam a verificação diária de atividades e serviços em comparação a padrões de excelência conhecidos.

❖ *MODELO DE DIAGNÓSTICOS EM GESTÃO HOSPITALAR – IIFHES*

Uma premissa de nossa ação é atuar de maneira programada e consistente. Para isso, o **Instituto Internacional para alimentação, saúde, educação e sustentabilidade – IIFHES** desenvolveu um Processo de Diagnóstico em Gestão Hospitalar abrangente, que fornece ao gestor hospitalar subsídios para o estabelecimento de planos de ação consistentes.

Consiste em uma avaliação abrangente e minuciosa, cujo resultado final é um set de informações detalhadas que deverão auxiliar e nortear a tomada de decisão administrativa, constituindo-se em um instrumento valioso para a ascensão do modelo de gestão. São contemplados, por exemplo:

- Atualização da Planta da Estrutura Hospitalar e dos Acessos necessários;
- Segurança das Instalações e equipamentos;
- Eficiência e eficácia dos Processos de gestão de pessoas;
- Eficiência e eficácia dos serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento;

- Adequação da capacidade instalada;
- Adequação dos fluxos internos;
- Estudos de viabilidade econômica, e;
- O cumprimento de normas e exigências legais de funcionamento.

❖ MODELO DAS BOAS PRÁTICAS DE GESTÃO FINANCEIRA –IIFHES

O **Instituto Internacional para alimentação, saúde, educação e sustentabilidade – IIFHES** é uma instituição reconhecida pela transparência de seus processos e pelos bons resultados apresentados em suas parcerias. Boa parte deste status é conferido pelas Boas Práticas de Gestão Financeira da instituição, que garantem uma utilização racional e otimizada dos recursos disponíveis.

A administração hospitalar tem muito a evoluir em eficiência e qualidade se aliar os avanços da tecnologia ao seu cotidiano. O planejamento, a documentação dos processos e o treinamento de funcionários são elementos fundamentais para o alcance dos resultados almejados.

Existem inúmeros exemplos de instituições da área da saúde que, mesmo com a excelência reconhecida em vários processos assistenciais, não conseguiram implementar melhorias na apresentação de seus resultados porque tiveram a

dificuldade de estabelecer a melhor maneira de como fazer na prática. Este mar de possibilidades que diz respeito à gestão financeira envolve conceitos, é racional e exato. Sem os métodos de gestão adequados, a situação equivale a dirigir a empresa na escuridão e, portanto, sujeitos a acidentes de percurso.

As boas práticas de gestão financeira do **Instituto Internacional para alimentação, saúde, educação e sustentabilidade – IIFHES** vêm de encontro com essas necessidades, encurtando o tempo e permitindo saltos de melhorias. Os termos usados para esse trabalho são dos mais diversos: consultoria hospitalar, consultoria em gestão hospitalar, consultoria em administração de hospitais, consultoria em desempenho organizacional em saúde e tantos outros, mas o objetivo deve ser um só: ajudar o hospital a melhorar a sua operação e gestão e obter os melhores resultados financeiros.

Nosso rigor processual, agregado à excelência de nossos profissionais, permite identificar os pontos críticos e indicar as ações de melhorias necessárias, com consequências diretas nos resultados financeiros, qualquer que seja o porte e a especialidade da instituição de saúde.

Num cenário de grande competitividade, as boas práticas de gestão financeira representam a solução de menor prazo e de melhor custo-benefício. Toda a experiência e o conhecimento das inúmeras parcerias do **Instituto Internacional para**

**alimentação, saúde, educação e sustentabilidade – IIFHES** são aplicados, em dose concentrada, de forma objetiva e eficaz, na medida certa. E o resultado aparece.

❖ **MODELO DE GESTÃO DE SUPRIMENTOS E ACOMPANHAMENTO DE FORNECEDORES**

É um consenso na área da saúde que o processo de abastecimento hospitalar é complexo e exige uma condução diferenciada para que os resultados atendam as expectativas dos gestores. Por isso, o **Instituto Internacional para alimentação, saúde, educação e sustentabilidade – IIFHES** possui procedimentos de gestão de suprimentos e acompanhamento de fornecedores que facilitam a vida do gestor hospitalar e representam maior segurança para os funcionários e clientes do hospital.

Estes procedimentos são inspirados em metodologia reconhecida e baseada nos princípios do PMI — Project Management Institute e na norma NBR ISO 10006 — Gerenciamento de Projetos, entendendo cada processo de compra como um projeto específico, um empreendimento que envolve as fases de concepção, cotação e relacionamento, COMPRAS e gerenciamento, e abrange as nove áreas de conhecimento do PMI: escopo, prazo, custo, qualidade, suprimentos, RH, comunicação, riscos e integração.

## **Resultados**

- Garantia do cumprimento pleno dos contratos de abastecimento, com acompanhamento das eventuais alterações de escopo e aditivos contratuais;
- Finalização e entrega dos eventos de compras dentro dos parâmetros de prazo, custo e qualidade, definidos inicialmente pelo corpo estratégico da instituição parceira;
- Segurança no processo, com o cumprimento de especificações estratégicas e a realização de compras adequadas de fornecedores confiáveis em momentos oportunos;
- Garantia da utilização e alocação de recursos humanos adequados para cada fase do abastecimento institucional;
- Garantia da comunicação eficaz entre todos os envolvidos nos processos de abastecimento, de modo que as informações corretas sejam disponibilizadas nos momentos apropriados para cada parte interessada;
- Redução dos riscos e seu gerenciamento ao longo de todo o processo de abastecimento institucional;
- Subsídio aos gestores para tomada de decisões estratégicas.

❖ MODELO DO SISTEMA DE NORMAS E DOCUMENTOS HOSPITALARES –

IIFHES

A complexidade das relações existentes em um hospital, e o caráter crítico que envolve vidas humanas exige o estabelecimento de um rígido sistema de normas operacionais e de documentos e registros hospitalares.

A Gestão de Documentos busca garantir a padronização de documentos institucionais por meio de um fluxo seguro de elaboração, aprovação, disponibilização, arquivamento, controle de versões e descarte. Através da elaboração de documentos, o hospital promove maior segurança, mostrando como hospital faz para proporcionar confiança para o cliente, assegurando a população o acesso a um atendimento seguro. A Gestão de Documentos assegura que a informação produzida e utilizada será bem gerenciada, garantindo a confidencialidade e a rastreabilidade das informações.

**O Instituto Internacional para alimentação, saúde, educação e sustentabilidade – IIFHES** possui especialistas em Sistemas de Informações, que analisam os processos e implementam soluções personalizadas, adequadas para cada situação, sempre considerando uma gestão otimizada do volume de documentos armazenados pelos estabelecimentos de saúde em decorrência da necessidade de manutenção dos prontuários e informações específicas da atividade hospitalar.

Para isso, a instituição está em permanente sintonia com os avanços da tecnologia da informação e de telecomunicações, que oferecem novos métodos de armazenamento e de transmissão de dados.

Além de um processo formal e otimizado o **Instituto Internacional para alimentação, saúde, educação e sustentabilidade – IIFHES** também garante a gestão eficaz dos sistemas de normas e documentos através da implantação da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos em todas as unidades parceiras.

❖ MODELO DE GESTÃO SOCIAL E COMPROMISSO HUMANO – IIFHES

Como maior instituição humanitária do planeta, não poderia ser diferente. O Modelo de Gestão do **Instituto Internacional para alimentação, saúde, educação e sustentabilidade – IIFHES** preconiza uma gestão social avançada e compromisso de atendimento humanizado em todas as abordagens com os clientes.

**O Instituto Internacional para alimentação, saúde, educação e sustentabilidade – IIFHES** como Entidade de Utilidade Pública e Auxiliadora dos Poderes Públicos, além de várias outras outorgas conferidas em reconhecimento a excelência dos resultados obtidos. É uma instituição que atua com base nos seguintes princípios: Humanidade, Imparcialidade, Neutralidade, Independência, Neutralidade, Voluntariado, Unidade e Universalidade

❖ MODELO DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E DESENVOLVIMENTO POR PROCESSOS – IIFHES

Toda esta construção de um sistema de gestão só tem validade se estiver atrelada a uma cultura de planejamento e gestão por resultados. Para que isto aconteça, o **Instituto Internacional para alimentação, saúde, educação e sustentabilidade – IIFHES** possui um Sistema de Desenvolvimento por Processos, no qual as necessidades específicas são contextualizadas e alinhadas com os objetivos institucionais, de forma a envolver todos os colaboradores no objetivo maior de prestar o melhor atendimento aos clientes do hospital.

O estabelecimento de cultura de Planejamento Estratégico é constituído através de exercícios administrativos estratégicos para a alta administração, aplicados, revistos e atualizado anualmente. O planejamento, no modelo do **Instituto Internacional para alimentação, saúde, educação e sustentabilidade – IIFHES** subdivide-se em duas grandes áreas – A Concepção Estratégica e a Concepção Operacional e Orçamentária. Cada qual com as suas necessidades específicas e seus controles personalizados, mas ambas alinhadas com a expectativa de resultado institucional.

A implementação da metodologia de planejamento estratégico e desenvolvimento por processos do **Instituto Internacional para alimentação, saúde, educação e sustentabilidade – IIFHES** deverá:

- Fornecer um referencial robusto para as ações de gestão em todos os níveis institucionais;
- Alinhar programas, projetos e ações institucionais para o foco estratégico preconizado pela alta administração;
- Reunir informações estratégicas para a tomada de decisão e promover um espaço formal de reflexão para a alta administração;
- Revelar, aspectos preponderantes que devem ser adequados dentro da instituição;
- Identificar oportunidades estratégicas de melhorias;
- Definir objetivos estratégicos;
- Identificar situações de risco que possam impedir o alcance dos objetivos.

❖ MONITORAMENTO PERMANENTE – IIFHES

Administrar e assessorar hospitais, prestar consultoria à instituições de saúde, com o objetivo de implantar novos modelos de gestão e novas metodologias de atuação, cujos resultados aparecem a médio e longo prazo.

Desta forma, o **Instituto Internacional para alimentação, saúde, educação e sustentabilidade – IIFHES** tem, no monitoramento permanente dos processos, a chave estratégica que permite uma concentração de esforços que faz com que os bons resultados se perpetuem e se solidifiquem. Isto se torna possível com a aplicação de

nossa experiência, qualidade e pelo histórico de bons resultados no gerenciamento de situações adversas extremas, quando o monitoramento permanente fornece o diferencial competitivo.

O processo de monitoramento é estabelecido através de uma lógica que busca entender as necessidades de cada cliente, estabelecendo níveis de disponibilidade de serviços acordados com cada hospital. São mapeados os pontos críticos de cada processo, e formalizados indicadores que servem para o acompanhamento e participação de todos os envolvidos, o que acaba por denotar maior confiança nos processos, segurança nos resultados.

Todos os processos e procedimentos realizados na gestão do **Instituto Internacional para alimentação, saúde, educação e sustentabilidade – IIFHES** passam por um rigoroso controle, construído a partir de normas nacionais e internacionais de qualidade.

## **C. PLANO DE TRABALHO PARA O GERENCIAMENTO E A EXECUÇÃO DE ATIVIDADES, AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE PARA O HOSPITAL DE SALDANHA MARINHO – RS.**

O Instituto Internacional para alimentação, saúde, educação e sustentabilidade – IIFHES, em observância ao perfil assistencial do HOSPITAL DE SALDANHA MARINHO, apresenta a caracterização dos serviços e discorre sobre os aspectos do trabalho técnico gerencial a ser realizado pela instituição na execução deste Plano de Trabalho.

### **C.1– DESCRIÇÃO DO CONHECIMENTO DO OBJETO**

#### **C.1.1. ADEQUAÇÃO DA PROPOSTA AOS OBJETIVOS DA POLÍTICA DO PLANO, DO PROGRAMA OU DA AÇÃO EM QUE SE INSERE A PARCERIA.**

É objeto deste Plano de Trabalho cumprir durante o Co-gerenciamento com as seguintes atividades:

- Prestação gratuita e universal dos serviços de atenção à saúde aos usuários, no âmbito do SUS e conforme o Termo de Referência.

- Gestão e logística de suprimentos farmacêuticos e hospitalares, **excepcionada a aquisição de tais insumos que serão realizados pelo Município de Saldanha Marinho, RS;**

- Gestão, guarda, conservação e manutenção do prédio, terreno e dos bens inventariados pelo Município, incluindo os mobiliários e os equipamentos médico-hospitalares; as possíveis despesas de investimento, tais como: obras e aquisição de equipamentos deverão ser autorizadas, previamente.
  
- Contratação e gestão de profissionais das áreas concernentes à operação do Hospital Municipal de Saldanha Marinho, RS, sendo vedada a cumulação de quaisquer outras funções por tais ocupantes, exceto casos encaminhados, avaliados e autorizados pela Administração Pública.
  
- Execução direta ou subcontratação e gestão, em qualquer caso, dos serviços acessórios necessários ao funcionamento do Hospital Municipal de Saldanha Marinho, RS, tais como manutenção de sistemas, prontuário eletrônico, CNES, Alvarás, Responsabilidades Técnicas, funcionários, higienização, segurança privada, Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT), dedetizações e demais serviços inerentes ao bom funcionamento do Hospital, conforme estabelecido no Termo de Referência, no Termo de Colaboração;
  
- Realização de exames de Raio X e Eletrocardiograma, oferecendo equipamentos e pessoal técnico para operacionalizar de acordo com as normas técnicas.
  
- Implementação de processos de Humanização durante todo o período de internação, se pautando nos princípios da inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, transversalidade e autonomia e protagonismo dos sujeitos, buscando garantir a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade das ofertas dos serviços em saúde;
  
- Administração da oferta e gestão de leitos e dos serviços acessórios necessários ao funcionamento da unidade, manutenção predial e de conforto ambiental, tecnologia da informação, conforme estabelecido no Termo de Referência, e termo de colaboração e nos respectivos Anexos;

- Desenvolvimento conjunto, conforme normas, critérios e diretrizes da SMS de Saldanha Marinho, RS, de programas e ações de saúde para prevenção e controle de enfermidades vinculadas à saúde.

### C.1.2. DESCRIÇÃO DO PERFIL DA UNIDADE

O IIFHES tem o compromisso de manter o Hospital Municipal de Saldanha Marinho prestando serviços 24 horas por dia, em todos os dias do ano, com obrigação de acolher e atender a todos os usuários que buscarem assistência. Trata-se de componentes hospitalares fixos da Rede de Atenção às Urgências e se caracterizam como estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e a Rede Hospitalar de alta complexidade.

Os serviços de saúde prestados pelo IIFHES serão prestados no Hospital Municipal nos exatos termos da legislação pertinente ao SUS especialmente o disposto na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, Portaria de Consolidação GM/MS nº 03/2017 e legislação aplicável, com observância dos seguintes princípios:

1. Universalidade de acesso aos serviços de saúde;
  2. Gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança de quaisquer valores a usuários ou seus representantes, responsabilizando-se a ORGANIZAÇÃO por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;
- Fornecimento gratuito de medicamentos aos usuários em atendimento, mediante prescrição do profissional médico responsável pelo atendimento em questão;
  - Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
  - Direito de informação sobre sua saúde às pessoas assistidas;
  - Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
  - Prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

#### ✚ LOCALIZAÇÃO DO HOSPITAL:

Rua Prestes Guimarães, nº 591, Centro, Neste Município.

#### ✚ ESTRUTURA FÍSICA DO HOSPITAL

<i>AREA FÍSICA</i>	<i>QTD</i>
Area de intervenção (m <sup>2</sup> )	1.053,70
Salas de acolhimento	02
Consultórios	02
Sala amarela adulto e infantil	X
Sala vermelha	01
Isolamento(leito)	05
Sala de inalação	01
Sala de curativo e sutura	01
Sala de administração e apoio	01
Laboratório e análises clínicas (Terceirizado)	01
RX (em instalação)*	01
ECG	01

O **IIFHES** tem o compromisso de manter alto padrão de assistência no Hospital Saldanha Marinho, a fim de:

- Garantir que sejam adotadas as normas da Política Nacional de Humanização, centrando as diretrizes assistenciais na qualidade do atendimento prestado aos usuários, voltadas para a atenção acolhedora, resolutiva e humana, além de seguir orientações da SMS de Saldanha Marinho, RS.

- Garantir a realização de atendimento multidisciplinar aos usuários assistidos, com equipe especializada do COLABORADOR, conforme estabelecida nas portarias, normas exaradas pela SMS de Saldanha Marinho/RS e Ministério da Saúde (MS) além de outras normas técnicas, de forma ininterrupta.

- Programar rotinas e procedimentos específicos do dispositivo de acolhimento com a ferramenta de classificação de risco e busca ativa para os usuários atendidos.

Programar, dentro dos limites físicos e operacionais do Hospital Municipal, o dispositivo da visita em horário pré-estabelecido ou ampliado e o direito ao acompanhante, conforme previsto na legislação.

- Realizar tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de assistência.

- Realizar tratamentos concomitantes necessários diferentes dos prescritos para a Condição mórbida motivadora do atendimento médico inicial, dentro de seu perfil e capacidade operacional.

Fornecer:

- Atendimento Médico Adulto e Pediátrico contínuo nas 24h, de acordo com a livre demanda conforme especificado na equipe mínima deste Termo de Referência;

- Assistência de Enfermagem contínua nas 24h;
- Exames (eletro e imagem) (equipamentos e pessoal especializado para operacionalização).
- Regular todos os pacientes com indicação de internação hospitalar que se encontrem na Unidade por mais de 12h na sala amarela adulta e de imediato na sala vermelha, através dos mecanismos regulatórios vigentes;
- Transferir para outras Unidades de serviços especializados usuários com necessidade de tratamento fora do perfil do Hospital;
- Seguir Diretrizes Clínicas, Normas, Rotinas Básicas e Procedimentos, de acordo com os seguintes preceitos:
  - Centrar as diretrizes assistenciais na qualidade do atendimento prestado aos usuários, voltadas para a atenção acolhedora, resolutiva e humana;
  - Implementar ações de cuidados à saúde baseada em evidências científicas e nas diretrizes de boas práticas de atenção segundo os princípios sugeridos pelo CFM, Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OMS);
  - Revisar e ajustar as diretrizes clínicas, normas, rotinas básicas e procedimentos, sempre que houver alterações que envolvam novas tecnologias, incremento ou desativação de serviços ou alterações na estrutura organizacional. As revisões e ajustes deverão ser apresentados à Comissão fiscalizadora do Termo de Colaboração;
  - Realizar todos os atendimentos médicos necessários ao usuário, dentro da capacidade operacional do Hospital Municipal, não sendo permitida a limitação do atendimento por qualquer cláusula contratual ou outra alegação;
  - Fornecer e disponibilizar, sempre que solicitados, laudos dos exames, procedimentos e assistência realizados pela sua equipe médica;

- Cumprir normas, diretrizes clínicas e melhores práticas conforme SMS de Saldanha Marinho/RS, COFEN, CFM,MS e outras entidades e sociedades que normatizam a s especialidades atendidas;
- Realizar visita médica diariamente em todos os pacientes sob observação nas salas amarela e vermelha, com evolução e prescrição médica, solicitação e verificação dos resultados de exames complementares;
- Comunicar à Diretoria de Vigilância em Saúde/SMS de Saldanha Marinho/RS todos os casos de notificação compulsória que por ventura sejam suspeitados e ou diagnosticados no Hospital.

## **C.2 PROPOSTA DA ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA E GERENCIAL**

Visando concretizar os objetivos estabelecidos para a gestão da unidade de saúde descrita neste referido edital de seleção, o **IIFHES** demonstrará as ações de sua proposta de trabalho e os procedimentos que serão adotados para execução dos objetivos do projeto, tendo em vista maximizar a eficiência na realização dos mesmos.

Considerando esses pressupostos e nessa perspectiva a presente proposta objetiva manter as seguintes ações estratégicas previamente pactuadas nesta proposta de trabalho.

O IIFHES adotará as principais ações estratégicas para a unidade:

- ✓ Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro

atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;

- ✓ Propor e implementar medidas de Humanização da Atenção às Urgências;
- ✓ Prestar serviços de prestação continuados, conectividade (sistema de informatização interna), informática, alimentação, logística, serviços médicos, além da contratação de todo e qualquer serviço (que impacte positivamente no alcance dos indicadores e metas) viabilizados pela economicidade e eficiência financeira da gestão do contrato;
- ✓ Aquisição de materiais necessários para o desenvolvimento dos serviços da unidade;
- ✓ Fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Rede de Atenção Básica à Saúde;
- ✓ Fornecer Ambulância para atuar como retaguarda no serviço de Urgência e Emergência;
- ✓ Realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade;

- ✓ Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à unidade;
- ✓ Prestar apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos;
- ✓ Manter pacientes em observação, por período de até 24 (vinte e quatro) horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica;
- ✓ Encaminhar para internação em serviços hospitalares, por meio das centrais reguladoras, os casos necessários;
- ✓ Prover atendimento e/ou encaminhamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à Rede de Urgência e Emergência (RUE) a partir da complexidade clínica, cirúrgica e traumática do usuário;
- ✓ Contra referenciar para os demais serviços de atenção integrantes da RUE, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo;
- ✓ Implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, com estabelecimento do potencial de

risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, de modo a priorizar atendimento em conformidade com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso;

- ✓ Estabelecer e adotar o cumprimento de protocolos de atendimento clínico, de classificação de risco e de procedimentos administrativos;
- ✓ Garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da unidade;
- ✓ Atendimento acolhedor e resolutivo baseado nos critérios de risco com os seguintes objetivos:
  - Redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso;
  - Atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco;
  - Implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo;
  - Garantia dos direitos dos usuários;
  - Valorização do trabalho na saúde.

Garantir o direito do usuário, seguindo as seguintes diretrizes:

- ✓ Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde;

- ✓ Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema;
- ✓ Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação;
- ✓ Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos;
- ✓ Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada;
- ✓ Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos;
- ✓ Cartão do SUS:
- ✓ Organizar processo de trabalho e espaço físico identificados por cores: **azul, verde, amarelo, laranja e vermelho;**
- ✓ Informar aos pacientes e familiares a expectativa de atendimento e tempo de espera a fim de diminuir a ansiedade gerada;
- ✓ Esclarecer a comunidade sobre a forma de atendimento através de informes diários;

- ✓ Realizar, quando necessário, o **encaminhamento responsável** com garantia de acesso à rede de atenção;
- ✓ Mudança na relação entre profissional de saúde e usuário, a partir de parâmetros éticos, humanitários e de solidariedade (inclusão);
- ✓ Aumentar da satisfação do usuário;
- ✓ Diminuir o risco de morte;
- ✓ Reduzir o do tempo de espera;
- ✓ Detectar de casos que se agravarão se o atendimento for postergado;
- ✓ Estabelecer de fluxos, protocolos de atendimento e classificação de risco;
- ✓ Qualificar as equipes de Acolhimento e Classificação de Risco (recepção, enfermagem, orientadores de fluxo, segurança);
- ✓ Implantar Sistema de informações para encaminhamentos específicos;
- ✓ Quantificar dos atendimentos diários e perfil da clientela e horários de pico;
- ✓ Adequar, se necessário a estrutura física;

### C.2.1. ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES ADMINISTRATIVA E GERENCIAL.

O IIFHES 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.

O IIFHES está apto a zelar pelo bem público, preservando o patrimônio. Possuindo a habilidade necessária para a execução dos serviços assistenciais inclusive para a expansão de atividades extra-hospitalares, 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.

Estabelecimento centros de resultado, os quais propiciam a descentralização, a autonomia gerencial, os sistemas de controle, a administração de processos, bem como a tomada de decisão, com base no sistema de informações gerenciais.

Assim, tendo por princípios básicos as leis, as diretrizes, as normas, os instrumentos de organização, de controle, avaliação e regulação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Ministério da Saúde (MS), especialmente buscando a descentralização, a autonomia e o controle, propormos manter um canal de comunicação permanente entre a unidade e a Secretaria de Saúde, garantindo as metas pactuadas pela Secretaria referente aos serviços de saúde objeto deste Contrato.

Como os serviços administrativos, assistenciais e de Apoio:

❖ **Administrativas**

- a) Recepção;
- b) Serviço de arquivamento de prontuário;
- c) Sala de espera;
- d) Serviço de Atenção ao Usuário.

❖ **Assistenciais**

- a) Sala de Acolhimento/Classificação de Risco;
- b) Sala de medicação;
- c) Sala de medicação IM/ inalação;
- d) Sala de Curativo e sutura;
- e) Sala de Coleta de Exames Laboratoriais;
- f) Sala de Emergência;
- g) Sala de Observação;
- h) Sala de raio X;
- i) Consultórios médicos/multiprofissional.

❖ **Serviços de Apoio**

- a) Farmácia;

- b) Almoxarifado;
- c) Farmácia Satélite
- d) Expurgo, Central de Material e Esterilização;
- e) Serviço de Nutrição e dietética;
- f) Rouparia e Lavanderia;
- g) Prontuário eletrônico do paciente;
- h) Sistema de Gestão Informatizado;
- i) Laboratório.

Pensar na gestão de uma Unidade é, antes de tudo, tentar estabelecer, da forma mais clara possível, quais os mecanismos de coordenação adotados para gerir, da melhor maneira possível, o seu cotidiano. Convivem, nas Unidades, múltiplas formas de coordenação, apoiadas em lógicas bem diferentes.

Nos últimos anos, mudanças dramáticas têm ocorrido nos serviços de saúde. Por um lado, a crescente pressão da demanda e a luta pela universalização de acesso aos serviços de saúde. Por outro lado, o rápido desenvolvimento e inovação, na tecnologia médica, fazendo com que os custos do setor venham crescendo com velocidade cada vez mais elevada, descolando-se dos demais setores de economia. Nesse contexto de pressão

crecente para melhor gestão de custos, associado a um processo de regulamentação cada vez mais forte, temos presenciado um esforço grande pela profissionalização do setor, em busca de melhores níveis de eficiência e eficácia organizacional.

Nesse cenário, as técnicas e ferramentas disponíveis no campo da gestão têm amplamente adotadas como forma de melhoria dos processos, redução de custos, aumento da produtividade e conseqüente melhoria da sua competitividade no setor. Os processos relacionados com a gestão estratégica (gerenciamento, operacionalização e execução das ações) incluem-se nesse movimento e podem contribuir para um melhor posicionamento da organização e assim viabilizar os meios para alcançar o novo patamar de desempenho desejado.

Os modelos administrativos visam ajudar dirigentes e analistas de políticas públicas a fazer uso eficaz das informações e percepções disponíveis no momento da escolha. O bom processo valoriza a busca eficiente de dados e de objetivos, institui equilíbrio nas reflexões, dando chances razoáveis à manifestação de todas as ideias, perspectivas e percepções.

Neste modelo, serão definidas todas as premissas administrativas, regimentais e documentais da gestão da Unidade, abrangendo todos os setores, sistemas de documentação e arquivos, os trâmites burocráticos e boas

práticas administrativas, desenvolvimento do conceito de custos, formação gerencial para as chefias, estabelecimento de metas de qualidade para todos os setores, criação de um painel de indicadores institucionais, planejamento estratégico, ferramentas de melhoria.

## ➤ RECEPÇÃO

A recepção da unidade, necessita de profissional capacitado para atender ao público e preparado para enfrentar situações de instabilidade emocional por parte do cliente e /ou acompanhantes, solicitando apoio quando necessário ao grupo técnico assistencial.

Se faz necessário também conhecer todas as ações e serviços oferecidos pela unidade, inclusive horários e datas dos diversos atendimentos.

Registrar os boletins de atendimento ou prontuários por impressos ou por meio informatizado, conforme dispor a unidade.

Identificar o cliente, acompanhantes ou visitantes.

Realizar encaminhamentos internos de clientes, acompanhantes ou visitantes internos.

Nossos colaboradores da recepção estarão sempre uniformizados e identificados com o uso de crachá.

A seguir descreveremos sua rotina de serviço e atribuições dos colaboradores:

- ✓ Coordenar, orientar e supervisionar o trabalho da recepção da Unidade;
- ✓ Estabelecer normas e rotinas relacionadas ao funcionamento da recepção, através da constante revisão do Procedimento Operacional Padrão (POP);
- ✓ Manter diariamente atualizado os relatórios de origens dos pacientes, procedimentos da Unidade; atendimentos por CID e atendimentos por especialidade;
- ✓ Responsabilizar-se pelo arquivo de toda documentação médica;
- ✓ Emitir declarações e responder ofícios relacionados à área de documentação médica;

- ✓ Recolher e separar o excesso de documentos das salas (prescrições, exames e livros) arquivando-os em caixa própria em lugar específico;
- ✓ Responsabilizar-se pelos achados e perdidos e armazená-los em armário próprio na sala da administração (serão considerados achados e perdidos: material pertinente a documentos, chaves, óculos, carteira, celular, e adornos como brinco, cordão, anel, relógio, pulseira e objetos pequenos /ou de valor, exceto roupas, travesseiro, coberta, sandália.);
- ✓ Responsabilizar-se pela organização dos carros no estacionamento;
- ✓ Anotar e comunicar à Gerência administrativa qualquer intercorrência na Unidade (Problemas com atendimento, conflitos, falta de materiais, etc);
- ✓ Efetuar o controle de escala mensal dos funcionários.



Recepcionista

- I. *Participar do sistema de acolhimento dos pacientes;*
- II. *Registrar os pacientes acolhidos na Unidade;*
- III. *Receber comunicações de serviço;*
- IV. *Transmitir mensagens urgentes relacionadas ao serviço aos servidores da Unidade e a outros órgãos;*
- V. *Receber correspondências urgentes encaminhadas a Unidade*

#### ➤ **SERVIÇO DE ARQUIVAMENTO DE PRONTUÁRIO**

O Serviço de Arquivamento de Prontuário possui mecanismos de controle para garantir a integridade, guarda e privacidade dos dados registrados no prontuário do paciente.

Estabelece mecanismos para assegurar a melhoria contínua de qualidade dos registros constantes no prontuário do paciente, principalmente em relação a registros incompletos e/ou omitidos quando da assistência prestada ao paciente.

Assegura que toda informação fornecida pelo paciente ao médico e à equipe multiprofissional seja sigilosa.

Estabelecer que o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) seja o setor normativo e regulador da documentação referente a prontuários

Objetivos:

Garantir que o sigilo e o acesso aos dados referentes aos pacientes, registrados nos prontuários, sejam tratados de acordo com as responsabilidades éticas, legais e políticas do SBIBAE.

Assegurar a confidencialidade e segurança de toda e qualquer informação, inclusive as classificadas como sensíveis, de tal forma que o paciente esteja protegido e seguro em relação aos dados que possam causar constrangimentos e/ou preconceitos, danos morais, dentre outros.

Manter todos os prontuários, inclusive os que contenham informações sensíveis - aquelas que causam algum tipo de constrangimento/preconceito ao paciente -, em regime de confidencialidade e segurança absoluta, de modo a assegurar que somente pessoas autorizadas tenham acesso a elas.

Garantir que a assistência prestada esteja totalmente registrada, preservando os direitos dos pacientes e dos profissionais de saúde envolvidos e da Instituição. Garantir a guarda e as condições adequadas para que não haja perda por intempéries ou extravio de documentos.

Manter todos os prontuários, inclusive os que contenham informações sensíveis - aquelas que causam algum tipo de constrangimento/preconceito ao paciente -, em regime de confidencialidade e segurança absoluta, de modo a assegurar que somente pessoas autorizadas tenham acesso a elas.

Garantir que a assistência prestada esteja totalmente registrada, preservando os direitos dos pacientes e dos profissionais de saúde envolvidos e da Instituição.

Garantir a guarda e as condições adequadas para que não haja perda por intempéries ou extravio de documentos.

Indicação:

Será aplicada:

- Nos processos de consulta referentes aos pacientes;
- Nos processos de omissões, correções, rasuras ou extravios de registros;
- No cumprimento das exigências legais quanto a presença de registros dos dados;

- As informações contidas no prontuário - pertencem ao paciente e estão sob a guarda e supervisão permanente da Instituição. Elas são guardadas pelas seguintes legislações:
    - Seção IV do Código Penal: Artigos 153 e 207;
    - Código Civil: Artigo 24;
    - Código Civil: Artigo 177;
    - Código de Ética Médica, Capítulo V - Artigos 69 e 70 e Capítulo IX - artigo 108;
    - Conselho Federal de Medicina, Resolução 1.605, de 15/09/2000: Artigos de 1º a 9º;
    - Conselho Federal de Medicina (CFM) - Resolução 1.638 de 15/07/2002;
    - Conselho Federal de Medicina - Resolução 1.639 de 15/07/2002.
- Pacientes que necessitam de suporte para a sobrevivência, que impliquem em cuidados intensivos com ventilação mecânica serão

admitidos na CTI com base no prognóstico de qualidade de vida  
(critério de recuperabilidade).

### Criação e Revisão de Impressos

O controle e fluxo de revisão ou criação de novos impressos é coordenado pelo Grupo Executivo do Prontuário (GEP).

Esse controle envolve: avaliação, validação e aplicabilidade do conteúdo em conformidade com os padrões do Sistema de Qualidade; padrões de formatação do documento, e fluxo de solicitação de impressos novos e revisados.

Os serviços que têm impressos específicos e exclusivos deverão realizar a validação do conteúdo por consenso entre a unidade/ serviço e especialistas, médicos envolvidos na assistência ao paciente.

Os impressos específicos deverão ser aprovados pelo Coordenador Médico da área, responsável inclusive por estabelecer o conteúdo, o fluxo de criação, revisão e controle dele.

Nesses casos caberá ao GEP somente rever os conteúdos para identificar falhas ou ausência de algum item necessário por questões de legislação ou processos de qualidade (certificação e acreditação).

Os serviços que têm impressos específicos poderão realizar a validação deles desde que:

- Os impressos mantenham local para etiqueta de identificação do paciente na Instituição;
- Os impressos contenham o logotipo padronizado da Instituição;
- Seja estabelecido um processo de auditoria para assegurar a efetividade e utilidade do documento;
- Informem o GEP sobre o processo, enviando uma cópia do impresso para conhecimento desse Grupo.

#### Prontuário institucional

A identificação do paciente, gera um registro único (número do prontuário), em que estarão vinculados os diversos atendimentos realizados na Instituição (número da passagem).

O prontuário mínimo do paciente com permanência acima de 24 horas deverá estar de acordo com a resolução 1.638 do CFM; lei Nº 10.241, de 17/03/99 - Gov. Mário Covas; resolução 169, do 19/06/1996 - SS/SP; e SEQ:

- ✓ Identificação do paciente em todos os impressos;
- ✓ Identificação do profissional em todos os impressos, com data, hora, assinatura, nome legível ou carimbo, número do conselho regional respectivo;
- ✓ Diagnósticos (hipóteses e diagnóstico final);
- ✓ Anamnese / Exame físico;
- ✓ Avaliação inicial;
- ✓ Avaliação de Risco;
- ✓ Plano Educacional;
- ✓ Prescrições médica e de enfermagem diárias;
- ✓ Evoluções médica e de enfermagem diárias;
- ✓ Evoluções de outros membros da equipe multidisciplinar;
- ✓ Conduta terapêutica;
- ✓ Exames complementares;

- ✓ Controles diários;
- ✓ Consentimentos informados: cirúrgico / procedimento invasivo, de risco e anestesia / sedação e transfusão de sangue e hemoderivados;
- ✓ Avaliação pré-anestésica;
- ✓ Relatório cirúrgico;
- ✓ Recuperação pós-anestésica;
- ✓ Resumo de Internação;
- ✓ Orientações pós-alta;
- ✓ Relatórios de transferência.

#### Registro das informações

Durante o atendimento ao paciente (em regime de internação, ambulatorial ou de emergência), os membros da equipe multiprofissional, envolvidos na assistência do paciente (corpo clínico, enfermagem, reabilitação, nutrição, farmácia, psicologia) terão acesso ao prontuário para inclusão de dados referentes ao seu tratamento.

Nos atendimentos (mais de 24 horas de permanência), esses registros são realizados em impressos do prontuário institucional e a forma de preenchimento está descrita no “Manual de preenchimento do prontuário”.

Para os atendimentos ambulatoriais e de emergência, cada serviço é responsável pela manutenção das regras de preenchimento dos seus impressos específicos. Todos os registros no prontuário necessitam de identificação do profissional, data, hora e número do conselho de classe.

A unidade reconhece as assinaturas ou rubricas desde que o número do respectivo conselho esteja legível, sendo possível identificar o profissional responsável pela anotação.

A tabela utilizada para codificação dos diagnósticos com finalidade estatística é a Classificação Internacional de Doenças - décima revisão (CID-

A tabela utilizada para codificação dos procedimentos com finalidade estatística é a do Sistema de Informações do Sistema Único de Saúde - SUS.

As abreviaturas e os símbolos podem ser utilizados desde que sejam de conhecimento e uso comuns da equipe envolvida.

#### Ordens telefônicas

Segundo Art. 62 do Código de Ética Médica é vedado ao médico prescrever tratamento ou outros procedimentos sem o exame clínico direto do paciente, salvo em condições de urgência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente cessado o impedimento.

Esta Instituição estabelece que esse impedimento não deverá ultrapassar 24 horas. A referida ordem deverá ser dirigida à Enfermeira responsável pela Unidade e está deverá efetuar registro na prescrição médica, com data, hora, profissional responsável pela ordem, nome do medicamento e sua assinatura.

#### Acesso às informações

Os membros da equipe multidisciplinar, envolvidos na assistência ao paciente têm acesso às informações do prontuário durante o período de tratamento, sem a necessidade de autorização prévia por parte do paciente.

As informações de internações anteriores são disponibilizadas por meio eletrônico (prontuário digitalizado), desde que a alta da última internação tenha ocorrido em período superior a sete dias úteis.

Os prontuários físicos têm liberação imediata quando não estão digitalizados. Após a digitalização, os prontuários físicos são encaminhados para guarda terceirizada, sendo que a eventual liberação acontecerá em um dia útil.

Durante a internação e após a alta, somente o paciente, seu representante legal ou pessoa por ele nomeada no documento “Condições

Gerais para Admissão e Tratamento do Paciente” poderá autorizar a liberar as informações a terceiros, à exceção das condições a seguir:

**Menores e dependentes:** qualquer um dos pais poderá assinar;

**Paciente falecido, na seguinte ordem:**

- Esposo(a) do paciente;
- Representante legal atuante de direito;
- Filho(a) adulto(a);
- Um dos pais;
- Irmão(ã) adulto(a);
- Guardião ou responsável por ocasião do óbito;
- Comprometimento físico e/ou mental: representante legal.

 Acesso para consulta de terceiro

O SAME poderá liberar o acesso ou consulta às informações contidas no prontuário do paciente para as seguintes categorias:

- ✓ Comissões internas e auditorias com o objetivo de avaliação e controle de qualidade;
- ✓ Fontes pagadoras do tratamento atual e mediante autorização do paciente no documento “Condições Gerais para Admissão e Tratamento do Paciente”;
- ✓ Equipe multiprofissional relacionada com o atendimento, o diagnóstico ou tratamento, de acordo com a “Política de Acesso a Informações”;
- ✓ Auditorias administrativas, financeiras e médicas relacionadas com o atendimento atual;
- ✓ Pesquisadores para levantamentos científicos com autorização formal do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa - IIEP e Comissão de Ética em Pesquisa;
- ✓ Representantes legais que asseguram o cumprimento da Lei: a liberação de informações requisitadas por órgãos oficiais somente será honrada para aqueles que tiverem posse da requisição legítima ou legal para recebê-las;

- ✓ Procedimentos legais: todas as requisições para liberação de informações para fins litigiosos serão enviadas ao Gerenciamento de Risco e/ou Departamento Jurídico.

#### Informações telefônicas

É vedado a qualquer membro da equipe multiprofissional fornecer informações do prontuário do paciente a terceiros, salvo com autorização do paciente ou representante legal (art. 83 e 117 do Código de Ética Médica). Somente a Enfermeira responsável da unidade poderá dar informações telefônicas sobre o paciente, nos casos onde se aplica.

#### **Termo de Condições Gerais**

Todos os pacientes a ficarem em observação na unidade devem assinar o “Termo de Condições Gerais para Admissão e Tratamento do Paciente” que descreve as pessoas autorizadas a manipularem o prontuário para consultas, como Comissões da unidade, Companhias de Seguro e Organizações Oficiais. Direitos e Deveres do Paciente, Responsabilidade pelo pagamento das contas hospitalares, honorários Médicos e Segurança.

## Auditorias:

A auditoria pelas Fontes Pagadoras e/ou Seguros de Vida no prontuário do paciente só poderá ser realizada por profissional médico e/ou enfermeiro, devidamente qualificado e identificado através da apresentação de sua identificação profissional (expedida pelo Conselho Regional respectivo) e o crachá da empresa que ele representa no momento da consulta.

A Fonte Pagadora terá acesso apenas às informações daqueles pacientes beneficiários de sua carteira de clientes, e dos atendimentos cujo pagamento foi arcado por essa empresa.

O SAME dispõe de equipe de auditores internos que avaliam, de maneira sistematizada, o nível de conformidade de preenchimento do prontuário.

## Emissão de cópias de prontuários

A emissão de cópia de quaisquer informações do prontuário do paciente é proibida, a não ser que tenha consentimento por escrito do paciente ou seu

representante legal. Esse consentimento deverá ser declarado em formulário próprio, fornecido pelo SAME, mediante a presença de duas testemunhas:

- ✓ Esposo(a);
- ✓ Representante legal atuante de direito;
- ✓ Filho(a) adulto(a);
- ✓ Irmão(ã) adulto(a) guardião ou responsável.

A cópia deverá ser realizada nas dependências do SAME e, em condições excepcionais, poderá ser realizada em outro local, desde que acompanhada por um funcionário do SAME (seguindo as normas estabelecidas pelo setor).

Todos os prontuários xerocados, e suas respectivas cópias deverão ter suas páginas numeradas, frente e verso. Em caso de transferência do paciente para outro serviço a enfermagem terá autonomia para copiar os documentos necessários para garantir a continuidade da assistência, devendo estar registrados no prontuário quais documentos foram copiados e para quem foram entregues.

O médico pode receber cópias de imagens de procedimentos realizados por ele (CD-ROMs ou DVDs), de acordo com o documento “Condições Gerais para Admissão e Tratamento do Paciente”. Órgãos da administração da Instituição podem solicitar ao

SAME cópias de prontuários com a finalidade de análise de casos de risco para o paciente ou a Instituição.

Neste caso, os solicitantes são responsáveis pela manutenção do sigilo das informações e devem se comprometer a seguir a legislação vigente. Em caso de extravio ou perdas de cópias de prontuários sob guarda da administração, deverá ser lavrado um Boletim de Ocorrência, de acordo com as normas institucionais vigentes, assim como deve ser notificado o SAME.

#### Transferências para outra instituição

A unidade de internação do paciente deverá emitir cópia da última prescrição médica, impresso da transferência e Resumo de Internação. Não há necessidade de solicitar autorização do SAME. Esta medida visa agilizar o processo de transferência e garantir a continuidade do cuidado.

#### Omissões:

As omissões e/ou o preenchimento incompleto do prontuário só poderão ser corrigidas pelo profissional que prestou a assistência (médicos, enfermeiros, auxiliares, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, dentistas, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais). O prazo para a correção não deverá ultrapassar 60 (sessenta) dias da alta do paciente. Poderá ser utilizado o próprio impresso questionado ou uma

Comunicação Interna (CI), registrando-se a data e a hora da correção e a data do registro a que se refere, de acordo com a orientação do SAME.

Notificações de comparecimento do profissional envolvido para proceder ao registro de omissão ou erro serão controlados pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística, conforme fluxo descrito (normas do SAME).

Caso os documentos médicos exigidos para admissão do paciente não sejam localizados no prontuário, deverão ser refeitos, sendo obrigatória a data da correção da omissão.

#### Rasuras:

O prontuário do paciente não poderá ter rasuras como: rabiscos, uso de corretivos, duas etiquetas no mesmo espaço indicado. Quando a informação for inadequada, deve-se colocá-la entre parênteses e utilizar-se das expressões:

NÃO SE APLICA; NÃO SE REFERE; NÃO PROCEDE AO PACIENTE, ou SEM EFEITO, DIGO, e outras. Havendo rasura, o profissional será convocado no caso de justificá-la em CI. Ao não comparecimento a tal convocação, o SAME encaminhará o caso à Coordenação Médica ou aos gerentes das áreas envolvidas.

### Perdas ou extravio:

Havendo extravio de documentos dos prontuários dos pacientes internados, ou perda deles, o SAME deverá realizar todos os esforços necessários, juntamente com a equipe envolvida, para solucionar o problema, documentando-os. Não sendo possível localizar o documento, esgotados todos os esforços para tal, no prazo de 72 horas deverá ser registrado um Boletim de Ocorrência Policial com orientação e acompanhamento do Serviço de Segurança patrimonial.

O Serviço de Arquivo Médico e Estatística não aceitará informações verbais sobre o extravio de impressos do prontuário do paciente internado. A Unidade garante a guarda de prontuários de risco (processo judicial e/ou gerenciamento de risco) em arquivos especiais contra incêndio e furto.

A Unidade mantém os prontuários de pacientes internados arquivados no SAME fechados até a digitalização deles, sendo, após esse processo, encaminhados para guarda terceirizada. Os setores que atendem pacientes ambulatoriais podem guardar prontuários em suas áreas para a garantia da continuidade do tratamento, desde que atendam às normas emitidas pelo SAME e regidas por esse documento.

### Guarda do prontuário:

Ao SAME compete garantir a guarda ilimitada (Resolução CFM 1.639/02), o sigilo e o acesso às informações do prontuário do paciente internado após a alta. Durante o período de internação, é da responsabilidade da equipe multiprofissional tais garantias.

O prontuário poderá ser substituído por métodos de registros capazes de assegurar a restauração plena das informações nele contidas (digitalização) de acordo com a legislação vigente. Toda e qualquer consulta ao prontuário físico fechado de paciente internado deverá ser realizada no SAME, seguindo as rotinas estabelecidas pelo serviço.

#### ➤ **SALA DE ESPERA HUMANIZADA**

Consideramos que humanizar significa agregar valores éticos, respeito e solidariedade ao ser humano, considerando, assim, as circunstâncias sociais, étnicas, educacionais e psíquicas que envolvem o indivíduo.

Deve ser pautada no contato humano, de forma acolhedora e sem juízo de valores, contemplando a integralidade do ser humano. Acolhendo o usuário desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário.

Os sujeitos da relação utilizam recursos de comunicação diferentes, o que requer comunicação, diálogo, respeito pelo outro, aceitação das diferenças, de modo a ir conformando uma relação de confiança mútua.

Pensando nisso, temos como proposta para esse Acolhimento nas Unidades de Saúde, a continuidade da Sala de Espera Humanizada, que foi implantada durante a Semana nacional de Humanização. Sendo assim, buscamos na sala de espera uma estratégia fundamental para a promoção da saúde visando atuar sobre o conhecimento das pessoas para que elas desenvolvam a capacidade de intervenção sobre as suas próprias vidas.

Sabemos que a rotina das Unidades de Saúde é constantemente tumultuada, com excesso de usuários à espera de consultas, procedimentos, etc., e acreditamos que esse momento seja importante para esclarecer aos usuários sobre temas relevantes para conhecimento do fluxo, construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos com corresponsabilidade, a participação e o fortalecimento do controle social e a democratização das relações de trabalho, onde os profissionais tirariam dúvidas dos usuários, possibilitando a inter-relação entre todas as pessoas, sejam elas profissionais ou pacientes.

Esse momento propiciaria também, a experiência de viver uma diversidade de situações nas quais, mesmo diante das tensões e dos riscos nos momentos mais

difíceis, é possível trilhar novos caminhos nos quais possamos demonstrar a solidariedade implicada no cuidado e a sua conseqüente humanização

Nessa perspectiva o acolhimento, é um processo contínuo e não apenas a etapa do atendimento que se dá nas portas dos serviços, embora esse primeiro momento do encontro seja estratégico para toda a relação. Permeando todos os momentos da atenção à saúde, o acolhimento deve envolver todos os profissionais e equipes nas diferentes fases e unidades em que o serviço de saúde e o cidadão se encontram.

## OBJETIVO

Esclarecer ao usuário do Sistema Único de Saúde informações sobre o funcionamento dos serviços oferecidos através de educação em saúde.

## METODOLOGIA

Funcionários de diversos setores da Secretaria Municipal de Saúde realizam momentos educativos com duração de quinze minutos aproximadamente, diariamente nas várias salas de espera das Unidades de Saúde. Estas ações são desenvolvidas com o intuito de fornecer informações ao usuário deste sistema, afim de esclarecer suas dúvidas de forma humanizada.

## RESULTADO ESPERADO

Esperamos com estas ações acolher o usuário do Sistema Único de Saúde, fornecendo a eles uma diferenciada forma de acesso ao Sistema através de informação de qualidade, tentando assim humanizar o atendimento, sempre visando à satisfação do usuário.

O desafio está em sempre buscar o momento e um espaço para educar. Neste contexto a sala de espera se mostra um local propício do início do processo de educação que começa antes da consulta médica, constituindo um espaço para passar informações relevantes ao paciente e para compartilhamento de informações com pessoas que possuam uma necessidade de saúde em comum.

## ➤ **ALMOXARIFADO**

### **Finalidade**

A Unidade de Suprimentos tem a finalidade de gerenciamento dos suprimentos, representados pelos medicamentos, materiais permanentes, de consumo e gêneros alimentícios. A Unidade tem a responsabilidade do planejamento dos suprimentos, desde a previsão de consumo, procedimentos de aquisição e garantia da integridade dos produtos utilizados através do correto acondicionamento e movimentação dos mesmos até a gestão dos estoques e dispensação às áreas requisitantes

### **Organização**

A Unidade de Suprimentos tem sob sua responsabilidade as atividades das seguintes áreas:

- ✓ Compras
- ✓ Almoxarifado

### **Atribuições Gerais**

Cabem à Unidade de Suprimentos as seguintes atribuições gerais:

- ✓ Prever o consumo de material, a fim de proceder a aquisição e distribuição de material em tempo adequado, garantindo assim um bom nível de serviço prestado a todas as áreas;
- ✓ Comprar suprimentos em condições competitivas, mais favoráveis e econômicas e receber todos os itens de material utilizados na unidade;
- ✓ Estocar e distribuir de forma eficiente todos os itens existentes e utilizados na unidade, com exceção dos gêneros alimentícios perecíveis, medicamentos e drogas, os quais são gerenciados pela Farmácia, visando as necessidades da unidade;
- ✓ Manter controle dos itens e da sua movimentação interna, através da codificação e padronização de material estocado;
- ✓ Manter o registro centralizado e atualizado das entradas e saídas de todos os materiais;

- ✓ Notificar a Direção Administrativa Financeira com Relatórios de Consumo e suas respectivas previsões.

### **Atribuições Específicas da Área de Compras:**

- I. Desenvolver novos produtos e fornecedores no mercado de material médico e insumos;
- II. Estabelecer e manter atualizado um cadastro geral de materiais;
- III. Estabelecer e manter atualizado um cadastro de fornecedores;
- IV. Emitir as tomadas de preços ou diretamente contatar os fornecedores e identificar as melhores condições de fornecimento;
- V. Obedecer as especificações técnicas dos materiais a serem adquiridos;
- VI. Efetuar todas as compras em nome da Instituição-OS;
- VII. Desenvolver os meios de transporte das mercadorias, caso seja necessário, assim como as respectivas empresas prestadoras desses serviços;
- VIII. Manter a Direção da unidade sempre informada quanto aos problemas de aquisição e/ou atrasos de entrega dos materiais comprados pela Instituição;
- IX. Garantir o suprimento constante de todos os recursos materiais necessários ao funcionamento da unidade

### **Atribuições Específicas do Almoxarifado:**

- I. Receber e verificar todos os materiais comprados, conferindo sua qualidade, quantidade e especificações técnicas;
- II. Realizar a devolução aos fornecedores, quando, em qualquer situação de recebimento for identificado divergências quantitativas, qualitativas e de especificação técnica dos materiais;
- III. Estabelecer e manter atualizados os arquivos a respeito do recebimento e distribuição de material;
- IV. Enviar os gêneros alimentícios perecíveis ao Serviço de Nutrição para sua verificação e correta estocagem;
- V. Informar às áreas requisitantes o devido recebimento de seus pedidos;
- VI. Proporcionar uma correta armazenagem dos materiais, respeitando as características técnicas e geométricas (volume) a fim de se evitar possíveis avarias e deterioração;
- VII. Solicitar a compra de materiais que se fizerem necessários, momento este quando identificado o Ponto de Ressuprimento do produto estocado, a fim de garantir estoque suficiente para abastecimento da unidade;

- VIII. Manter a organização do depósito de materiais em perfeita harmonia com as condições ideais de trabalho, com as respectivas sinalizações, indicações, regras de segurança, e principalmente, a higienização e eliminação de materiais deteriorados ou vencidos.

### **Indicadores de Suprimentos**

- I. Mapa Materiais Comprados no Mês;
- II. Mapa Materiais Gastos por Setor;
- III. Mapa Movimento Mensal de Materiais;
- IV. Mapa Consumo Mensal de Materiais;
- V. Mapa Movimento Mensal de Medicamentos;
- VI. Mapa Consumo Mensal de Medicamentos;
- VII. Custos de Administração e Controle dos Estoques:
  - ✓ Índice Rotação Estoques;
  - ✓ Índice Financiamento Estoques;
  - ✓ Índice Endividamento Estoques.
- VIII. Análise das Compras Anuais x Estoque Mínimo;
- IX. Rotação dos Estoques;
- X. Fórmulas de Apuração do Custo Unitário:

- ✓ FIFO, LIFO, NIFO;
- ✓ Custo Médio Simples;
- ✓ Custo Médio Ponderado;

XI. Inventários;

XII. Auditoria na Administração de Materiais;

XIII. Curva ABC.

## ➤ LOGÍSTICA DE INSUMOS E GESTÃO

A principal finalidade da administração de insumos consiste em colocar os recursos necessários ao processo produtivo com qualidade, em quantidades e tempo adequados, e com o menor custo.

A gestão dos estoques e as aquisições serão realizadas de forma centralizada, sendo o Almoxarifado Central responsável pela manutenção, guarda, reposição e distribuição aos estoques satélites e centros de custos, e o setor de Compras e Contratações responsável pelas aquisições respeitando as regras de negócios definidas no Regulamento de Compras e Contratações do IIFHES.

Atuaremos na melhoria da cadeia de suprimentos com a implantação de duas ferramentas integradas ao sistema de gestão, que auxiliarão no planejamento, aquisições, monitoramento e controle.

A precisão na gestão de estoques é um grande desafio para qualquer organização, pois, representa quanto ativo a organização terá “parado”. Manter níveis de estoques maiores apesar de trazer maior conforto operacional, são custosos e algumas vezes empatam considerável quantidade de capital, representa também riscos porque altos níveis de estoques por vezes tornam-se obsoletos e são mais passíveis a perdas, além de ocuparem espaços valiosos. Por outro lado, a possibilidade de ruptura no estoque atemoriza não só os gestores dos estoques como toda a organização, desde o consumidor final até alta administração.

No que diz respeito a Unidade de saúde, a falta de um insumo ou medicamento pode representar a impossibilidade de um tratamento ou um procedimento, o que pode acarretar complicações ao paciente.

Accioly (2013), Ayres (2013) e Sucupira (2013), afirmam que “o gestor de estoques está sempre em busca de soluções para os problemas e dificuldades do seu cotidiano e precisa de uma abordagem pragmática, pois a aplicação dos conceitos requer o uso de ferramentas matemáticas e computacionais, cujo manejo difícil frequentemente o impede de adotar técnicas que aumentariam a competitividade do seu negócio”.

Diante do cenário de orçamentos cada vez mais reduzidos, e da necessidade de otimização na gestão dos recursos e dos estoques, um dos principais motivos para ter um bom planejamento e controle de estoques é o grande impacto financeiro que é possível alcançar através do aumento da eficiência e eficácia nas operações da Organização.

Nesse contexto, implantaremos duas ferramentas web que auxiliam os processos de reposição de estoque e a gestão de estoque como um todo, integradas ao sistema ERP que utilizaremos na Unidade.

A principal proposta das ferramentas é, redução dos níveis de estoques sem impactar nos níveis de serviço ao melhor custo/benefício, o que traduz uma melhor gestão dos recursos sem negligenciar a assistência ao paciente, além de otimizar o esforço operacional do gestor de estoque, e subsidiar as decisões sobre reposições.

## PROCESSO DE REPOSIÇÃO DE ESTOQUE

As compras para reposição de estoque terão como base o fluxo de processo ilustrado abaixo:

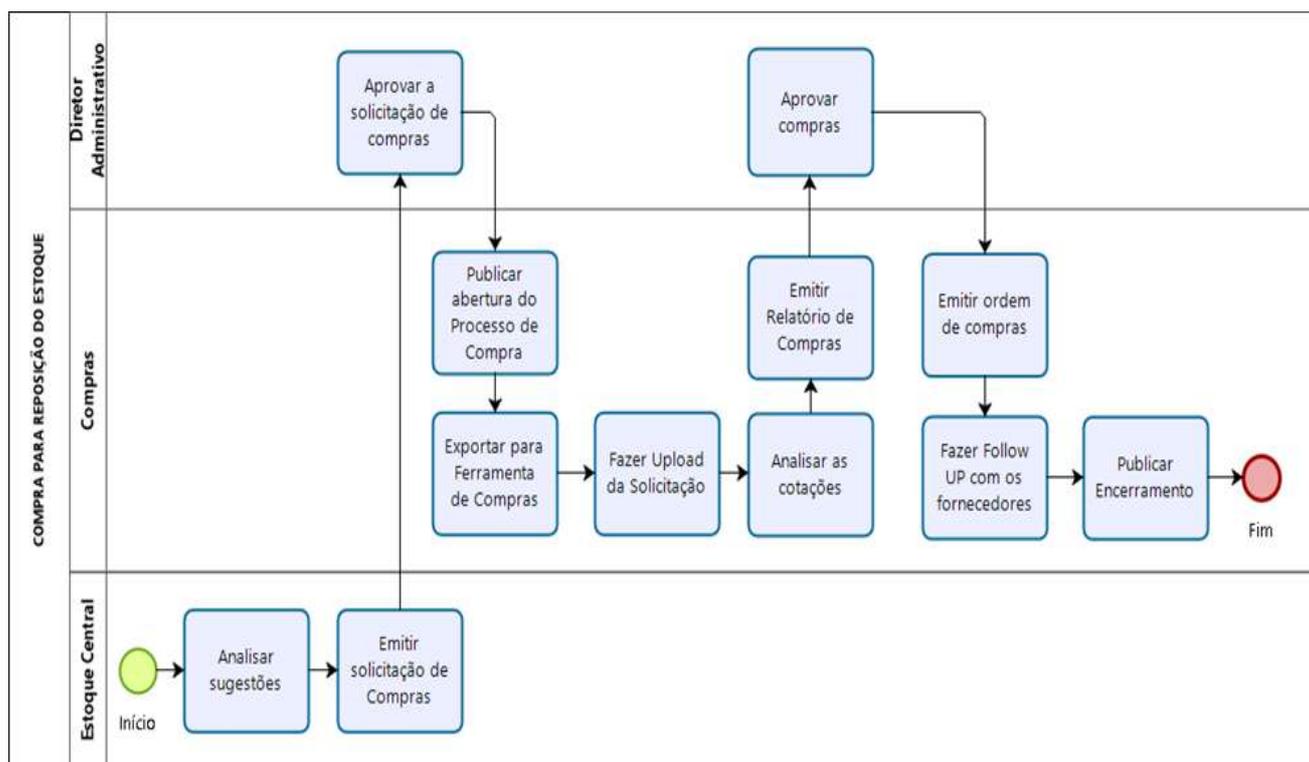


Figura 1 - Fluxo de processos de Reposição de Estoque

## FERRAMENTA DE GESTÃO DE ESTOQUES

O Planejamento de Estoques é atividade essencial dentro das Unidades de saúde, um estoque que não esteja o mais adequado possível a realidade da unidade gera rupturas ou excessos, o que em ambos os casos pode causar grandes danos à gestão.

Implantaremos uma ferramenta online para gerenciamento de estoques. Que realizará a integração automática e diária de dados com o ERP da Unidade, via agendamento na madrugada (leitura de informações como: cadastro de itens, inventário, movimentações de saída, processos de compras, etc.), e retorno de processo de compras para o ERP (solicitação ou ordem de compra) em processo

agendado a cada 5 minutos.

A solução atua diretamente na cadeia de suprimentos, traz visibilidade e inteligência à gestão, apontando as diretrizes que irão nortear de forma eficaz as decisões a serem tomadas, considerando que um estoque que não esteja o mais próximo possível da real necessidade da unidade gera falta ou excessos. A solução automatiza todo o processo de planejamento de estoques, reduzindo o stress operacional pelo esforço manual, conferindo assertividade, segurança e transparência ao processo.

Oferece um sistema de planejamento de demanda e gestão de estoques que se integra ao sistema de gestão (ERP), otimizando nível de estoques e de serviços, reduzindo custos operacionais e possibilitando ganhos para as instituições.

A ferramenta contribui para a redução de custos através da automação dos processos internos, obtendo maior visibilidade e consequentemente, melhores resultados que se traduzem em economia, transparência e inovação.

O esforço do gestor de estoque é reduzido a avaliar e aprovar as sugestões geradas pelo sistema. Uma vez a sugestão aprovada, vira solicitação de compras e inicia um processo de compra.

Este processo é visualizado no ERP da Unidade e exportado para a ferramenta de Compras. Após finalizado o processo de compras, as ordens de compras geradas

são importadas para o ERP e em seguida para a ferramenta de gestão de estoques, de forma automatizada.

## METODOLOGIA

A ferramenta faz uso das principais ferramentas e técnicas no que diz respeito a *Supply Chain*, como as curvas de estoque, consumo médio mensal, estoque de segurança, cobertura de estoque, tendência e comportamento sazonal da Unidade, *lead time* (tempo de reposição) e dimensionamento de lotes, todas as informações com base nos dados registrados no ERP da Unidade.

A ferramenta avalia ainda as classificações ABC, XYZ, PQR e 123, as quais dizem respeito a volume financeiro, nível de criticidade, nível de popularidade e nível de complexidade de aquisição, respectivamente. Essas classificações, quando bem definidas e combinadas, auxiliam no direcionamento de estratégias sem desperdícios de recursos e maximizam resultados e método de reposição de estoque baseado em Kanban. Tudo para que auxilie na melhor gestão de estoque.

Algumas das principais ferramentas e técnicas utilizadas pela solução serão descritas abaixo

Classificação ABC (Volume Financeiro)		Classificação XYZ (Nível de criticidade)	
A	Alto volume financeiro (R\$)	X	Baixa criticidade
B	Médio volume financeiro (R\$)	Y	Média criticidade
C	Baixo volume financeiro (R\$)	Z	Alta criticidade
Classificação PQR (Nível de popularidade)		Classificação 123 (Complexidade de aquisição)	
P	Alta popularidade	1	Aquisição fácil
Q	Média popularidade	2	Aquisição difícil
R	Baixa popularidade	3	Aquisição complexa

Tabela - Classificações ABC / XYZ / PQR / 123.

## CURVA ABC

A Curva ABC é uma técnica muito utilizada não só na gestão de estoques como em diversas áreas da administração, ela classifica os itens em ordem de importância, Rafael Lima (2016) caracteriza a Curva ABC como “uma ferramenta muito usada na gestão de estoques, pois ela permite determinar quais itens são mais importantes para a empresa e, portanto, merecem maior atenção no acompanhamento de níveis de estoque ou na realização de inventários.”

As proporções entre A, B e C variam de acordo com o ambiente e demais condições, entretanto, em todos permanecem o conceito, o menor volume de itens representa o maior volume financeiro.

Classe	Quantidade e de itens	Volume Financeiro
A	20%	60%
B	30%	30%
C	50%	10%

Figura 2 - Classificação ABC

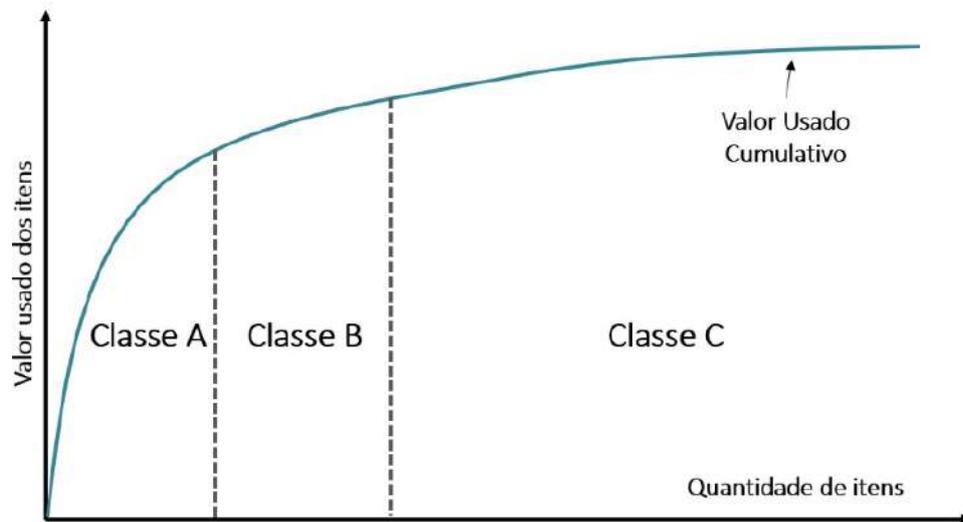


Figura 3 - Curva ABC

## CURVA PQR

Outro fator crítico para definição dos níveis de reposição é a Popularidade (ou frequência de demanda) da SKU. Nesse sentido, a ferramenta classifica os itens P, Q ou R, sendo P (muito popular) Q (média popularidade) e R (pouco popular). De modo a atender os itens muito populares com maior nível de serviço (nível de atendimento), dessa forma é direcionado o foco às necessidades do cliente.

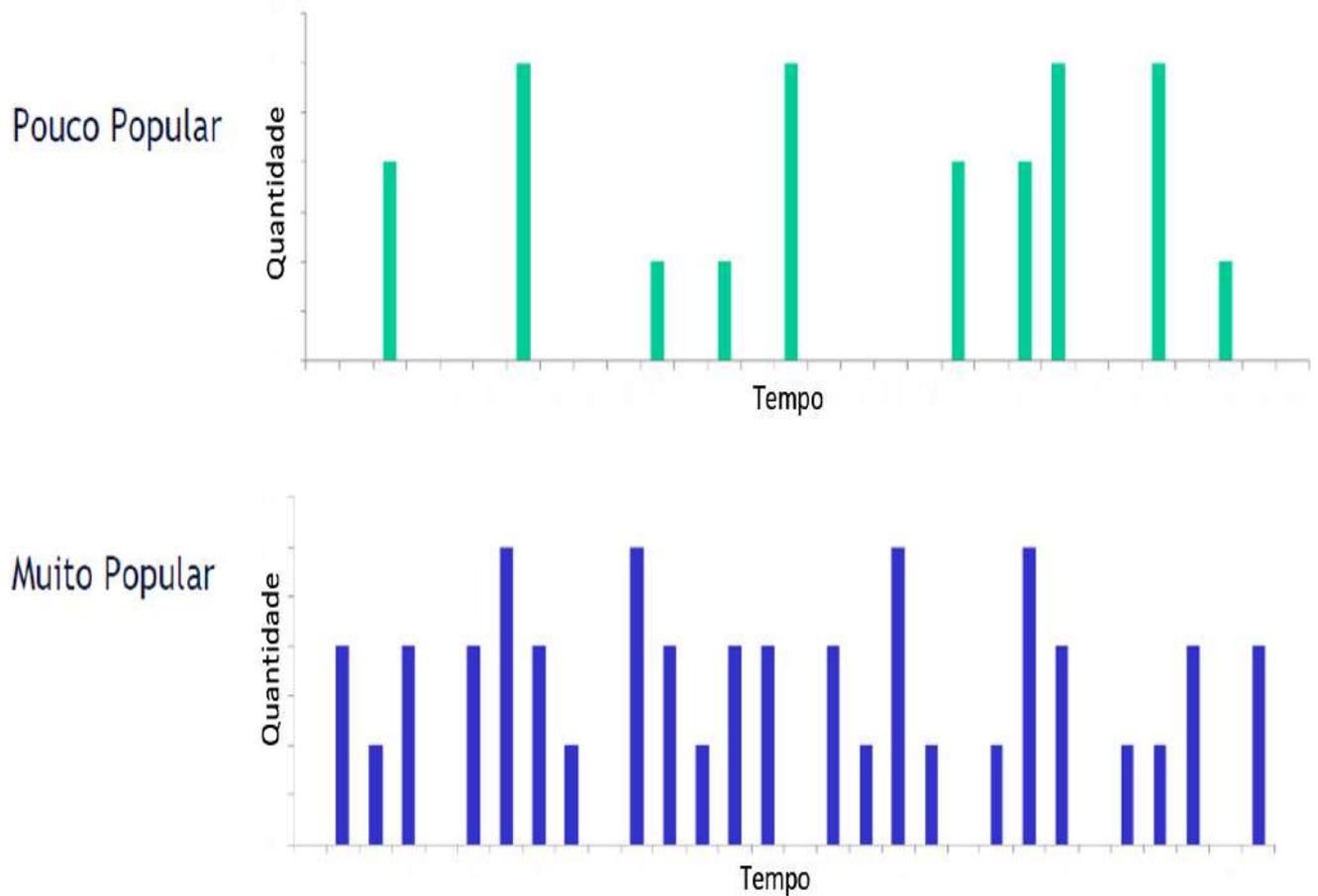


Figura 4 - Curva PQR

#### CURVA XYZ

Esta classificação indica o nível de criticidade, o quão imprescindível o item é para a operação da Unidade, segundo Accioly (2013), Ayres (2013) e Sucupira (2013), “criticidade é o termo utilizado para caracterizar o impacto operacional que a falta de um dado item de estoque pode acarretar. Itens críticos em falta podem paralisar a produção, atrasar as entregas e comprometer o faturamento e a qualidade do serviço ao cliente”. Sendo X (pouca criticidade), Y (média criticidade) e Z (muita criticidade).

X	Não interrompe as operações	Itens de aplicação não importante, com possibilidade de uso de produto substituto existente na organização.
Y	Não interrompe as operações	Itens de importância média, com ou sem similar na empresa.
Z	Sua falta acarreta a	Itens de importância vital, não há

Figura 5 - Curva XYZ

## CURVA 123

Dentre todas as curvas, esta é a menos conhecida, classifica a complexidade de aquisição dos itens de acordo com disponibilidade no mercado, quantidade de fornecedores, prazo de entrega, sendo 1 (aquisição fácil), 2 (aquisição difícil), 3 (aquisição complexa).

Por fim, a ferramenta cria uma árvore de encaminhamento ou matriz, que define de forma automática qual política (perfil de comportamento) cada SKU irá seguir. A Matriz garante que todo item esteja obrigatoriamente associado a uma política. É possível ainda criar políticas que não estejam associadas a matriz, associando o item manualmente.

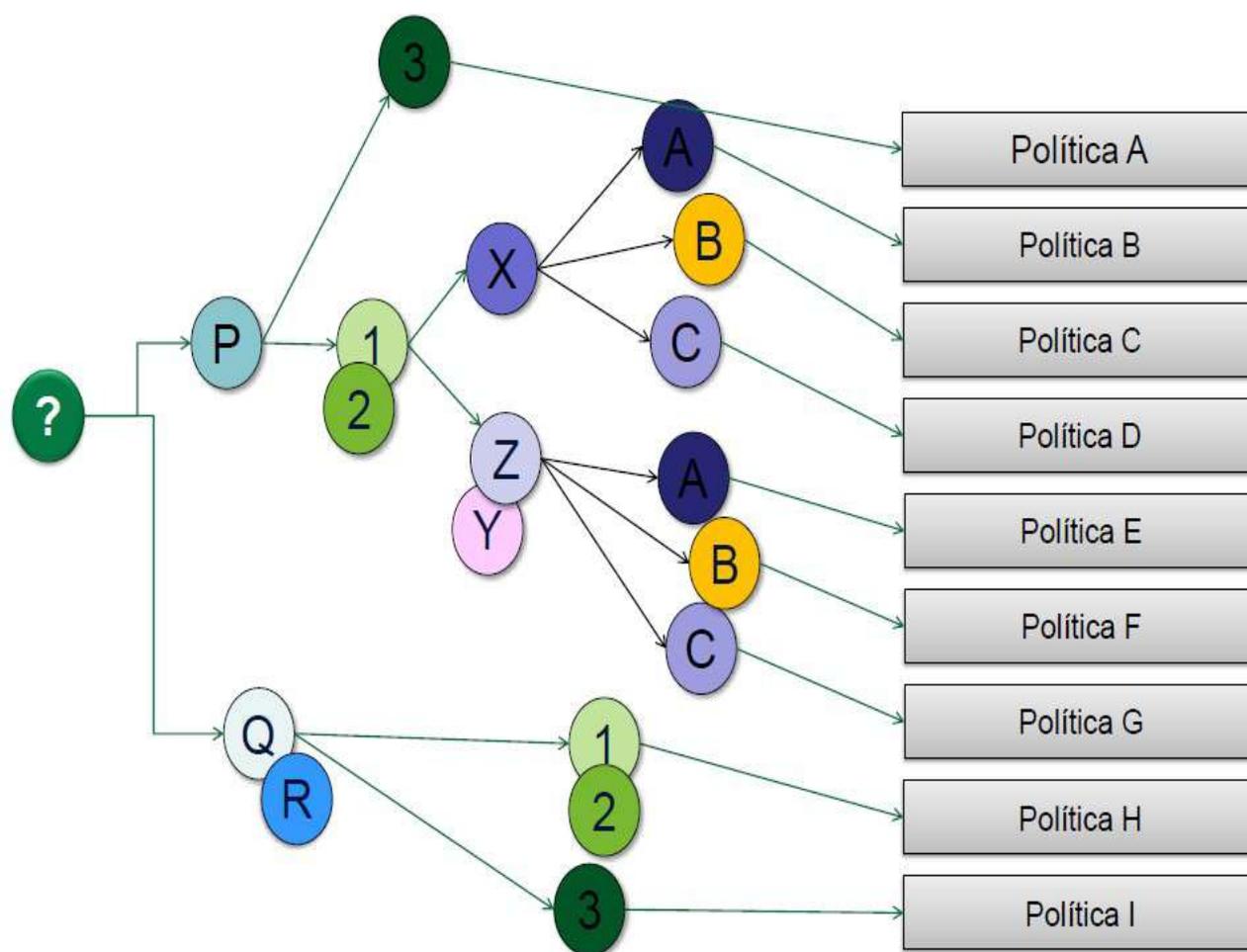


Figura 6 - Árvore de encaminhamento ou matriz

## ➤ HIGIENE E LIMPEZA

O Serviço de Limpeza é aquele destinado a prevenir e garantir a limpeza e higiene das instalações utilizadas pelos profissionais e usuários da Unidade.

O seu adequado funcionamento permite, além de conforto aos usuários da unidade e de seus funcionários, um controle nas infecções hospitalares.

Para tal, o serviço contará com uma equipe atuando nas 24 horas dividida nos seguintes setores:

- Consultórios – A este caberá, no período de funcionamento do atendimento a garantir a higiene de pisos e superfícies assim como a reposição de insumos tais como papel higiênico, toalhas de papel e sabonete nas pias e banheiros permitindo o adequado controle da infecção hospitalar e conforto aos usuários, funcionários e administração.
- Área restrita - A este caberá, durante as 24 horas do dia, garantir a higiene de pisos e superfícies assim como a reposição de insumos tais como papel higiênico, toalhas de papel e sabonete nas pias e banheiros permitindo o adequado controle da infecção hospitalar e conforto aos usuários e funcionários da unidade.
- Área externa – A este caberá, durante as 24 horas do dia, garantir a higiene da área externa de acesso a unidade e ambulatório tais como jardins, necrotério, banheiros públicos, vestiários dos funcionários.

A limpeza dos setores de internação será sempre dividida em:

- Limpeza terminal – Realizada no momento da alta do usuário. Neste momento, caberá ao profissional da limpeza a desinfecção completa do piso, parede e mobiliário conforme a recomendação da CCIH.

- Limpeza concorrente – Limpeza diária realizada em cada setor individualmente, independente da permanência do usuário no leito. Cada setor deverá fornecer uma programação semanal de limpeza e desinfecção visando manter em excelentes condições de higiene geladeiras, áreas de preparo de medicação e farmácias setoriais.

### **Rotina de funcionamento da limpeza**

Deverá ocorrer a cada turno de trabalho de forma padronizada e através de profissional habilitado utilizando equipamentos de proteção individual adequados a realização da limpeza. Deverá ser evitada a limpeza no momento da visita dos familiares.

O profissional deverá estar disponível durante todo o turno de forma que seja possível a realização de limpeza imediata de sujidades que por ventura venham a aparecer após a limpeza concorrente.

- Setores específicos tais como as salas de observação e sutura, deverão ter uma programação definida de modo que permita a limpeza do setor sem o comprometimento da assistência prestada.
- Um supervisor de área deverá a cada turno visitar os setores sob a sua responsabilidade garantindo que as eventuais correções sejam efetuadas em tempo hábil.

## Capacitação profissional

Deverão ser realizados, juntamente com a chefia do setor, a cada três meses, treinamentos de atualização com o objetivo de corrigir eventuais problemas relacionados com a técnica de limpeza.

Cabe a empresa de higienização:

1. Manter as instalações das unidades em boas condições;
2. Reparar danos ocorridos às estruturas prediais, seu mobiliário e instalações elétricas e hidráulicas, dentro de sua competência (prevista em contrato);
3. Manter registros de todos os reparos efetuados;
4. Apresentar relatórios ao coordenador do núcleo administrativo da unidade sobre o estado de conservação da sede e seu mobiliário;
5. Efetuar a limpeza das instalações da unidade de acordo com os termos do contrato;
6. Responsabilizar-se pela separação e recolhimento dos resíduos da unidade (lixo comum e hospitalar), de acordo com as normas da Vigilância Sanitária;
7. Gerenciar o descarte de resíduos produzidos pela unidade;

8. Monitorar a qualidade da água;
9. Supervisionar a limpeza dos filtros de ar condicionado de todos os setores;
10. Observar a necessidade de podas no jardim (área externa).

### ➤ **VIGILÂNCIA – CONTROLE DE ACESSO**

O Serviço de Vigilância e Controle de Acesso é o setor destinado a prevenir e garantir a ordem dentro das instalações da unidade.

O setor contará com o gerente e seus auxiliares que deverão garantir a integridade física dos profissionais, usuários e do patrimônio das unidades de saúde.

Este Serviço será terceirizado conforme termo de referência para a contratação de terceiros para os serviços de vigilância.

Para tal, o Serviço contará com uma equipe atuando nas 24 horas, assegurando que :

- Prestará segurança aos usuários, profissionais e patrimônio do serviço. A este caberá no período de funcionamento do atendimento a garantir o acesso organizado e tranquilo ao setor de marcação de consultas e atendimento.
- Prestará segurança aos usuários, profissionais e patrimônio do serviço. A este caberá nas 24 horas garantir o acesso organizado e tranquilo aos setores de

emergência e internamento. Caberá ainda o controle de visitantes no horário estabelecido assim como o controle de bolsas e sacolas nas dependências.

- Externo – Prestará segurança aos usuários, profissionais e patrimônio da Unidade de Saúde. A este caberá organizar o estacionamento a área livre tais como jardins e acessos a unidade.

- Controle de filmagens – Esta equipe trabalhará na central de imagens da Unidade de Saúde, realizando o controle durante as 24 horas do dia das imagens sob proteção de câmera. Cabe a este grupo ainda a responsabilidade de armazenar, por no mínimo 30 dias, todas as imagens produzidas pelo sistema de segurança.

Cabe a firma responsável pela vigilância:

- Efetuar a vigilância permanente das instalações;
- Garantir a segurança das instalações, equipamentos, pessoal de serviço e usuários dentro das competências estabelecidas pelo contrato de prestação de serviço;
- Manter registros dos incidentes ocorridos;
- Manter registros de entrada e saída de veículos da Unidade;
- Apresentar relatórios ao gerente administrativo;

- Controlar os bens patrimoniais;
- Representar a unidade junto ao órgão competente;
- Identificar problemas na atividade de controle de bens;
- Propor aperfeiçoamento dos processos de controle de bens patrimoniais;
- Informar sua chefia imediata das alterações encontradas;
- Responsabilizar-se pela confecção do arrolamento de bens patrimoniais e pelos processos administrativos de carga e descarga de bens, de acordo com a Legislação vigente.

## CONTROLE DE ACESSO FÍSICO ÀS DEPENDÊNCIAS DA UNIDADE.

### FINALIDADE

Normatizar e disciplinar os procedimentos para um efetivo controle de entrada, circulação e saída de pessoas / bens materiais pelas portarias da unidade.

### ÂMBITO DE APLICAÇÃO:

A comunidade interna e externa que necessitam entrar e transitar na unidade e principalmente os Serviços de Recepção e de Vigilância.

## FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:

- Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

## CONCEITOS BÁSICOS:

- Autoridades

Pessoas que representam o poder público ou que estão investidas de cargo público podendo ser: policiais e membros dos Poderes Executivo, Jurídico ou Legislativo.

- Colaboradores

Pessoas que contribuem com a missão e o negócio da unidade (servidores, professores, residentes, voluntários, discentes, e de empresas terceirizadas).

- Usuários

Pessoas da comunidade que necessitam ter acesso a unidade.

- Crachá

Documento de identificação que permite o controle de acesso, circulação e saída de pessoas do ambiente da unidade.

- Horário (atendimento ao público externo) período de 24 horas

- Portarias

Vias de acesso a unidade

- Visitas extraordinárias

- São aquelas fora do horário hospitalar e do horário de visita aos clientes internados, feitas por prestadores de serviços (externos) e visitas extras aos clientes internados.

- Visitas normais

- São todas as demais não caracterizadas como visitas extraordinárias.
- Visitantes fora do horário previsto deverão ser encaminhados ao Serviço Social.
- Cada paciente só terá direito a um acompanhante por vez.
- O vigilante deverá fazer a ronda na hora das visitas

- Visita oficial

Pessoas de órgãos públicos ou entidade civil que, no exercício de suas atividades, necessitam ter acesso às dependências da unidade.

**NORMAS**

**VIAS DE ACESSO DE PESSOAS (PORTARIAS) / PERMISSÃO DE ACESSO.**

O acesso de pessoas às dependências internas somente poderá ocorrer pelas portarias, conforme a seguir:

**PORTARIAS: ENTRADA PERMITIDA PARA:**

- ✓ Principal, Todas as pessoas que darão entrada na unidade;
- ✓ Farmácia;
- ✓ Colaboradores;
- ✓ Clientes e acompanhantes;
- ✓ Acompanhantes, autoridades e religiosos;
- ✓ Colaboradores exclusivamente;
- ✓ Clientes (com acompanhantes, quando necessário)

OBS: As entradas do Depósito de Lixo, Oxigênio e Coleta de Material para Exames Laboratoriais não se constituem vias de acesso a unidade e são de uso exclusivo desses serviços.

#### CRITÉRIOS PARA TER ACESSO ÀS DEPENDÊNCIAS DA UNIDADE

Todos os visitantes deverão passar pelas Portarias, para terem acesso ao local desejado.

Comunidade Interna (Funcionários e Prestadores de Serviços lotados).

- a) Estar portando seu próprio crachá, o qual deve estar posicionado no peito, em situação visível sem nada a encobri-lo, para efeito da perfeita identificação e está

com vestimenta adequada ao ambiente hospitalar (evitando saia curta, decote grande, roupas transparentes, bermuda, camiseta sem mangas, entre outras).

- b) Estar na portaria pertinente (autorizada) à sua entrada.
- c) Atender às condições abaixo.

#### Comunidade Externa

- a) Ser previamente identificado no Serviço de Recepção e ter recebido o crachá correspondente ao seu local da visita.
- b) Estar portando no peito, em situação visível, desprovido de qualquer obstáculo que concorra para encobri-lo, parcial ou totalmente, o crachá correspondente à sua área (setor / enfermaria) de destino.
- c) Estar no horário de visita ou devidamente autorizado pela chefia.
- d) Ser comprovadamente maior de 18 anos, em caso de acompanhante, e maior de 14 anos, para visita.
- e) Apresentar-se com vestimenta adequada ao ambiente.

- f) Não estar portando qualquer gênero alimentício, exceto quando aprovado formalmente pelo Serviço de Nutrição e Dietética.
- g) Não apresentar sintomas de embriaguez ou transparecer que tenha utilizado drogas ilícitas.
- h) Não estar fumando.
- i) Não estar portando aparelhos eletroeletrônicos, a menos que tenha sido previamente autorizado pela Coord. de Enfermagem.
- j) Não estar abalado emocionalmente de forma a prejudicar o cliente internado a ser visitado.
- k) Militar policial ou membro de Poder Judiciário devem apresentar sua “carteira funcional”, que comprove tal situação, e ter justificativa para entrar.

Observações:

- Os representantes comerciais não poderão circular pelas dependências da unidade para outros fins que não seja contato comercial com as unidades responsáveis pela Instituição;
- Não será permitido o comércio de produtos ou serviços dentro do espaço físico da Instituição, quer seja realizado por representantes comerciais ou pelos próprios

servidores da Instituição, de acordo com o inciso XVIII, Art.117, da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

l) Os visitantes oficiais poderão ter acesso às dependências da unidade, desde que estejam acompanhados de um colaborador designado pela direção.

## ➤ APOIO LOGÍSTICO

Para o serviço de LOGÍSTICA, propomos a implantação de LOGÍSTICA INTEGRADA. Haverá uma integração dos processos de logística em sistemas para aumentar a eficiência desta OS, melhorando os seus resultados. Setores de Compras e Logística serão integrados para reduzir o custo do armazenamento dos materiais usados nas unidades e eficiência na entrega dos mesmos. Dentre os vários princípios básicos da logística destacamos:

IFO (First In First Out) – À medida que as mercadorias são vendidas, expedimos as primeiras estocadas, ou seja, expedimos primeiro os primeiros materiais adquiridos. Evitaremos perde de material por vencimento, uma vez que haverá controle via sistema do prazo de fabricação. O Setor de Compras não adquire itens com prazo de validade inferior a 2/3 (dois terços) de sua fabricação, auxiliando também no controle do galpão central (integração entre setores).



PONTO DE PEDIR – Objetivando sempre suprir as unidades com os insumos e materiais necessários, conforme pedidos de abastecimento, armazenaremos quantidade de item suficiente para 60 (sessenta) dias em giro de estoque, evitando onerar o custo de armazenagem do galpão. Como medida de controle logístico dos materiais e insumos adquiridos, o fluxo, desde a compra, seguirá os seguintes steps:

**RECEBIMENTO** (Setor responsável por AGENDAR, RECEBER e CADASTRAR os produtos entregues pelos fornecedores do IIFHES: No ato de Recebimento será feita a verificação da conformidade dos produtos com os requisitos estabelecidos na Nota Fiscal quanto à especificação e quantidade e comparação com a ordem de compra.

- a. Agendamento - Agendar diretamente com os fornecedores a data da entrega dos produtos.
- b. Recebimento - Conferência quantitativa (Físico x Nota Fiscal), qualitativa (transporte adequado, produtos sem avarias, devidamente identificados) e conferência de lote e validade.
- c. Cadastro - Cadastro de itens recebidos no Sistema AG (princípio ativo, depositante, dimensões, peso, multiplicidade, etc).
- d. Recebimento sistêmico - Lançamento da Nota Fiscal e entrada dos produtos no sistema AG/WMS, definição do mapeamento e emissão de etiquetas de recebimento (Grupo e EAN/LOTE/VALIDADE).

**ARMAZENAGEM** (Setor responsável por ARMAZENAR E SEPARAR os itens no estoque): Referente a Armazenagem, aplicaremos um método que garante a ordenação racional das categorias. Envolve os processos de estocagem, conservação, segurança e controle do estoque.

- a. Armazenagem - Envolve os processos de estocagem, conservação, segurança e controle do estoque.
- b. Separação (Picking) - Coleta dos itens de acordo com a solicitação do IIFHES, respeitando o cronograma de entrega pré-estabelecido.

**CONFERÊNCIA** (Setor responsável por CONFERIR os pedidos coletados pelo setor do estoque e por FINALIZAR os pallets para o setor da expedição). Para Conferência, confrontaremos os itens solicitado com os pedidos, além de devida arrumação em caixas com identificação contendo dos dados da demanda.

- a. Conferência - Confrontar itens e quantidades dos pedidos coletados (sistema x físico) após separação.
- b. Finalização de pedidos - Arrumação das caixas nos pellets, filmagem do pallet e identificação com o espelho do pedido, informando nº total de pallets por pedido.

**EXPEDIÇÃO** (Setor responsável por EXPEDIR, FATURAR E ENTREGAR os pedidos para as Unidades de Saúde). Após a conferência, e conseqüente emissão da guia de

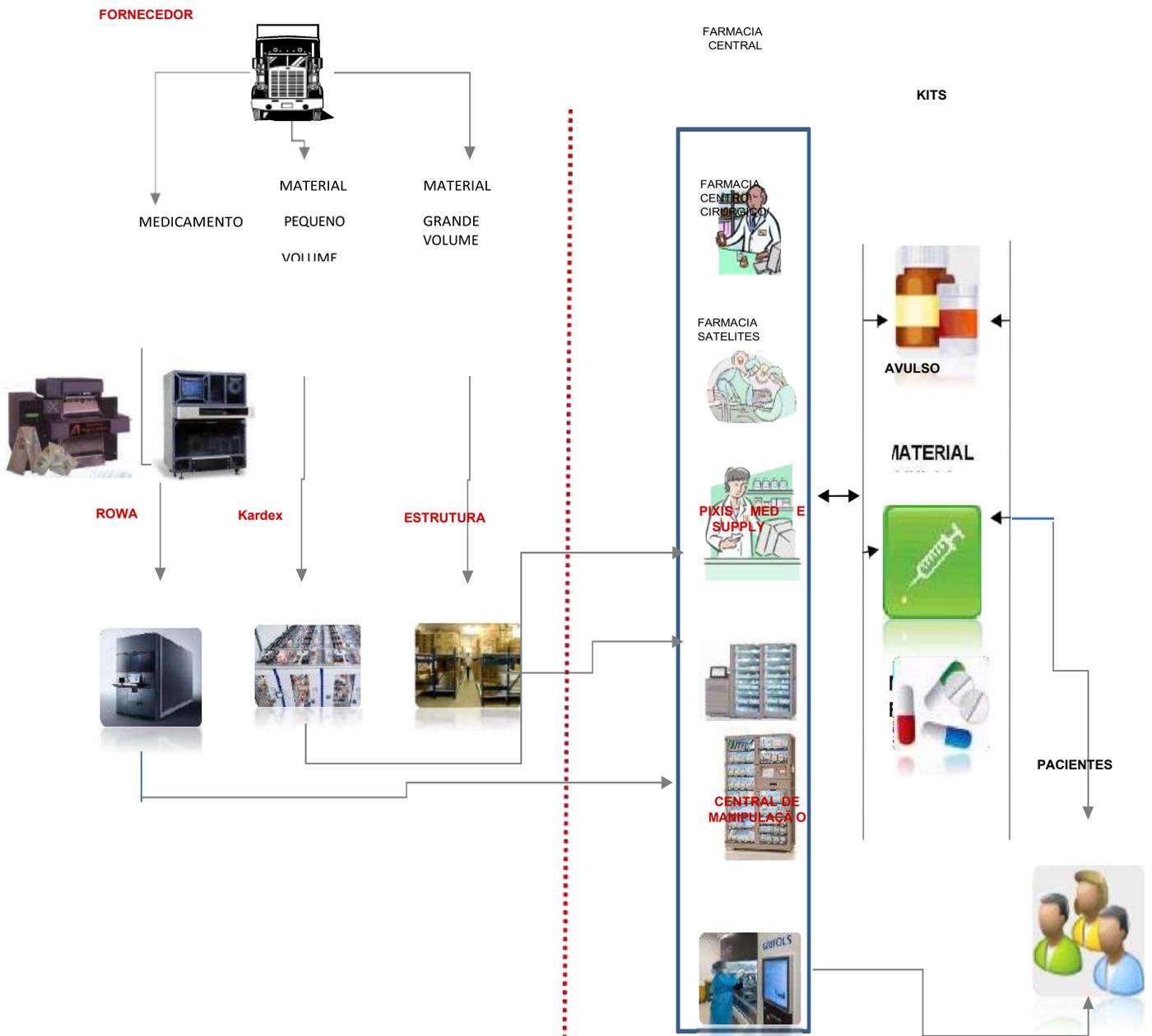
remessa, o material solicitado será entregue na unidade conforme o espelho do pedido.

A expedição e Faturamento seguem todas as exigências de processo abaixo.

- a. Expedição e Faturamento:
- b. Finalização dos pedidos nos sistemas AG e WMS;
- c. Impressão da Guia de Remessa;
- d. Imprime e preenchimento da Folha de Ocorrência (FO), Pesquisa de Satisfação na entrega e Romaneio;
- e. Preparação da documentação que acompanha os pedidos na entrega;
- f. Roteirização dos pedidos, cálculo de paletts por tipo de veículo;
- g. Averbação da carga para que a mesma possa estar assegurada.

**ENTREGA** (Setor responsável pela ENTREGA do material solicitado na unidade de saúde). A unidade fará a conferência do recebimento dos itens solicitados. Toda mercadoria será assegurada.

PROCESSO LOGÍSTICO:



## ➤ **MANUTENÇÃO PREDIAL PREVENTIVA E CORRETIVA**

O Núcleo de Manutenção Geral será responsável pelo Ciclo de Processos para a Manutenção Predial Corretiva e Preventiva da Unidade tem a função de identificar os procedimentos e formulários, e descrever as atividades, designando as responsabilidades.

O método executivo para manutenção predial e preventiva, seguirá os procedimentos básicos de forma a promover a prevenção contra falhas, defeitos e acidentes.

## ➤ **MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES**

O Serviço de Engenharia Clínica dedicar-se-á a prover um uso eficiente aos dispositivos existentes nos ambientes de atendimento à saúde, especialmente aos equipamentos médico-hospitalares. Em suas atividades destacam-se acompanhamento, aquisição, operação, treinamentos, parâmetros de qualidade e manutenção dos equipamentos. Também efetuará a interação com o corpo profissional das instituições para, usando uma linguagem de comum compreensão, atingir as metas de efetividade na utilização da tecnologia nas unidades.

## Atividades

Implantação e gestão do Setor de Engenharia Clínica, responsável pela supervisão dos equipamentos médico-hospitalares e execução de serviços de manutenção corretiva e de manutenção preventiva de baixa complexidade.

O setor será tecnicamente capaz de fazer a interface com os fornecedores de equipamentos e seus prestadores autorizados.

Serão desenvolvidas as atividades a seguir:

- Gestão informatizada de manutenção preventiva e corretiva;
- Análises e acompanhamento de custo de manutenção;
- Análises e acompanhamento de contratos de manutenção;
- Análise de ciclo de vida dos equipamentos médico-hospitalares;
- Coordenação das manutenções corretivas sejam elas realizadas internamente ou serviços externos;
- Aferição e calibração de rotina de equipamentos médico-hospitalares de acordo com normas e certificações, com testes de desempenho realizados com os equipamentos de análise disponibilizados pela empresa citados em seguida;
- Implantação de programa de manutenção preventiva e controle de qualidade com análise de segurança em equipamentos médico-hospitalares;
- Educação continuada sobre operação e segurança dos equipamentos para corpo clínico e de enfermagem.

Os equipamentos beneficiados pela supervisão da Engenharia Clínica serão todos aqueles caracterizados como médico-hospitalares.

Os serviços oferecidos abrangem todos os equipamentos médico-hospitalares (equipamentos cujo funcionamento participa do processo de diagnóstico, monitoração e tratamento dos usuários) em uso na unidade.

### Rotinas / Fluxo Operacional

O IIFHES fará a manutenção ininterrupta de equipamentos, visando à obtenção de adequadas condições de funcionamento para sua utilização nas dependências das unidades, incluindo mão de obra qualificada, ferramental adequado e insumos e reposição de peças danificadas.

A manutenção de equipamentos deverá observar além das boas práticas as normas vigentes estabelecidas pelos órgãos regulamentadores, conforme RDC Nº 2, de 25 de janeiro de 2010, que dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde, em estabelecimentos de saúde, legislação do Ministério do Trabalho, NR 32 e demais normas e legislações vigentes no que concerne ao controle físico e funcional dos equipamentos, mantendo sempre dentro dos parâmetros de calibração preconizados pelos fabricantes.

As manutenções que necessitem interrupções de processos nas unidades serão agendadas previamente para reduzir ativamente o risco de reparos e trabalhos de manutenção que possam ou não, afetar a unidade de saúde.

O IIFHES manterá organizada toda a documentação referente a projetos, planos, plantas, instalações, equipamentos, características, garantias etc. de todos os ativos sobre os quais realizará a manutenção.

Os Serviços de Manutenção de equipamentos incluirão todos os ativos existentes e inventariados na unidade.

Tal inventário deverá conter de forma organizada ainda uma descrição detalhada das características técnicas econômicas e de manutenção dos equipamentos, tais como: plano de manutenção preventiva; calibração, segundo critério do fabricante de equipamentos de monitorização; registros característicos de cada equipamento e período de garantia.

Este inventário será realizado com suporte de informática, o que permitirá sua gestão e o controle de manutenção.

O IIFHES, como responsável pela aquisição, instalação, controle, guarda e manutenção dos equipamentos, atenderá às exigências do serviço de acordo com os parâmetros que definem correta utilização.

O IIFHES executará a manutenção dos equipamentos nas unidades de forma programada, e incluirá as atividades de limpeza, medições, comprovações, regulamentações, verificações, ajustes, regulagens, engraxamentos, calibração, substituição de partes defeituosas e todas as ações para assegurar um estado ótimo dos equipamentos a partir do ponto de vista funcional, de segurança, de rendimento

energético, e ainda de proteção ao meio ambiente, reduzindo as operações de manutenção corretiva.

Para isso, o IIFHES elaborará um detalhado Programa de Manutenção Preventiva (PMP) que contemplará para cada ativo ou grupo de equipamentos.

A manutenção corretiva será realizada em todos os equipamentos onde ocorrer uma Não Conformidade empreendendo todos os tipos de ações para sua reparação e colocação em operação nos prazos mais exíguos possíveis, colocando à disposição pessoas capacitadas nas 24 horas do dia para cobertura das emergências.

O IIFHES proporcionará um serviço global de reparos para manutenção corretiva, incluindo um serviço imediato nos trabalhos que surjam de petições ou Solicitações de Trabalho de emergência, de urgência e de rotina do serviço.

A manutenção técnico-legal será executada nos equipamentos que, de acordo com as especificações dos regulamentos, tanto de caráter geral, comunitário, nacional ou local, de cumprimento obrigatório, assim o requeiram.

Para efeitos de planejamento, a operação será a mesma que a indicada para a Manutenção Preventiva no parágrafo anterior.

Incluem-se na manutenção técnico-legal as inspeções periódicas a realizar, para o cumprimento das normas vigentes. O IIFHES assumirá a responsabilidade de planejar e organizar tais inspeções, assim como seu custo.

O IIFHES será responsável por todas as ações corretivas e sanções que surjam dessas inspeções, e se responsabilizarão por aqueles trabalhos que assegurem que os equipamentos alcancem e mantenham os padrões requeridos para satisfazer os requisitos dos testes regulamentares.

Será de responsabilidade do IIFHES a modificação total ou parcial dos equipamentos derivadas de qualquer mudança da legislação, durante a vigência do contrato.

O IIFHES será responsável pelos ensaios regulares e rotineiros dos geradores, os encanamentos, alarmes de incêndios, sistemas de iluminação de emergência, avisos de saída e sistemas de distribuição elétrica; os testes e revisões dos extintores e os exames de detecção de *legionella*.

O IIFHES será responsável por experimentar, etiquetar e verificar todos os equipamentos portáteis de medida, conforme exigido pelas normas correspondentes. Essas medidas incluem o seguinte, mas sem se limitar a elas:

- Calibrar e certificar todos os equipamentos portáteis, manômetros e equipamentos de medição;
- Testar e certificar todos os instrumentos fixos e executar os reparos, alterações e ajustes necessários;
- Garantir que todos os equipamentos tenham sido testados e possuam a correspondente certificação.

Além da legislação e das recomendações destacadas no plano geral detalhado, das obrigações a serem cumpridas pela lei e das boas práticas, o IIFHES levará em consideração as políticas da secretaria de saúde e os procedimentos de documentação.

O IIFHES executará uma gestão técnica do serviço de manutenção mediante um sistema informático adequado. A gestão informatizada do serviço de manutenção permitirá a gestão dos inventários, a gestão do PMP, a gestão das Solicitações e Ordens de Trabalho, a gestão dos recursos, o suporte documental e o controle da gestão da manutenção. Permitirá igualmente a gestão dos padrões de serviço, parâmetros e indicadores de cumprimento indicados nestas especificações. Possibilitará a elaboração de relatórios do tipo histórico e estatístico, mas também possibilitará documentar os relatórios acordados neste documento.

Para o desenvolvimento das atividades supracitadas o IIFHES disponibilizará:

- Engenheiro Especializado por meio de acompanhamento remoto contínuo dos processos de Engenharia e visitas quinzenais;
- Supervisão de Engenharia;
- Equipamentos específicos para calibração e controle de qualidade de equipamentos médico-hospitalares.

Tais aparelhos serão calibrados anualmente, possibilitando fornecimento de laudos para acreditação.

Os protocolos de Manutenção Preventiva e Controle de Qualidade estarão baseados em normas e padrões internacionais, já implementados e testados

#### ➤ **SISTEMA DE GESTÃO INFORMATIZADO**

Este serviço será fornecido através de contratação de empresa terceirizada, com especialização no uso de tecnologia da informação à área de saúde, com ênfase em urgência e emergência, comprovado por atestado de capacidade técnica, cuja finalidade é a prestação de serviço de implantação do prontuário eletrônico, contemplando a disponibilização de recursos e serviços.

Executar os serviços observando os procedimentos éticos e padrões de qualidade e técnicas vigentes;

Corrigir ou fazer os serviços em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções a que der causa sem custo adicional a contratante;

Havendo a impossibilidade no registro de dados dos pacientes no prontuário eletrônico, esta falha ou incorreção deverá ser realizada no prazo de até 24 horas.

Por se tratar de um serviço atualizado diariamente, a manutenção preventiva e corretiva, ocorre sem ônus a contratante, com imediatismo.

## **Implementação e Manutenção dos Sistemas de Informação, Sistema de Informação e Prontuário Eletrônico do Paciente – SIH e PEP.**

O SIH e PEP são um dos mais importantes registros de dados de saúde. A introdução do sistema de informação nas unidades de saúde possibilitou a rápida visualização de base de dados com informações agregadas de uma população específica.

Este gera relatórios com informações consolidadas que apoiam o planejamento, organização, controle e avaliação das ações, tanto em seus aspectos técnicos como gerenciais.

O Sistema de Gestão Informatizado pode ser conceituado como um documento caracterizado, de um lado, pela sua unicidade - é único para cada paciente, e de outro, pela pluralidade de autores que produzem seus textos e também pela variedade de tipos de informações nele registradas, sendo também polifônico por sua própria natureza, escrito por vários autores - médicos, auxiliares, enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos bioquímicos, entre outros.

É um documento constituído de informações objetivas – identificação do paciente, prescrições, cuidados etc. e informações subjetivas – compreensão dos sintomas das doenças, queixas dos pacientes e interpretação dos exames.

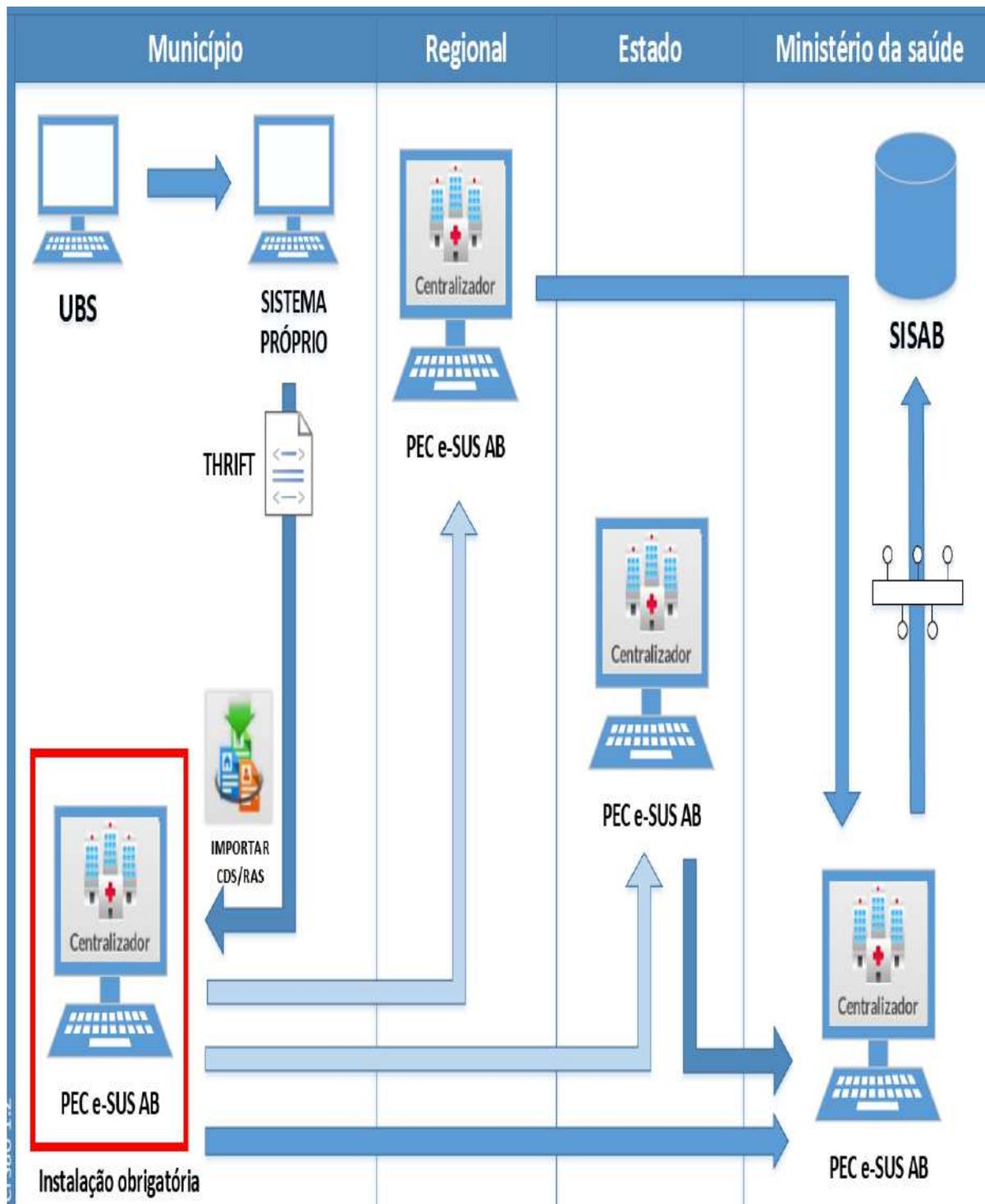
Na verdade, trata-se de uma documentação complexa e produzida pela equipe de saúde com a participação da pessoa atendida ou de seus familiares.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), no Artigo 1o da Resolução de nº 1.638/2002, define o Prontuário do Paciente (Sistema de Gestão Informatizado à Saúde) como sendo um documento único constituído por 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, utilizado para possibilitar a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Inúmeras são as vantagens e possibilidades advindas da utilização do Sistema de Gestão Informatizado, tais como: acesso mais veloz ao histórico de saúde e às intervenções às quais o paciente foi submetido; disponibilidade remota; uso simultâneo por diversos serviços e profissionais de saúde; flexibilidade do *layout* dos dados; legibilidade absoluta das informações; eliminação da redundância de dados e de pedidos de exames complementares; fim da redigitação das informações; integração com outros sistemas de informação; processamento contínuo dos dados, deixando-os imediatamente disponíveis para todos os atores envolvidos no cuidado ao paciente; informações organizadas de forma mais sistemática; facilidade na coleta dos dados para emissão de relatórios, seja para pesquisa ou faturamento; acesso ao conhecimento atualizado com conseqüente melhoria do processo de tomada de decisão e da efetividade do cuidado.

O IIFHES utilizará um Sistema de Gestão Informatizado desenhado especificamente para o gerenciamento de equipes multiprofissionais, incluindo integração com outros sistemas e e-SUS.

O sistema está preparado para integração de dados com o e-SUS, além de todos os sistemas atuais, e futuros, do Ministério da Saúde, como CNES, BPA, SIA, SIAB e outros, através de padrões internacionais de segurança exigidos.



Fonte: Manual e-SUS PEC, Ministério da Saúde, 2014

Na busca por segurança da informação e legitimidade legal, o IIFHES poderá implantar o Sistema Informatizado com garantia de Certificação Digital, empregando os mais altos níveis de protocolos de segurança da informação e segurança da informação em saúde, como por exemplo:

- ✓ Utilização da Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil;
- ✓ Resolução CFM N° 1821/2007;
- ✓ SO/IEC JTC1/SC27;
- ✓ ISO TC-215;
- ✓ ANSI HL7 Functional Model (EHR-S FM);
- ✓ NGS1 e NGS2 (SBIS).

A implantação do sistema proporcionará acesso a relatórios gerenciais, como:

- ✓ Registrar online do acompanhamento do usuário por especialidade;
- ✓ Garantir a gestão, com relatórios de indicadores proporcionando a exatidão da informação.

## ➤ SISTEMA DE INFORMAÇÃO E SUAS FUNCIONALIDADES

### **Proposta de Implantação de Sistema de Informação e Infraestrutura de Rede de Informática**

Planejamento, implantação, operação e gestão de suporte a serviços de TIC, incluindo uma central de serviços, suporte técnico ao usuário e equipamentos de TIC nas Unidades de Saúde 24h e gestão de níveis de serviço, em conformidade com as melhores práticas de mercado e os padrões técnicos de desempenho e qualidades estabelecidos pelo IIFHES.

Fazer que serviços de TI de qualidade tenham o alcance em toda nossa estrutura, atingindo de forma direta ou indireta nosso maior cliente, à população em geral.

Com essa premissa, o Setor de Tecnologia da Informação, STI, responsável pela Tecnologia da Informação e Comunicação, TIC, dispõem de serviços continuados presenciais e não presenciais, para atender qualquer unidade de saúde, pública ou privadas, entre estas, Unidades de Pronto Atendimento 24 horas.

Sempre com o objetivo da melhor qualidade, porém, considerando também o melhor custo benefício o IIFHES e Clientes, o STI procura soluções que mantenham os padrões de qualidade da instituição e ao mesmo tempo não onere o orçamento e também se coloque flexível quanto aos ajustes necessários as constantes evoluções necessárias do nosso trabalho.

Assim, contamos com uma equipe própria e parceiros externos, que são compostas por profissionais com grandes experiências anteriores e nossas próprias.

Para manter nossa equipe e serviços em grande sintonia, utilizamos ferramentas de apoio, como equipamentos e softwares, soluções de última geração, que são utilizadas por outras grandes instituições públicas e privadas de diversos seguimentos como, Governo Federal, UnB, UFRGS, UC Berkeley, NASA, IBM, Accenture, Acer, Telefônica, Philips, Siemens, Boeing, Bosch, Bayer, Lufthansa, Virgin, KFC, Burger King, entre outras.

As soluções utilizadas pelo IIFHES, de uso em geral no mercado, também recebem certificados de grandes empresas de tecnologia como Cisco, Microsoft e VMware. Comprovando assim, nossa assertividade na busca de soluções em TI.

Fazendo de cada desafio, uma nova etapa do conhecimento e a busca constante da consonância com diretrizes, instruções e recomendações do Poder Público quanto aos caminhos e boas práticas.

Com essas premissas, o STI procura garantir a melhor qualidade nos serviços ofertados e geridos pelo IIFHES à população em geral.

### Definições

**BASILINE** = Conceito de gerenciamento de configuração que ajuda a controlar as mudanças realizadas;

**CF** = Clínica de Família;

**CMS** = Centro Municipal de Saúde; **ESF** = Estratégia de Saúde da Família;

**IC** = Item de configuração;

**ITIL** = Information Technology Infrastructure Library ou Biblioteca de Infra-Estrutura de

Tecnologia da Informação;

**PADI** = Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso; **PEP** = Prontuário Eletrônico do Paciente;

**PSE** = Programa Saúde nas Escolas;

**PSI** = Política de Segurança da Informação;

**SLA** = Service Level Agreement ou Acordo de Nível de Serviço. **STI** = Setor de Tecnologia da Informação;

**TIC** = Tecnologia da Informação e Comunicação; **TI** = Tecnologia da Informação;

**US 24h** = Unidade de Saúde 24 horas;

**UPS de energia** = Nobreak, resumidamente.

### ***Rotinas de Segurança da Informação***

A segurança da informação seguirá os seguintes processos:

#### ***Backup***

O processo de backup de dados, através de sistema automatizado, é realizado diariamente onde a rotina prevê o seguinte:

- **Backup Diário**: Gravação automatizada em meio físico (Fita LTO 6) com rodízio de sobrescrever a fita há cada 7 dias;
- **Backup Mensal**: Gravação automatizada em meio físico (Fita LTO 6) com rodízio de sobrescrever a fita no último dia de cada mês;

- Backup Anual: Gravação automatizada em meio físico (Fita LTO 6) sem rodízio.

A fita será instantânea do último dia do ano, onde serão gravadas todas às informações pertinentes aos dados gerados na unidade;

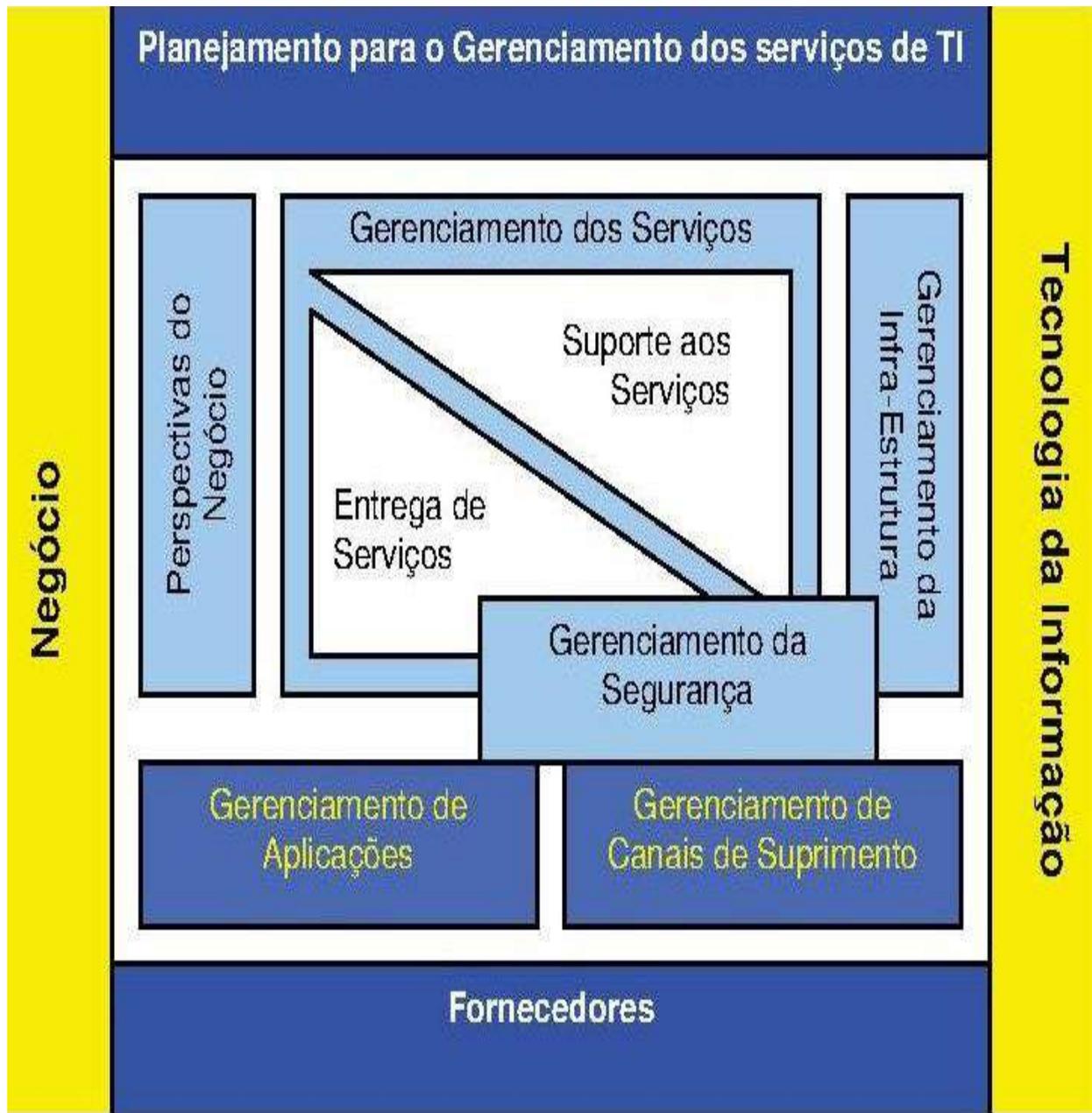
- Backup Semanal.

### ***GED (Gestão Eletrônica de Documento) e Aplicada ao Arquivamento de Documentos***

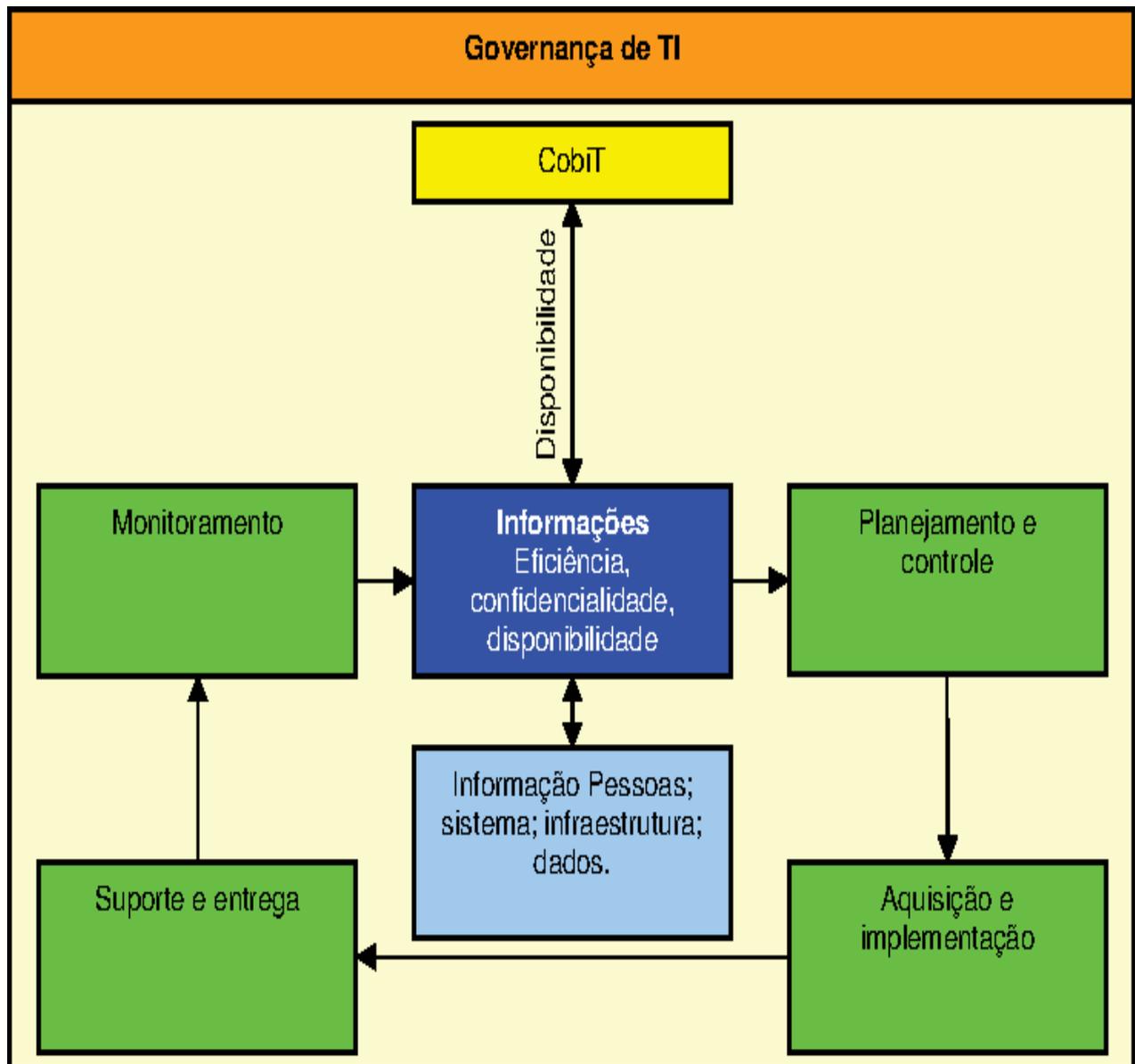
É o sistema que proporciona controle, agilidade e segurança dos documentos gerados na unidade. Todos os documentos, e-mail, arquivos e etc., serão digitalizados e armazenados em um sistema de banco de dados e os acessos serão controlados através de perfil com restrição desde visualização quanto à impressão. Certificaremos à unidade com o certificado da SBIS (Sociedade Brasileira de Informática em Saúde), aceito pelo CFM (Conselho Federal de Medicina), no que diz respeito à documentação.

Sugerimos outros modelos sobre boas práticas em TI, como os padrões já utilizados pelo Setor de TI do IIFHES, conforme modelos internacionalmente validados, exemplificados abaixo:

### ***ITIL (Information Technology)***



COBIT (Control Objectives for Information and Related Technology)



As rotinas de controle e manutenção das atividades estão detalhadas através de dispositivos próprios e homologados, a partir da DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS.

### ***Descrição dos serviços***

O IIFHES, desenvolve parcerias com a Secretariade Saúde para gestão dos serviços das Unidades de Saúde.

### ***Parque Tecnológico***

O parque tecnológico, parte do objeto deste documento, pulverizados em projetos, serão compostos de equipamentos de alta qualidade no mercado.

Com o exposto, mostramos um pouco de nossa capacidade operacional em assumir grandes projetos.

### ***Rede de Dados***

Todas as unidades geridas pelo IIFHES possuem acesso à Internet, com segurança em bloqueio de sites maliciosos e outros malefícios da grande rede, através de serviço de banda larga por fibra óptica ou rádio com o link dedicado de alta velocidade.

Em vários projetos, aplicamos também uma capacidade de link redundante. Garantindo assim, a continuidade deste serviço.

## ***Rede de Voz***

Entregamos telefonia fixa e uma redundância de telefonia celular.

Com a mesma premissa, qualidade e custos, procuramos constantemente otimizar o consumo, seja em ajustes com as concessionárias de telecomunicações ou em campanhas internas, que se refletirão em redução na conta final.

## ***Segurança Eletrônica***

As unidades são monitoradas 24 por dia e 365 dias por ano, com sistemas de CFTV (Circuito Fechado de TV – Câmeras) e Sistema Eletrônico de Alarme - que abrange todos os setores, “cômodos”, da unidade. Garantindo assim, integridade física dos funcionários e usuários, como também o patrimônio de cada uma delas.

Ficou comprovado com a implantação dos recursos de segurança eletrônica, uma redução significativa nos casos de roubo e vandalismo ao patrimônio das unidades.

## ***Segurança da Informação***

Utilizando equipamentos e recursos que estão entre os melhores do mercado, nossas unidades são monitoradas 24 por dia e 365 dias por ano nos serviços de TIC, resultando em uma antecipação aos possíveis problemas mais comuns, como invasão, vírus, tempo de parada de uma estação de trabalho e etc.

Utilizando o que há de melhor no mercado, como soluções de:

- Antivírus;
- Firewall;
- Backup;
- Monitoramento de Segurança de Perímetro em Link de Internet;
- Políticas de Educação ao usuário;

Alinhado a isso, aplicamos regras de segurança da informação que não impeçam a liberdade ao conhecimento e inclusão digital, permitindo o acesso controlado aos principais sites e ferramentas de notícias, que só agregarão maior conhecimento e implicitamente melhoria na qualidade de nossa metamaior, satisfação do usuário e de nossos clientes, a população.

### ***Monitoramento dos Serviços de TIC***

Serviços considerados com grau de risco médio à muito alto, são monitorados ininterruptamente por nossa equipe. Utilizando o que há de moderno e estável no mercado. Garantindo assim, padrões de qualidade.

Sempre com o objetivo do melhor custo benefício o IIFHES procura soluções que mantenhamos padrões de qualidade da instituição e ao mesmo tempo não onere o orçamento e também se coloque flexível quanto aos ajustes às necessidades do trabalho.

Nossa ferramenta de Help Desk, OTRS (sigla inglesa para Open-source Ticket Request System), é de uso de grandes instituições públicas e privadas como, NASA, IBM, Accenture, Acer, Telefônica, Philips, Siemens, Boeing, Bosch, Bayer, Lufthansa, Virgin, KFC, Burger King, entre outras.

Com essas premissas, garantimos melhor qualidade nos serviços ofertados e geridos pelo IIFHES à população em geral.

### ***Help Desk de Chamados e Resolutividade***

A maior afirmação do STI quanto alinhamento aos objetivos do IIFHES, foi a expansão da ferramenta de Help Desk, que atendia apenas aos chamados de TIC, às outras áreas da instituição, como os setores de Manutenção Predial, Compras, Patrimônio, DP, RH, Segurança do Trabalho, Gerência Administrativa e outros. A ferramenta baseada em tecnologia Web, atende de computadores, passa por setores como manutenção predial à recarga de cilindro de oxigênio, e disponível aos fornecedores e nossas equipes. Esses chamados são registrados e monitorados por essa ferramenta que é aderente aos mais altos padrões internacionais.

### ***Gerenciamento de Incidentes***

#### **Objetivo**

Restaurar a operação normal de um Serviço o mais rápido possível, minimizando os impactos negativos nas áreas de Negócio e assegurar os melhores níveis de disponibilidade e de desempenho dos Serviços de TI.

## Conceitos Chave

- Incidente: qualquer evento que não faz parte do comportamento padrão do serviço de ti e que causa ou pode causar, uma interrupção, ou uma redução na qualidade do mesmo.
  
- Operação normal: provimento de um serviço de ti dentro dos limites estabelecidos nos acordos de níveis de serviço.
  
- Níveis de suporte: nomenclatura utilizada para decompor a equipe responsável pelo tratamento de incidentes.
  
- Escalação: é o mecanismo que tem por objetivo garantir a solução do incidente nos prazos acordados, existem dois tipos de escalação:
  - *Funcional*: é a transferência de um incidente entre os níveis de suporte,
  - baseada na incapacidade técnica de solução.
  - *Hierárquica*: envolve camadas superiores da organização, devido ao impacto nas áreas de Negócio ou necessidade de recursos extras.
  
- Prioridade: a prioridade de um incidente é determinada pelo seu impacto na operação do negócio assim como na urgência com que tal questão deve ser resolvida.
  
- Prazos: tempos acordados para realização de todas as fases do tratamento do incidente.

## Atividade

- Detecção e registro: a detecção pode ser realizada através da ferramenta de monitoração da infraestrutura de TI ou pelo usuário final do Serviço, todos os incidentes devem ser registrados;
- Classificação e suporte inicial: classificação baseada na “natureza” do incidente, associar a erros conhecidos ou a Problemas pendentes, assinalar a prioridade baseado no impacto e urgência;
- Coletar as informações básicas do incidente e inclui-las na ferramenta de gestão;
- Investigação e diagnóstico: realizar o levantamento sobre detalhes do incidente e correlaciona-lo com possíveis causas e falhas conhecidas da infraestrutura ou Mudanças recentes;
- Coletar e analisar os dados sobre Soluções de Contorno e melhor possibilidade de escalamento;
- Solução e restauração aos níveis normais de operação: resolver o incidente mediante o uso de uma Solução de Contorno ou, associa-la a um Problema;
- Encerramento: confirmar com o usuário a efetividade da Solução aplicada e atualizar o status do incidente.

A Central de Serviços é responsável pelo fechamento de todos os incidentes.

- Propriedade: mesmo que a responsabilidade pela Solução de um incidente seja passada para outro Nível de suporte, a Central de Serviços permanece proprietária do incidente e deve gerenciá-lo até que o Usuário esteja satisfeito;
- Monitoração e acompanhamento: a Central de Serviços deve monitorar o progresso de todos os incidentes, relativo aos tempos acordados para Solução e em caso de possibilidade de quebra deve escalar o incidente;
- : é de responsabilidade da Central de Serviços a comunicação entre Usuários Comunicação e TI, relativa ao tratamento dos incidentes.

## **Gerenciamento de Problemas**

### **Objetivo**

Prevenir a ocorrência de Problemas e seus incidentes resultantes, eliminando incidentes recorrentes e minimizando o impacto dos incidentes que não podem ser prevenidos.

### **Conceitos Chave**

- Problema: causa desconhecida de um ou mais incidentes;
- Erro conhecido: é uma condição identificada por um diagnóstico bem-sucedido da causa raiz de um problema, e o desenvolvimento subsequente de uma solução

de contorno;

- Solução de contorno: é um método para evitar ou minimizar o impacto um incidente ou problema, seja a partir de um reparo temporário ou de uma técnica que permita a utilização do serviço sem que a condição de erro ocorra;
- Reativo x Proativo: na forma reativa, resolve os problemas em resposta a um ou mais incidentes reportados pelos usuários dos Serviços de TI à Central de Serviços (ServiceDesk), enquanto a atuação proativa, identifica e resolve problemas e erros conhecidos antes que os incidentes a eles relacionados ocorram e sejam reportados pelos usuários;
- Base de dados de Erros Conhecidos: é a base de dados que contém todos os registros de erros conhecidos, esta base é criada e gerenciada pelo Gerenciamento de Problemas
- e é utilizada pelos Gerenciamentos de Incidentes e Problemas.

## Atividades

- Controle dos problemas: realizar a análise de tendências, registro de problemas e análise de causa raiz dos problemas identificados, a fim de encontrar uma solução definitiva, divide-se em:
  - Identificação e registro dos problemas
  - Classificação do problema
  - Investigação e diagnóstico da causa dos problemas

- Controle dos erros conhecidos: responsável por gerar as solicitações de Mudanças, visando eliminar os erros conhecidos da infraestrutura de TI, é composta por:
  - Identificação e registro do erro
  - Avaliação dos erros
  - Registro da resolução do erro
  - Encerramento do erro
  - Monitoramento da resolução do erro
  - Revisão pós-implementação de mudanças

## ***Gerenciamento da Configuração***

### **Objetivo**

Definir e controlar os componentes dos Serviços e da Infraestrutura, mantendo as informações atualizadas da configuração, históricas, atuais e planejadas.

### **Conceitos Chave**

- **Item de configuração**: Qualquer componente que precise ser gerenciado para que se entregue um serviço de TI;
- **CMDB**: Base de Dados do Gerenciamento da Configuração;
- **BDEC**: Base de Dados de Erros Conhecidos;
- **SGC**: Sistema de Gerenciamento da Configuração;

- **SGCS:** Sistema de Gerenciamento de Conhecimento de Serviço.

### **Atividades**

- Identificar, controlar, registrar, reportar, auditar e verificar os ativos e itens de configuração do serviço, incluindo versões, configurações de referência (baselines), componentes, seus atributos e relacionamentos;
- Contabilizar e proteger os ativos e itens de configuração, garantindo que somente componentes autorizados sejam usados e mudanças autorizadas sejam realizadas;
- Estabelecer e manter um Sistema de Gerenciamento da Configuração (SGC) atualizado e completo;
- Fornecer informações de configuração que permitam tomadas de decisão e ações em velocidade alta.

### ***Gerenciamento de Níveis de Serviços***

### **Objetivo**

Garantir que os níveis de serviços acordados sejam entregues no presente e no futuro.

## Conceitos Chave

- Requisitos de Nível de Serviço: especificação das necessidades do cliente quanto aos serviços de TI, sua qualidade e desempenho. São usados como base para definição dos Acordos de Nível de Serviço;
- Acordo de Nível de Serviço: são acordos formais entre a organização de TI e seus clientes, estabelecem os objetivos específicos para os Serviços prestados e as responsabilidades das partes envolvidas;
- Acordos de Nível Operacional: são acordos formais estabelecidos entre as diversas áreas da organização de TI de modo que os objetivos definidos nos Acordos de Nível de Serviço possam ser atingidos.
- Contratos: São contratos estabelecidos entre a organização de TI e seus fornecedores externos de modo que os objetivos estabelecidos nos Acordos de Nível de Serviço possam ser atingidos.
- Plano de Melhoria dos Serviços: É uma iniciativa para identificar e executar ações como intuito de superar dificuldades e de restaurar ou melhorar a qualidade dos

Serviços.

### **Atividades**

- Determinar, negociar, documentar e acordar os Requisitos de Nível de Serviço e estabelecer Acordos de Níveis de Serviço;
- Monitorar e comunicar o desempenho atingido nos serviços prestados com relação às metas desempenho definidas;
- Medir e melhorar a satisfação dos clientes;
- Produzir relatórios sobre os serviços;
- Conduzir a revisão do serviço e instigar ações no Plano de Melhoria dos Serviços;
- Rever e revisar os Acordos de Níveis de Serviço, Acordos de Nível Operacional e Contratos;
- Desenvolver o relacionamento com os clientes e stakeholders;
- Desenvolver, manter e operar procedimentos para o tratamento de reclamações e elogios;
- Disponibilizar e manter atualizados a documentação de Acordos de Níveis de Serviço, padrões e modelos.

## ➤ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE

O sistema de prontuário eletrônico agrega as funcionalidades de característica administrativa, clínica e de gestão adequadas à operacionalidade de unidades de saúde, independentemente de seu Tipo, Porte ou Especialização.

O sistema a ser utilizado disponibilizará os procedimentos inerentes à gestão administrativa relacionada com o recenseamento de usuários, sua caracterização demográfica e relações (ex.: agregados familiares, entidades financeiras, unidades de saúde em que está inscrito e médicos assistentes), inscrições provisórias ou anulações.

Ao nível administrativo contempla também as funcionalidades adequadas ao planejamento de agendas por profissional, especialidade ou recurso (ex.: sala, equipamento), e respectiva gestão de agendamentos. Incorpora as funcionalidades de característica clínico-administrativas adequadas aos fluxos de processos de gestão das listas de espera para consulta externa, internação, visando à otimização da capacidade de resposta dos serviços das unidades de saúde.

De igual forma, também inclui as funcionalidades inerentes à gestão dos recursos em leitos e respectiva alocação de recursos humanos e materiais.

O Prontuário Clínico Eletrônico inclui as vertentes de registro de informação relacionadas com a prestação de cuidados efetuados pelos profissionais de saúde a geração de alertas para suporte à decisão clínica ou para apoio à gestão do risco clínico

(ex.: protocolos, interações, e outros), ou a emissão de documentos (ex.: atestados, declarações, resumos de alta clínica para envio às entidades reverenciadoras).

A metodologia de registro da informação respeita o processo de decisão clínica orientado por problemas e centrado no usuário, com tabelas de codificação normalizadas (ex.: CID, ICPC, ASA, TISS 28, Glasgow, TNM, Estadiamentos, CIPE, etc.), segundo as parametrizações definidas.

De forma complementar, o acesso à informação clínica é adequado por perfis de utilização, mediante parametrizações a efetuar de acordo com os grupos profissionais e lógica organizacional das instituições.

O atendimento dos usuários será integralmente gerenciado pelo sistema, durante todo o período de permanência na unidade, desde o acolhimento até a saída. Ou seja, 100% das áreas de atendimento ao usuário (paciente) serão informatizadas.

O sistema possibilita que a equipe médica e de enfermagem visualize a ocupação dos leitos e registre procedimentos e intercorrências (evolução interdisciplinar) dos usuários (paciente) na unidade.

A operacionalização da unidade integra-se também com o sistema de controle de ambulâncias e com o sistema de gestão hospitalar, além de gerar relatórios operacionais, de morbidade, estatísticos, e informações para as ferramentas de gestão, bem como informações para subsidiar os indicadores propostos.

Voltado para o apoio das atividades de documentação e arquivo médico, o módulo de cadastro de pacientes oferece recursos de controle de movimentação de prontuários e automação de solicitações.

Além disso, controla a geração do número de prontuário, mediante atendimento dos dados mínimos para a identificação do paciente e possui funcionalidade de verificação de homônimos buscando os endereços e pesquisando os pacientes por critérios como nome, nome da mãe, data de nascimento, prontuário, CNS, dentre outros.

Para o caso de múltiplos cadastros de pacientes, em função de erros operacionais, o sistema oferece recurso de unificação de cadastros, onde o histórico assistencial dos pacientes unificados é mantido no cadastro de destino.

O sistema prezarão pelo sigilo das informações contidas no prontuário do usuário, gerando senhas de acesso restrito das mesmas. Desta forma, cada profissional atuante na unidade terá uma senha pessoal que permitirá o seu acesso somente as informações inerentes a sua função.

O sistema gerencia as requisições de exames advindas do Atendimento Médico gerando a lista de exames para os equipamentos de análises e captura as imagens resultantes, vinculando-as às requisições controlando a liberação do exame e possibilitando a geração de laudos com utilização de texto padrão e controle de filmes utilizados.

Os exames realizados são computados na conta do paciente, para geração do faturamento da produção ambulatorial.

Desta forma, todos os procedimentos realizados, bem como os serviços, permitirão a integração do laboratório, farmácia/almoxarifado, exame de imagem, Classificação de Risco, Acolhimento, Serviço Social, Consultórios e Salas de Observação.

A análise do sistema será realizada por amostragem periódica pela Comissão de Prontuário. Utilizaremos, também, as ferramentas de Gestão de Risco e BI (“Business Intelligence”).

A coordenação de serviços e demais atividades que exijam análise das informações em saúde, o sistema possibilitará a avaliação e comparação de indicadores de saúde, como morbidade, produtividade e gestão de recursos, consolidando as informações geradas pelos módulos assistenciais implantados nas unidades de saúde. Caberá ao gestor definir os parâmetros de normalidade para cada item de avaliação de modo a construir um painel de situação que reporte situações de alerta ou críticas, que demandem investigação.

Esta aplicação utilizará da tecnologia OLAP (processamento analítico on - line) que fornece métodos de acesso, visualização e análise de dados dos módulos assistenciais com alta flexibilidade e performance, permitindo assim o uso de relatórios gerenciais para apoio e tomada de decisões.

A partir da definição dos cubos e dimensões desejadas, o sistema oferecerá ferramentas para geração de análises e páginas personalizadas por usuário, com relatórios e gráficos que serão atualizados, de acordo com a periodicidade desejada. Esta ferramenta é um diferencial na gestão de uma rede assistencial.

Sistema de Informação Hospitalar e Prontuário Eletrônico do Paciente – SIH e PEP.

Processos assistenciais a implantar:

Para a organização das ações assistenciais da emergência foram definidas as seguintes atividades básicas:

1. Acolhimento com classificação de risco na porta de entrada;
2. Atendimento de emergência;
3. Atendimento, acompanhamento e avaliação dos pacientes em observação nas salas amarelas e vermelha, tanto adulto quanto pediátrica;
4. Solicitações de internação, transferência, exames e procedimentos de alta, média e baixa complexidade;
5. Emissão de AIH;
6. Atividades atinentes a regulação dos pacientes atendidos, tais como preenchimento de documentos, contato com Central Municipal de Regulação;
7. Referência garantida para unidade da região para os atendimentos da atenção básica;

8. Transporte inter-hospitalar dos pacientes, que necessitem de continuidade dos cuidados de emergência ou que necessitem de transferência para outra unidade da rede de atenção as urgências, sendo o transporte devidamente regulado;
9. Transversalidade em outras unidades da rede, ou seja, poderá a critério técnico assistencial, em conjunto com a regulação, disponibilizar recursos materiais e humanos pertinentes para atuarem em outras unidades da rede que se fizerem necessários;
10. Todas as demais atividades essenciais de atenção e assistência as demandas emergentes e urgentes, dos pacientes que procuram a unidade.

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO, INCLUINDO GESTÃO DE AGENDA E PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE – PEP, A SER UTILIZADO PARA MELHORIA DA QUALIDADE DE INFORMAÇÃO, MONITORAMENTO E RELATÓRIOS DAS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS.**

A seguir apresentaremos o Sistema de Informação, incluindo Gestão de Agenda e Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP, que o IIFHES, se propõe a utilizar para melhoria da qualidade de informação, monitoramento e relatórios das atividades assistenciais, que serão implantados na Unidade.

O Prontuário Clínico Eletrônico inclui as vertentes de registro de informação relacionadas com a prestação de cuidados efetuados pelos profissionais de saúde (ex.:

registro da observação clínica, registro de valores de resultados de análises e exames, planejamento e registro de cuidados de enfermagem, prescrições), a consulta de informação clínica (ex.: diagnósticos, procedimentos, parâmetros antropométricos, medicação, SADTs), a geração de alertas para suporte à decisão clínica ou para apoio à gestão do risco clínico (ex.: protocolos de vigilância, guidelines, interações, etc.), ou a emissão de documentos (ex.: atestados, declarações, resumos de alta clínica, etc.).

Disponibiliza os procedimentos inerentes à gestão administrativa relacionada com o cadastramento de pacientes, sua descrição demográfica e relações (ex.: relações familiares, plano de saúde, unidades de saúde em que está cadastrado), inscrições provisórias ou anulações.

Ao nível administrativo contempla também as funcionalidades adequadas ao planejamento de agendas por profissional, especialidade ou recurso (ex.: sala, equipamento), e gerenciamento das marcações.

Incorpora as funcionalidades de índole clínico-administrativo adequadas aos workflows de processos de gerenciamento das filas de espera para atendimento ambulatorial, internação, cirurgia e SADTs, visando a otimização da capacidade de resposta dos serviços das unidades de saúde.

A metodologia de registro da informação respeita o processo de decisão clínica orientado por problemas e centrado no paciente, com tabelas de codificação normalizadas (ex.: CID, ICPC, ASA, TISS 28, Glasgow, TNM, Estadiamentos, CIPE, etc.), segundo as parametrizações definidas pela instituição.

De forma complementar, o acesso à informação clínica é adequado por perfis de utilização, mediante parametrizações efetuadas de acordo com os grupos profissionais e lógica organizacional das instituições.

A componente de indicadores de gestão está orientada para o apoio à gestão técnico assistencial, operacional e estratégica das unidades de saúde, nomeadamente na análise e obtenção de informação sobre a qualidade da atividade assistencial, os ganhos em saúde, a otimização dos recursos humanos e materiais.

Em suma, esta componente permite:

- Registrar o início e fim do atendimento, com o objetivo de determinar o tempo médio de espera, bem como a sua duração média para posterior otimização do processo;
- Identificar o contexto da realização do atendimento (ex.: paciente, profissional prestador, data de registro, local, unidade de saúde);

- Registrar os consumos associados aos atendimentos;
- Registrar a avaliação médica:

A Anamnese, permitindo registrar:

- Caracterização dos hábitos do paciente (alimentação, dependência a álcool, medicamentos, drogas ou tabaco, com cálculos automáticos, como a carga tabágica);
- Identificação das alergias do paciente (a princípios ativos, a alimentos, pólen, químicos, etc.);
- O registro dos antecedentes pessoais, familiares e profissionais do paciente;
- A análise de fatores de risco assentes em guidelines (ex.: cálculo do risco cardiovascular pelos testes de SCORE e Framingham).

A história da doença atual, incluindo:

- A identificação dos sintomas/motivos que originam a consulta, com base em nomenclaturas internacionais (ex.: ICPC);

O registro da informação objetiva, incluindo:

- Parâmetros antropométricos (ex.: peso, altura, cálculo automático de IMC, tensão arterial, frequência respiratória, etc.);

- Exame físico por aparelho do corpo (ex.: pele e anexos, cabeça e olhos, ouvidos, tórax, pulmões, etc.), com base em expressões semiológicas;
- Consulta e registro de resultados de SADTs (ex.: Hemograma, Bioquímica, Serologia, Marcadores tumorais, Exames radiológicos, etc.);
- A classificação dos diagnósticos relativos à avaliação clínica, com base em nomenclaturas internacionais (ex.: CID).

A caracterização da conduta, incluindo:

- A prescrição de medicação, por DCI, nome comercial, dosagem, classificação farmacoterapêutica, e respectiva identificação da posologia. De forma complementar, a prescrição pode ser efetuada por perfil (ex.: Digestivo, função hepática, Uronefrológico, etc.), manipulado (construção da prescrição com base em princípios ativos), por prescrição anterior (repetição da prescrição do dia “x”), ou por renovação (crônicos ou renováveis). A emissão da receita assenta no modelo de receitas do SUS;
- A prescrição de SADTs por nome clínico, ou protocolo (ex.: MFR, ORL, Doseamento medicamentos, Osteoarticular, etc.). De forma complementar, a prescrição pode ser efetuada por prescrição anterior (repetição da prescrição do dia “x”). A emissão da receita assenta no modelo de receitas do SUS;
- A prescrição de guias de tratamento internas ou externas (ex.: Executar penso e desinfecção diária, Ensino, Tratamentos, etc.);

- A prescrição permitindo identificar o diagnóstico e os procedimentos propostos, grau (nível) de urgência, e status do paciente (ex.: Classificação ASA);
- A emissão de relatórios, declarações e demais documentos associados aos pacientes (atestados, relatórios clínicos, guias de transporte ou outros documentos necessários para o paciente e/ou acompanhante);
- Registrar informação adicional sobre o ato clínico (ex.: registro de notas adicionais), de caráter confidencial, de acesso apenas ao profissional que regista esta informação. Estas notas substituirão as atuais anotações pessoais que cada profissional costuma Registrar no Prontuário clínico em papel e poderão ser efetuadas durante a prestação do ato clínico ou à posterior, nomeadamente em períodos em que o profissional efetua análises à informação de cada paciente.

Realizar o registro do ato de enfermagem com base na nomenclatura CIPE, incluindo:

- O registro dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, tendo em consideração os focos e respetivo status, permitindo assim criar uma checklist de intervenções com base na construção semântica disponibilizada pela CIPE;
- Proceder ao registro da colheita de dados inicial e notas para Diário de Enfermagem;

- Avaliar, classificar e Registrar o estado físico, estado psicológico e o grau de dependência do paciente internado para apoio à gestão das equipes a afetar aos serviços (ex.: Classificação TISS 28, para UCIs, ou cálculo de HCNs para restantes enfermarias). Com base no número de pacientes internados, avaliação do grau de dependência dos pacientes e intervenções de enfermagem previstas, será possível gerar uma estimativa de recursos humanos a afetar a cada serviço de internação, facilitando assim a sua gestão;
- Registrar a confirmação de recepção de fármacos enviados pela Farmácia;
- Registrar a medicação administrada ao paciente, incluindo a medicação em SOS;
- Registrar os eventuais feitos adversos de medicação administrada ao paciente;
- Registrar a alimentação administrada ao paciente;
- Realizar a passagem de turno, transferindo a responsabilidade de realização do plano de intervenções associado a um ou mais pacientes entre enfermeiros (para o que se prepara para iniciar um turno de trabalho);
- Emitir documentos de apoio à prática de enfermagem (ex.: diário, plano de cuidados, sinais vitais, balanço hídrico, escala de Braden).

## **GESTÃO DE PACIENTES**

O sistema de prontuário eletrônico agregará as funcionalidades de índole administrativo adequadas ao cadastramento de pacientes, sua definição demográfica, relações familiares, unidades de saúde em que está cadastrado, permitindo:

- Identificar de uma forma unívoca os pacientes da Unidade de Saúde, realizando o cadastro de pacientes com: nome, data de nascimento, sexo, cartão nacional de saúde (Cartão SUS), cidade de nascimento, nacionalidade, estado civil, nome do cônjuge, nome dos pais, raça/cor, endereço completo, CPF, telefone de contato;
- Gerar número único de Prontuário, identificando se possui ou não Prontuário físico;
- Realizar buscas por nome do paciente, por número de Prontuário, por CPF;
- Fazer desativação por duplicidade, com a importação de dados de outro cadastro e a integração com outro cadastro;
- Registrar os dados do responsável pelo paciente (nome e grau de parentesco);
- Emitir etiquetas para identificação e com código de barras em impressoras térmicas;
- Registrar informação obrigatória do paciente, incluindo a referente aos contatos e endereços;

- Atualizar a informação administrativa do paciente mantendo sempre histórico disponível das alterações registradas;
- Pesquisar o paciente na Gestão de Pacientes. A pesquisa poderá ser efetuada por Número de CPF, cartão SUS, número de Prontuário, por nome, data de nascimento. De forma complementar, a pesquisa de pacientes pode também, consoante o serviço, ser realizada por sexo ou especialidade;
- Informar o nº de CPF ou da Declaração de Nascidos Vivos, quando houver a informação;
- Informar o óbito, inclusive a data de sua ocorrência;
- Trancar o registro de um paciente após o registro de seu óbito, impedindo a realização de determinados atendimentos;
- Guardar o histórico de alterações do cadastro do paciente;
- Cadastrar Informações necessárias para estatísticas sociais (grau de instrução, religião, etnia e perfil sócio econômico);
- Classificar o paciente para identificação de participação em programas sociais (ex.programa saúde da família ou cartão carioca);

- Cadastrar Informações para atendimento de estrangeiros (não Brasileiros).

## **PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE COM AS SEGUINTE FUNCIONALIDADES:**

### **1. CAMPOS ESTRUTURADOS PARA REGISTRO DOS PROTOCOLOS DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, IAM, AVC, SEPSE E ARBOVIROSES.**

O sistema de prontuário eletrônico agregará as funcionalidades adequadas ao processo de gestão do serviço de pronto-atendimento / emergência, permitindo:

- Acolher e utilizar classificação de risco dos pacientes, de acordo com a gravidade da demanda;
- Definir áreas de atendimento por nível de gravidade;
- Realizar chamamento por nome ou posição do paciente;
- A caracterização social do paciente, sua família e restante rede de cuidadores informais (ex.: vizinhos, instituições de apoio);
- Gerir o fluxo dos pacientes com classificação de risco de acordo com a sua gravidade, incluindo a interação com internação, salas de observação, administração de medicação ou requisição de exames e análises;

- Gerir as revelias;
- O registro de leitos e quartos para pacientes internados no OS;
- Possibilitar o registro da avaliação clínica do paciente (anamnese, exame físico, conduta, dados vitais do paciente, procedimentos realizados, diagnósticos);
- Possibilitar o registro dos fatores de risco associados a vários tipos de doença: doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, avaliação de risco pré-concepção e pré-natal, IAM, AVC, SEPSE e Arbovirose;
- Possibilitar a impressão de receituários, recibos, atestados médicos, declaração de comparecimento, solicitação de exames e outros pelo profissional de saúde;
- Possibilitar o encaminhamento eletrônico do paciente para internação;
- Possibilitar que o usuário tenha acesso ao histórico de atendimentos do paciente ao departamento e a outros departamentos, de acordo com suas permissões, possibilitando visualizar as informações mais detalhadas e um resumo dos atendimentos anteriores;
- Visualizar todos os pacientes presentes no serviço de observação, bem como visualizar as informações de cada paciente, incluindo nome, sexo, idade,

diagnósticos, exames de imagem, testes de laboratório, monitoração, medicação, procedimentos e transportes, e acessar a informação mais detalhada relativa a cada tarefa;

- Gerenciar o controle dos tempos em cada etapa do atendimento ao paciente, com integração com painel de chamada na sala de espera para poder chamar o paciente para a observação;
  
- Disponibilizar o acesso também por meio de assistentes pessoais digitais através de aplicações nativas para cada hardware mobile (PDA's, Tablets e Smartphones), permitindo maior mobilidade aos profissionais de saúde.

## **2. GERAÇÃO DE NOTIFICAÇÕES DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÕES (SINAN);**

Serão adotados de forma unificada para todos os pontos de serviço, instrumentos padronizados para registro dos processos de trabalho como o Sistema de Informação Hospitalar e Prontuário Eletrônico do Paciente. Estes sistemas são a base para a programação e planejamento, juntamente com outros de base municipal e federal (SINAN, dentre outros) que serão alimentados de forma rotineira.

## **3. ADESÃO ÀS REGRAS SIGTAP - FATURAMENTO (BPA E AIH)**

Componente funcional sistema agregará as funcionalidades adequadas ao processo de faturamento da unidade de saúde, permitindo:

- Garantir a importação das tabelas do SIGTAP para a competência;
- Realizar a validação dos critérios e normas do SUS no momento da entrada dos dados;
- Visualizar a produção da competência, listando o identificador do atendimento, nome do paciente, procedimento, profissional, ocupação, idade, quantidade e as críticas;
- Permitir a correção das críticas em cada atendimento;
- Exportar os arquivos no padrão SUS;
- Realizar o fechamento da competência com todas as AIHs selecionadas no período, controlando cada AIH já emitida e evitando reapresentação e erros;
- Verificar consistência automaticamente de todos os dados das AIHs da competência aplicando todas as regras do SUS, em todos os boletins, desagrupando as contas que porventura contiverem erros, identificando falta de digitação de algum dado obrigatório ou que tiverem sido digitadas em um período anterior à atualização de tabelas ou atualização de programas que tenham sido alterados, para contemplar alguma nova portaria do Ministério da Saúde.

#### **4. GERAÇÃO DE RELATÓRIOS CUSTOMIZÁVEIS PARA ACOMPANHAMENTO DO DESEMPENHO DA UNIDADE.**

Serão adotados módulo de relatórios gerenciais permite ao usuário consultar informação estatística referente aos processos de atendimento da unidade, incluindo a medição dos tempos de espera classificados por período de atendimento, motivo, dia da semana ou local de chamada e acompanhamento dos indicadores de desempenho de cada unidade.

O módulo de relatórios gerenciais permite ao usuário consultar informação estatística referente aos processos de atendimento da unidade, incluindo a medição dos tempos de espera classificados por período de atendimento, motivo, dia da semana ou local de chamada.

Caso o cliente utilize a área de pesquisa de satisfação, o módulo de relatórios gerenciais também apresenta informação sobre a avaliação dos pacientes aos serviços prestados e qualidade do atendimento.

No intuito de gerar relatórios gerenciais do cadastro, registro, indicadores e acompanhamento dos processos e resultados, de modo que possam ser repassados as instancias municipais, estaduais e federais de forma a alimentar todos os sistemas nacionais de saúde;

O sistema prezará pelo sigilo das informações contidas no prontuário do usuário,

gerando senhas de acesso restrito das mesmas. Desta forma, cada profissional atuante na unidade terá uma senha pessoal que permitirá o seu acesso somente as informações inerentes a sua função.

O sistema gerencia as requisições de exames advindas do Atendimento Médico gerando a lista de exames para os equipamentos de análises e captura as imagens resultantes, vinculando-as às requisições controlando a liberação do exame e possibilitando a geração de laudos com utilização de texto padrão e controle de filmes utilizados.

Os exames realizados são computados na conta do paciente, para geração do faturamento da produção ambulatorial.

Desta forma, todos os procedimentos realizados, bem como os serviços, permitirão a integração do laboratório, farmácia/almoxarifado, exame de imagem, Classificação de Risco, Acolhimento, Serviço Social, Consultórios e Salas de Observação.

A análise do sistema será realizada por amostragem periódica pela Comissão de Prontuário. Utilizaremos, também, as ferramentas de Gestão de Risco e BI (“Business Intelligence”).

A coordenação de serviços e demais atividades que exijam análise das informações em saúde, o sistema possibilitará a avaliação e comparação de indicadores de saúde, como morbidade, produtividade e gestão de recursos, consolidando as informações geradas pelos módulos assistenciais implantados nas

unidades de saúde. Caberá ao gestor definir os parâmetros de normalidade para cada item de avaliação de modo a construir um painel de situação que reporte situações de alerta ou críticas, que demandem investigação.

Caso o cliente utilize a área de pesquisa de satisfação, o módulo de relatórios gerenciais também apresenta informação sobre a avaliação dos pacientes aos serviços prestados e qualidade do atendimento.

## **5. ACESSO AO SISTEMA WEB DE MONITORAMENTO DE GESTÃO POR MEIO DE USUÁRIO E SENHA**

### **SISTEMA DE ORDENAMENTO DE ATENDIMENTO COM TELAS PARA CHAMAMENTO DE PACIENTE**

O painel realizará a chamada dos pacientes que aguardam nas salas ou áreas de espera, através de um aviso sonoro, seguido pela identificação do número da senha e nome (ou senha) do paciente a ser chamado, bem como a indicação da mesa (balcão ou gabinete) à qual se deve dirigir. De forma complementar, nos telões colocados nas salas de espera, poderão também ser disponibilizados conteúdos de educação para a saúde, campanhas de sensibilização, com informações úteis para os pacientes.

Esta componente permite:

- Informar os pacientes sobre os tempos médios de espera no serviço;

- Informar os pacientes em tela própria de quais as filas de espera existentes e em que número se encontram;
- Disponibilizar informação de conteúdos de saúde;
- Disponibilizar um histórico de chamadas clínicas aos gabinetes;
- Disponibilizar um histórico de chamadas administrativas;
- Chamada dos pacientes pelos números de senhas das várias filas de espera identificando o paciente (opcional) e qual o gabinete ou balcão de atendimento a que se deve dirigir.

## **SISTEMA DE CONTROLE DE ESTOQUE DE INSUMOS E MEDICAMENTOS**

Componente funcional o sistema agregará as funcionalidades adequadas ao processo de controle de distribuição de medicamentos aos pacientes. Este módulo garante o controle da dispensação correta de medicamentos, a rastreabilidade de lotes e a otimização dos processos internos dos locais de estoque, permitindo:

- Possibilitar o recebimento, controle e aprovação das prescrições pelo farmacêutico para as farmácias satélites;
- Realizar o aprazamento do horário das medicações;

- Criar e alterar prescrições de medicamentos do paciente;
- Realizar a dispensação de medicamentos para o paciente;
- Realizar o controle e aprovação das prescrições pelo farmacêutico;
- Gerenciar o cadastro de materiais e medicamentos;
- Gerenciar o controle da validade dos medicamentos;
- Garantir a rastreabilidade por Lote e Validade;
- Administrar todas as prescrições atendidas e pendentes para atendimento;
- Realizar o fechamento mensal de estoque;
- Realizar o controle de uso de antimicrobianos integrado aos módulos de Prescrição médica e CIH (Controle de Infecção Hospitalar);
- Permitir o controle de psicotrópicos e entorpecentes, de acordo com a portaria da ANVISA (344);
- Visualizar a estatística de consumo do mês anterior em quantidade, valor do custo, média atual e valor do custo de reposição, saldo atual em estoque e unidade de dispensação, identificação da localização do insumo dentro da área de

armazenagem (sala, estante e prateleira), visando a organização e adequação física e a realização de inventários e ainda conter as informações sobre a classificação do insumo dentro da Curva ABC (classificação financeira) de forma automática e classificação XYZ (criticidade).

O Setor de Suprimentos tem a finalidade de gerenciamento dos suprimentos, representados pelos materiais permanentes e de consumo. As unidades de saúde têm a responsabilidade do planejamento dos suprimentos, desde a previsão de consumo, procedimentos de aquisição e garantia da integridade dos produtos utilizados através do correto acondicionamento e movimentação dos mesmos até a gestão dos estoques e dispensação às áreas requisitantes. Todo esse controle será feito através de sistema informatizado eficiente e eficaz que permita a tomada de decisões pela alta gestão no controle de custos e abastecimento contínuo e regular.

A farmácia e almoxarifado serão responsáveis pela identificação com etiqueta de código de barras interno. Esta rotina será implantada para todos os medicamentos padronizados e alguns materiais médicos críticos (usados nos centros cirúrgicos e salas de procedimentos invasivos diagnósticos). Este processo permite que os medicamentos identificados possam ser localizados rapidamente via sistema informatizado dentro da unidade, e ainda possibilita resgatar todas as movimentações que um determinado lote de algum item teve enquanto disponível no estoque (inclusive pacientes que possam ter utilizado).

## SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE RADIOLOGIA

Agregará as funcionalidades adequadas ao processo dos SADTs, desde a geração dos pedidos (requisições), gestão das listas de trabalho em articulação com a componente de agendamento e posterior circuito de transcrição e validação dos resultados, permitindo:

- Rastreabilidade do paciente em atendimento, com interfaceamento com sistema de senha de chamada e retirada de senha;
- Acesso ao histórico completo do paciente;
- Flexibilidade para consulta e manipulação de dados referentes a pedidos de exames;
- Realizar Relatórios com históricos de um determinado paciente contendo exames realizados, não realizados e exames que serão realizados;
- Gestão das requisições eletrônicas resultantes das solicitações de análises e exames realizadas pelos médicos;
- Consulta e registro de resultados de SADTs (ex.: Hemograma, Bioquímica, Serologia, Exames radiológicos, etc.);

- Visualizar a lista de trabalho por serviço ou exame permitindo a sua ordenação por eventuais critérios de prioridade clínica para execução;
- A elaboração do relatório com o resultado do exame e respectiva validação mediante a configuração do fluxo inerente a cada serviço de apoio clínico que efetua exames;
- A disponibilização do resultado do exame de imagem ou laboratorial no Prontuário clínico Eletrônico do paciente, gerando automaticamente notificação ao serviço / profissional requisitante da liberação dos resultados;
- A visualização da imagem associada ao laudo.

### **Visão global do paciente:**

Com a criação de um prontuário eletrônico único os profissionais passam a ter uma visão global do paciente, que permite avaliar o estado de evolução da saúde do paciente e tomar as melhores decisões para a prevenção e o tratamento das condições de saúde. Neste caso, a tecnologia é fundamental para:

- Evitar a repetição de exames que o paciente já efetuou recentemente e cujos resultados estão disponíveis;
- Alertar os profissionais de saúde (recordatórias), sobre o cumprimento do protocolo do paciente;

- Facilitar o intercâmbio de informação entre serviços dentro da unidade e com as unidades que estão interligadas, havendo assim um prontuário único do paciente partilhável entre a baixa e a alta complexidade, criando conceito de "Região digital de saúde";
- Apoiar a referência e contra-referência, agilizando assim o processo de encaminhamento dos pacientes e o seu retorno à unidade de origem, com partilha de informação clínica entre as unidades.

#### **Acessibilidade do paciente:**

É fundamental num processo desta natureza também criar valor para o paciente, parte fundamental e centro do processo. Neste caso a tecnologia pode agregar valor pela criação de condições que melhorem a relação, a proximidade e a intervenção do próprio paciente na gestão do seu estado de saúde. Como exemplos podemos mencionar:

- Coleta de informação direta do paciente sobre o seu grau de satisfação e sobre o seu estado de saúde, de forma online, sem desfasamento temporal;
- Partilha de informação em toda a cadeia, envolvendo a atenção básica, e o hospital, com claros benefícios para o paciente.

## **EMISSÃO DE CNS, COM SOLUÇÃO PARA BARRAMENTO DE CNS DO DATA SUS E PEP.**

A metodologia de registro da informação respeita o processo de decisão clínica orientado por problemas e centrado no usuário, com tabelas de codificação normalizadas (ex.: CID, ICPC, ASA, TISS 28, Glasgow, TNM, Estadiamentos, CIPE, etc.) segundo as parametrizações definidas pela Secretária de Saúde.

De forma complementar, o acesso à informação clínica é adequado por perfis de utilização, mediante parametrizações a efetuar de acordo com os grupos profissionais e lógica organizacional das instituições.

O atendimento dos usuários será integralmente gerenciado pelo sistema, durante todo o período de permanência na unidade, desde o acolhimento até a saída. Ou seja, 100% das áreas de atendimento ao usuário (paciente) serão informatizadas.

O sistema possibilita que a equipe médica e de enfermagem visualize a ocupação dos leitos e registre procedimentos e intercorrências (evolução interdisciplinar) dos usuários (paciente) na unidade.

A operacionalização integra-se também com o sistema de controle de ambulâncias e com o sistema de gestão hospitalar, além de gerar relatórios operacionais, de morbidade, estatísticos, e informações para as ferramentas de gestão, bem como informações para subsidiar os indicadores propostos.

Voltado para o apoio das atividades de documentação e arquivo médico, o módulo de cadastro de pacientes oferece recursos de controle de movimentação de prontuários e automação de solicitações.

Além disso, controla a geração do número de prontuário, mediante atendimento dos dados mínimos para a identificação do paciente e possui funcionalidade de verificação de homônimos buscando os endereços e pesquisando os pacientes por critérios como nome, nome da mãe, data de nascimento, prontuário, CNS do Data Sus e Pep, dentre outros.

Para o caso de múltiplos cadastros de pacientes, em função de erros operacionais, o sistema oferece recurso de unificação de cadastros, onde o histórico assistencial dos pacientes unificados é mantido no cadastro de destino.

O sistema prezarão pelo sigilo das informações contidas no prontuário do usuário, gerando senhas de acesso restrito das mesmas. Desta forma, cada profissional atuante na unidade terá uma senha pessoal que permitirá o seu acesso somente as informações inerentes a sua função.

O sistema gerencia as requisições de exames advindas do Atendimento Médico gerando a lista de exames para os equipamentos de análises e captura as imagens resultantes, vinculando-as às requisições controlando a liberação do exame e possibilitando a geração de laudos com utilização de texto padrão e controle de filmes utilizados.

Os exames realizados são computados na conta do paciente, para geração do faturamento da produção ambulatorial.

A Qualidade no Atendimento, expressa e promover meios para a obtenção de nível ótimo de desempenho dos serviços para a eficácia das ações de assistência e a humanização das relações entre equipe profissional, usuários da Unidade e comunidade. Identificar ações voltadas para a Qualidade Objetiva a partir da instituição de comissões internas de monitoramento dos serviços e ações voltadas à Qualidade Subjetiva relacionadas com a humanização das relações.

#### ➤ **MONITORAMENTO POR CÂMERAS DE SEGURANÇA**

##### Segurança Eletrônica

Qualquer sistema de segurança para as Unidades começa com a instalação de um sistema de vídeo-vigilância. Implantar uma solução de monitoramento por câmeras de segurança é uma ótima ferramenta para aumentar a segurança de médicos, pacientes, prestadores de serviço e funcionários.

Além de melhorar a imagem da organização e reduzir custos, um sistema de segurança por câmeras IP pode funcionar para proteger a Unidade contra atividades desonestas, fornecendo evidências visuais valiosas que possam ser usadas em diversos âmbitos para evitar reivindicações desonestas.

Alegações rotineiras como falhas na segurança cometidas por funcionários, procedimentos inadequados e atividades suspeitas dentro da Unidade podem ser facilmente verificadas, registradas e eventualmente corrigidas.

A tecnologia de vídeo obtida através de câmeras IP aumenta a produtividade dos colaboradores, identifica erros de processos e fornece a Unidade maior flexibilidade nos sistemas de monitoramento, como acesso aos consultórios e instalações através de quaisquer dispositivos móveis.

### *Benefícios dos sistemas de câmeras IP para hospitais*

#### **Aumento da segurança:**

Câmeras de segurança são dispositivos fáceis de instalar e que podem ser posicionadas em praticamente qualquer área da Unidade.

Essas câmeras ajudam a prevenir crimes como furtos e arrombamentos, além de permitirem que os funcionários da segurança acompanhem com maior atenção pacientes mais alterados.

#### **Monitoramento de áreas restritas:**

Áreas sensíveis como unidades de tratamento intensivo não podem ser simplesmente invadidas. Um servidor com um bom software pode proteger essas áreas, monitorando essas áreas contra visitantes não autorizados.

### **Melhorar a produtividade dos funcionários:**

Apenas a presença de câmeras de vigilância instaladas nas dependências da Unidade pode melhorar a comunicação entre os departamentos, permitindo aumento da produtividade em alguns setores.

### **Evitar alegações falsas ou desonestas:**

Pacientes, funcionários ou visitantes que falsamente alegam ter se ferido nas dependências da unidade ou receberam maus tratos de médicos podem trazer problemas.

Gravações das atividades internas feitas por uma câmera IP podem desmentir tais afirmações, salvando a Unidade e médicos de processos injustificados.

### **Resolução de litígios de empregados:**

Disputas com funcionários como o cumprimento de horários, ambiente de trabalho e folgas são resolvidas quando uma prova visual clara está disponível. Câmeras de vigilância podem facilmente elucidar fatos sobre incidentes desse tipo.

### **Monitoramento contínuo em tempo real;**

Câmeras IP permitem que os funcionários da unidade autorizados possam monitorar áreas críticas de forma contínua, em tempo real, a partir de seus computadores pessoais ou celulares.

### **Armazenamento ilimitado de imagens:**

Os sistemas de vídeo-segurança podem aproveitar os benefícios do armazenamento em sistemas de discos como [storages](#), que podem receber módulos de expansão em caso de falta de capacidade.

Além disso, todas as imagens capturadas por câmeras são gravadas digitalmente diretamente em [NVRs](#) ou servidores de vídeo, que armazenam as imagens longe de suspeitos e disponibiliza o acesso imediato para usuários autorizados, autoridades e fins educacionais.

### **Evidência visual para investigações:**

Um sistema de vigilância pode fornecer evidências visuais para as investigações de atividades criminosas e outros eventos específicos, que aconteceram internamente ou nos arredores das unidades de saúde.

### **Cuidados ao instalar sistemas de câmeras IP em uma Unidade:**

#### **Cuidados com funcionários:**

Um sistema de segurança com câmeras IP é uma parte importante para qualquer plano de segurança dentro da Unidade, porém é fundamental que as pessoas do departamento de segurança possuam o nível necessário para gerenciar o sistema.

#### **Privacidade:**

Câmeras são ferramentas eficazes para monitoramento para todos os departamentos de uma Unidade Hospitalar, mas a privacidade do paciente deve ser mantida. Escolher corretamente onde as câmeras serão instaladas é fundamental para evitar demandas judiciais.

### **Adulteração:**

Se uma câmera de segurança é adulterada ou danificada, o sinal de vídeo pode ser perdido. Outras medidas de segurança devem estar sempre disponíveis para compensar um sinal de vídeo interrompido.

### **As câmeras de segurança em instalações médicas:**

Alguns fatores que devem ser considerados durante o desenvolvimento do projeto de instalação de um sistema de câmeras IP:

- É possível aproveitar o sistema de monitoramento instalado?
- A Unidade Hospitalar possui vários edifícios ou outras unidades?
- A Unidade possui estacionamento próprio?
- Existem relatos de atividades criminosas anteriores no local?
- Existe histórico de arrombamentos ou crimes nas proximidades?
- Alguma área de atendimento justifica maior investigação visual?

- A Unidade gasta com processos que não puderam ser contestados nem desmentidos?
- Quais são as áreas mais críticas da instalação e que exigem monitoramento mais rígido?

### **Orientação para implantação**

- ✓ Coloque câmeras IP de segurança próximas a todas entradas e saídas para capturar imagens de todos que entram e saem das instalações;
- ✓ Corredores da unidade devem ser monitorados, controlando o fluxo de pessoas e eventos no interior das instalações;
- ✓ Posicione câmeras IP em elevadores e escadas de incêndio;
- ✓ Utilize câmeras de alta definição para vigiar os estacionamentos e áreas de carga e descarga;
- ✓ Instale câmeras de segurança nos acessos a áreas restritas, garantindo que apenas pessoas autorizadas tenham acesso;
- ✓ Posicione estrategicamente câmeras de longo alcance dentro e fora das instalações.

As unidades são monitoradas 24hs por dia e 365 dias por ano, com sistemas de CFTV (Circuito Fechado de TV – Câmeras) e Sistema Eletrônico de Alarme - que abrange todos os setores, “cômodos”, da unidade. Garantindo assim, integridade física dos funcionários e usuários, como também o patrimônio de cada uma delas.

## **Proposta detalhada de Implantação de Cabeamento e CFTV**

### ***Introdução***

De acordo com a Associação Brasileira das Empresas de Sistemas Eletrônicos de Segurança (ABESE), o mercado de segurança eletrônica vem crescendo cerca de 13% ao ano, sendo que, só a demanda por soluções de vigilância por vídeo cresceu mais de 25% no último ano, segundo pesquisa da IMS Research.

O circuito fechado de televisão (também conhecido pela sigla CFTV, do inglês: “closed- circuit television”, CCTV) é um sistema de televisão que distribui, para um ou mais pontos de visualização, sinais provenientes de câmeras instaladas em locais que precisam ser vigiados ou monitorados. Inicialmente sendo um sistema analógico, o CFTV transmitia as imagens das câmeras por meio de cabo coaxial para monitores CRT (analógicos). Mas com a evolução dos sistemas de segurança, hoje já é possível ter acesso a imagens de câmeras a quilômetros de distância de sua origem, apenas acessando o seu próprio Smartphone.

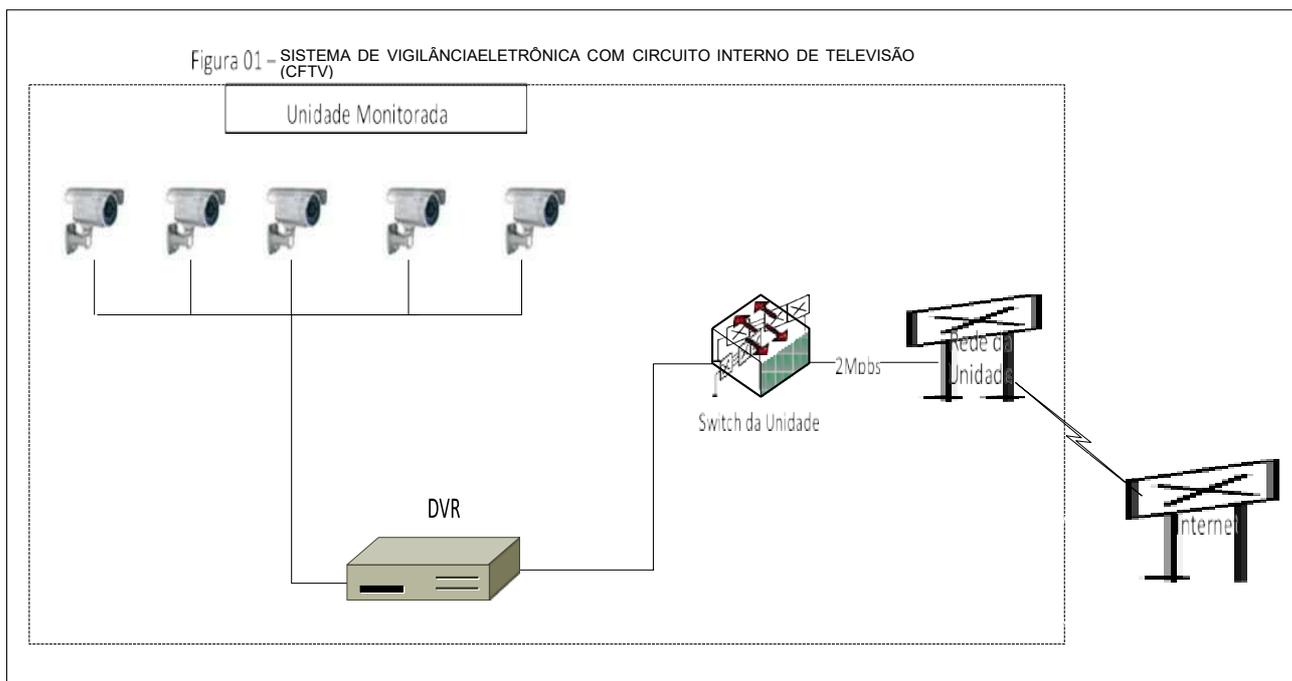
O sistema de CFTV pode ser utilizado nos mais diversos locais, desde laboratórios de pesquisa, escolas, empresas privadas, condomínios, hospitais, aeroportos até lojas e inclusive residências. Uma das grandes vantagens do CFTV é a possibilidade de vigiar o local de qualquer lugar, já que o sistema permite, em tempo real ou através de acesso de históricos gravados, o acompanhamento das atividades.

O sistema de câmeras além de permitir visualizar, monitorar e gravar imagens de diversos ambientes simultaneamente age diretamente com o fator psicológico de dissuasão, pois todos sabem que estão sendo vigiados e suas imagens armazenadas pelo sistema, o que inibe a ação de invasores, depredadores, pichadores e pessoas mal-intencionadas em geral.

Seu papel fundamental está diretamente ligado às estratégias e políticas de segurança, seja no momento de atuar como fator psicológico ou como ferramenta na identificação e fornecimento de imagens para eventuais necessidades de apurar alguma situação.

Outro fator positivo do sistema é a forma em que assegura o controle de acesso de pessoas, mercadorias e veículos, permitindo maior fiscalização dos procedimentos de segurança praticados, por todas as pessoas que transitam na área monitorada.

A seguir apresenta o esquema macro do Sistema de Vigilância Eletrônica com Circuito Interno de Televisão (CFTV) a ser implantado na(s) unidade(s).



### **Gestão de segurança do IIFHES**

É de extrema importância a ampla cobertura de segurança nas unidades de saúde, inclusive utilizando o sistema de CFTV (circuito fechado de monitoramento por imagens) como complemento e apoio a esse processo.

*Principais objetivos a serem atingidos pelo sistema de Circuito fechado de monitoramento por imagens:*

Detectar presenças não autorizadas, automaticamente, pelo próprio equipamento;  
 comunicar ocorrências, podendo ser:

Por meio sonoro, através do acionamento sonoro e silenciosamente, por meio de envio de sinais a central de monitoramento remota;

Tratar ocorrências, informando irregularidades aos responsáveis para que sejam adotadas as devidas providencias;

Inibir ocorrências de invasão, depredação ou ameaças, mostrando à comunidade em geral que a área está protegida.

Com apoio de equipe especializada, ampliando a possibilidade de acesso as novas tecnologias, o IIFHES vem cada vez mais aprimorando esse processo, tornando-o seguro, com protocolos de segurança bem definidos e maximizando o acesso, em qualquer local e hora, por parte das pessoas autorizadas pela gestão.

Atualmente, adotamos o sistema CFTV IP, baseado no mesmo conceito das redes IP, tornando os resultados bem mais eficientes.

### ***Vantagens da utilização do sistema IP no monitoramento***

Como principais benefícios do sistema IP, temos a flexibilidade e escalabilidade. Em um projeto de sistema CFTV IP, há uma inteligência de gerenciamento indisponível em sistemas analógicos e HDCVI, por exemplo.

Quando falamos em flexibilidade a referência é, inclusive, as inúmeras possibilidades de monitoramento que contam com uma estratégia completa por trás. O

que, muitas vezes, é limitado quando se opta por um sistema analógico ou HDCVI. Além disso, num sistema CFTV IP é possível usar transmissão wireless.

### ***Outras Vantagens do Sistema IP***

- Facilidade de acesso as imagens gravadas ou ao vivo;
- Gravação e transmissão de imagens em alta resolução;
- Cobertura ampla da área com detalhamento acentuado de objetos ou pessoas;  
Instalação facilitada pela conexão da câmera IP com a rede da unidade;
- Dispensável o uso ou construção de uma infraestrutura duplicada para lançamentos de cabos para dados e alimentação elétrica;
- Inteligência integrada naturalmente, em todos os modelos de câmera IP;
- Inteligência especializada, com monitoramento de alto nível e diversas possibilidades de gerenciamento de informações;
- Operadores com mais dados estratégicos para otimizar o sistema da empresa;

- Possibilidade de integração completa num mesmo cabo: desde vídeo e áudio até entradas e saídas de alarme;
- Dimensionamento facilitado: o sistema é tão escalável quanto a empresa, na medida em que for necessário crescer, será possível instalar e integrar câmeras, por exemplo;
- Custo-benefício melhor: pensando na longevidade e na qualidade dos equipamentos, o custo acaba sendo menor. Embora o investimento inicial é um pouco maior, há uma compensação no final, desde a necessidade de suporte, manutenção e ampliação do sistema CFTV IP.

### ***FATORES BÁSICOS QUE INFLUENCIAM NO DESEMPENHO DO SISTEMA DE CFTV IP***

- **Largura da banda**

Quando falamos em flexibilidade a referência é, inclusive, as inúmeras possibilidades de monitoramento que contam com uma estratégia completa por trás. O que, muitas vezes, é limitado quando se opta por um sistema analógico ou HDCVI. Além disso, num sistema CFTV IP é possível usar transmissão wireless.

A largura da banda, é considerado um dos principais pontos de um sistema CFTV IP. Ao se pensar na quantidade de imagens geradas constantemente é preciso,

igualmente, de um suporte adequado de banda. Neste caso, a largura pode influenciar diretamente no funcionamento de forma positiva ou negativa.

Para manter um bom desempenho, entendemos que é essencial que haja a mensuração de bits por segundo. Chamamos de Bitrate a velocidade ao longo do tempo. Ou seja, o correto é dizer que uma câmera gera um tamanho determinado de kbps, em que esse tamanho é transmitido em tantos segundos.

Dentro disso, entra também a compressão de vídeo, que é realizada pela câmera antes de enviar o vídeo para a rede em um sistema IP. A largura de banda deverá ser mensurada por cada câmera, pois pode haver variação de uma para outra dependendo da complexidade da cena visualizada. O que também muda é o Bitrate gerado em um dia da semana específico. Por exemplo, num domingo é menor que segunda-feira, justamente pela diminuição de movimento. Quando há um suporte para essa variação, é chamado de Taxa de Bit Variável.

- **Endereçamento de rede**

Adotamos protocolos rígidos de segurança para o endereçamento onde o foco é utilizar redes IP em câmeras e gravadores. É possível fazer endereçamentos diferenciados, como: endereço MAC e IP. Também há um cuidado com os conflitos de endereços e os formatos IPv4 e IPv6. O IP é único e se houver uma tentativa de utilizá-lo, haverá um conflito e não existirá comunicação com a rede.

- **Equipamentos para redes**

O sistema CFTV IP depende de equipamentos específicos que operam em redes IP.

Os switches são essenciais, pois conectam todos os equipamentos em uma rede IP. Existem 3 tipos: gerenciáveis, não gerenciáveis e PoE.

O IIFHES, com base nos protocolos de segurança e orientado por equipe especializada, toma todo cuidado ao instalar um sistema CFTV IP em locais que possam existir hubs conectados, esses equipamentos não são mais utilizados por gerarem tráfego elevado de broadcast.

Outro equipamento essencial são os roteadores, responsáveis pela conexão em múltiplas redes. Como base protocolar, utilizamos o firewall para garantir maior sigilo aos dados da rede de vigilância.

- **Armazenamento em nuvem**

O Armazenamento em Nuvem é um conceito de publicação de arquivos em servidores de Internet. O conceito de computação em nuvem (em inglês, cloud computing) refere-se à utilização da memória e das capacidades de armazenamento e cálculo de computadores e servidores compartilhados e interligados por meio da Internet, seguindo o princípio da computação em grade.

O armazenamento de dados é feito em serviços que poderão ser acessados de qualquer lugar do mundo, a qualquer hora, não havendo necessidade de instalação de programas específicos ou de armazenar dados.

O IIFHES vem estudando a possibilidade de utilização desse conceito, sendo uma maneira simples e segura de armazenar todas as imagens (fotos e filmagens) em servidores localizados em qualquer lugar do mundo, seguindo os mais rígidos

protocolos munidas de segurança, principalmente em unidades em que a infraestrutura local é insuficiente ou demanda um grande investimento.

Com isso, mesmo se ocorrer qualquer inconveniente com o equipamento de captura, forneceremos o mais rápido possível as imagens armazenadas.

### **EXEMPLO DO SISTEMA DE CFTV QUE SERÁ IMPLANTADO PELO IIFHES:**



figura 1. Central de Monitoramento

Com este recurso implantado e juntamente com a equipe de funcionários da segurança conseguimos com sucesso visualizar ocorrências internas e prevenir possíveis incidentes. Também conseguimos visualizar imagens gravadas e quando necessário extraí-las para fins de comprovação de ocorrências.

O monitoramento é coberto com alta capacidade de gravação de imagens e suas câmeras, com sistema de nobreak que suporte de 3 a 4 horas sem energia elétrica.

### ***Acesso das imagens pela internet (monitoramento remoto)***

A alta gestão das unidades e pessoas autorizadas possuem acesso as imagens obtidas pelo sistema de CFTV em qualquer lugar pela internet, através de smartphone, tablet ou computador, por meio de sistemas nativos do fabricante, como por exemplo ISIC da Intelbras, acessando pelo link DDNS ou através de aplicativo para smartphone, com login e senha, monitorado / liberado o acesso pela equipe técnica de TI. Seguiremos o mesmo escopo para o projeto de implantação de cabeamento e CFTV para a unidade.



Figura 2. Farmácia Central

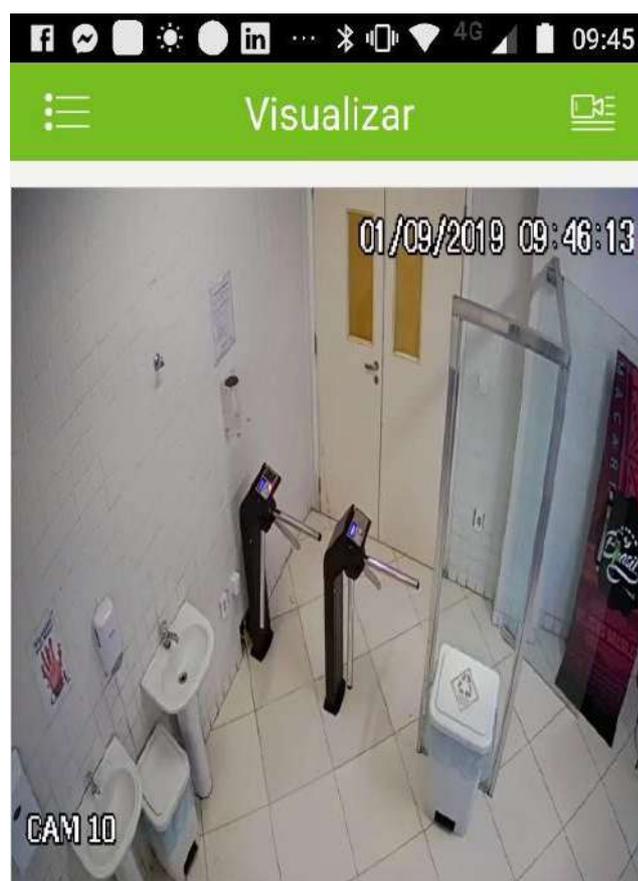


Figura3. Entrada CAF

Com este recurso implantado e juntamente com a equipe de funcionários da segurança conseguimos com sucesso visualizar ocorrências internas e prevenir possíveis incidentes. Também conseguimos visualizar imagens gravadas e quando necessário extraí-las para fins de comprovação de ocorrências.

Os serviços de monitoramento remoto serão prestados a partir de central a ser instalada nas dependências das unidades, com o objetivo de realizar o acompanhamento permanente do funcionamento de todo o sistema e outras ocorrências na(s) unidade(s) que integram o escopo do contrato, tomando as providências necessárias, de acordo com as melhores práticas vigentes de segurança.

Entende-se por monitoramento o ato de efetivar a verificação ou a supervisão local ou remota de ações ou reações a partir de comparações com padrões pré-estabelecidos. Monitoramento Remoto é um serviço realizado por uma central de monitoramento à distância, que recebe sinais, interpreta-os e procede conforme estabelecido na Ficha de Monitoramento.

O meio de comunicação do sistema de CFTV com a Central de Monitoramento Remoto deverá utilizar a rede IP.

A transmissão de imagens dos sistemas de CFTV para a Central de Monitoramento Remoto utilizará link de dados da rede, a ser disponibilizado pelo IIFHES, através de usuário e senha.

O IIFHES possui procedimentos detalhados e objetivos para tratamento de ocorrências e seus profissionais devem estar treinados nos mesmos.

Os procedimentos adotados pelo IIFHES preveem todas as possibilidades de ocorrências, estabelecendo providências adequadas a cada caso.

Nos casos de ocorrências, o Operador de Monitoramento Remoto deve identificar o local de origem, recuperar as imagens geradas no local (se disponível), se trata de uma ocorrência com solicitação por meio de Boletim de Ocorrência Policial ou solicitação de Cliente ou Funcionário do IIFHES. A partir da checagem de eventos, deve tomar as providências previstas para efetuar o backup imediato das imagens, se disponível.

As imagens das ocorrências devem ser identificadas com data, hora e local e armazenadas pelo período de 180 (cento e oitenta) dias. Após esse período tudo que foi gravado deverá ser entregue ao Setor de TI do IIFHES.

Em caso de falha na conexão, ou não recebimento dos dados de qualquer instalação, este fato deve ser considerado como ocorrência e deverão ser tomadas as providências previstas.

O Operador de Monitoramento Remoto deve realizar diariamente rondas virtuais em todas as unidades monitoradas e emitir relatórios sobre as condições de operação do sistema para o IIFHES.

Além dos procedimentos de segurança, a equipe da Central de Monitoramento Remoto deve estar preparada para o atendimento a qualquer funcionário ou preposto autorizado do Cliente IIFHES, procedendo à sua identificação, verificando sua necessidade e apresentando soluções e/ou encaminhamentos.

A operação da Central de Monitoramento Remoto será de total responsabilidade do IIFHES, devendo ser instalada em estabelecimento próprio.

## C.2.2. PLANO DE CARGOS, SALÁRIOS, BENEFÍCIOS E PROVISÕES.

### PLANO DE CARGOS, SALÁRIOS, BENEFÍCIOS E PROVISÕES

#### APRESENTAÇÃO

Apresentamos o Plano de Cargos, Carreiras e Salários do IIFHES.

O objetivo principal do Plano é estabelecer uma política eficaz para a ascensão profissional dos seus colaboradores, de acordo com suas aptidões e desempenho; assim como subsidiar o as regras e definições referente á cargos, salários e benefícios do IIFHES. Este plano se submete á toda legislação aplicável e a Política de Gestão de Pessoas Institucional, bem como em concordância com o Código de Ética e Conduta da Instituição.

Poucos setores da economia moderna empregam tanta gente quanto à área de saúde, talvez somente a construção civil, a agricultura, e mais recentemente os serviços de “*call center*” empreguem mais gente. No entanto, esse último, exige pouca mão de obra qualificada.

O quadro de pessoal representa sem dúvida a maior despesa de uma unidade chegando a representar 40% da receita bruta (GONÇALVES, 1998).

De acordo com o que foi dito acima, outro fator preponderante nos custos de saúde, é que ela exige, em grande parte, profissionais de nível superior de caráter multidisciplinar, a exemplo do quadro de médicos, enfermagem, fisioterapia,

nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos, assistente social, engenheiro, etc. Emprega muita gente de nível médio: técnicos de enfermagem, de radiologia, auxiliares administrativos, faturistas etc. Estes aspectos do custo do pessoal, especialmente aqui no Brasil, se pronunciam também devido à elevada carga tributária.

Trabalhar a dimensão humana e organizacional requer uma visão estratégica e de desenvolvimento permanente, alinhando as Pessoas às Estratégias Organizacionais, dentro de um enfoque integrado na busca de uma melhor qualidade de vida e da excelência organizacional.

A Política de Gestão de Pessoas deverá ter como objetivo a orientação e garantia de que todas as ações relacionadas à dimensão humana estejam em perfeita sintonia com os Objetivos Estratégicos da Entidade, contribuindo efetivamente para a excelência dos serviços e a satisfação dos seus agentes envolvidos (Pacientes, Colaboradores e Comunidade).

Buscar a integração de todos os mecanismos de Gestão de Pessoas, assim como promover o alinhamento destes com as melhores e modernas práticas é sem dúvida o maior objetivo estratégico da Unidade na dimensão humano-profissional.

Desta forma, o IIFHES constituiu a área de Recursos Humanos seguindo as premissas definidas na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), nas normas do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde (NR 32),

assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais, Sindicatos e demais categorias de representação dos empregados e do empregador.

A área de Recursos Humanos atua em conjunto com os demais setores da instituição, orientando e disponibilizando informações, ferramentas e serviços, visando sempre a melhoria dos processos, a satisfação dos colaboradores e usuários e a qualidade dos serviços.

Todas as ações do RH são baseadas em orientações e normas definidas junto à direção, preservando a ética, promovendo um ambiente de trabalho saudável e prezando pelo desenvolvimento e capacitação de pessoas.

## **PARTE I**

### **1. DESCRIÇÃO DE CARGOS E FUNÇÕES**

#### **1.1 Cargo**

É uma composição de funções ou atividades equivalentes em relação às tarefas a serem desempenhadas, o qual é definido estrategicamente na busca da eficiência da instituição. A análise de um cargo e sua descrição são formas de auxiliar na contratação do colaborador dentro do perfil desejado.

## 1.2 Função

A descrição de função divide-se em:

**Descrição Sumária** - descreve de forma sucinta as principais atribuições do cargo;

- a. **Atribuições** - descreve de forma detalhada, todas as atividades que o empregado realiza;
- b. **Requisitos básicos da função** - define o mínimo indispensável de formação e conhecimentos para o exercício de cada função.

Fica estabelecido que poderá haver uma revisão dos cargos e funções ou sempre que houver necessidade de ajustes, a fim de adequá-las às mudanças necessárias.

## PARTE II

### 2. Estrutura de Cargos e Carreiras

A estrutura de cargos e carreiras do IIFHES está organizada em: grupo organizacional, classe e nível salarial.

- a. **Grupo organizacional** – agrega cargos com mesmo nível de escolaridade (superior, técnico e médio).

- b. **Classe** – compreende o grau de complexidade e responsabilidade das atribuições, expressas por padrões hierarquizados dentro de um cargo, que se refletem em valores organizados em níveis salariais.
- c. **Nível Salarial** – são os valores que expressam o salário base dos níveis hierárquicos de cada classe.

Os grupos ocupacionais do IIFHES estão organizados de acordo com o nível de escolaridade, o cargo e a classe da carreira.

## 2.1 Composição da Estrutura de Cargos e Funções

Na Estrutura dos Cargos e Funções foram definidos três cargos amplos vinculados aos respectivos grupos ocupacionais, a saber:

Nível Superior – Analista

Administrativo Nível Técnico Técnico

Nível Médio – Assistente.

O empregado ocupante de cargo amplo poderá exercer diferentes funções durante sua vida profissional no IIFHES, dentro do respectivo grupo ocupacional.

Todas as funções foram descritas e avaliadas, conforme o grau de complexidade e responsabilidade, classificadas em classes, levando-se em consideração a comparação com os valores salariais identificados de acordo com as categorias profissionais.

A tabela com o detalhamento da distribuição de todos os cargos e funções nas

classes e carreiras está demonstrada no anexo I.

### **PARTE III**

#### **3. Política de remuneração e salário, progressão funcional, avaliação de desempenho individual e benefícios.**

##### **3.1. Política de Remuneração e Salário**

O sistema de remuneração do IIFHES será composto por:

a. **Salário base** – corresponde ao salário fundamental, sem o acréscimo de importâncias fixas ou variáveis com as quais se completa a remuneração global dos empregados, valor definido no contrato;

b. **Gratificação** - corresponde ao adicional concedido ao colaborador conforme topos e critérios abaixo:

- **Por performance:** concedida ao colaborador por participação ou entrega de resultados em projetos de impacto para Instituição. Pode ser concedida por tempo, valor e frações determinadas pelo gestor do contrato.

- **Por cargo:** concedida ao colaborador designado para exercer função de confiança, tendo como objetivo e compensação pelo aumento do nível de responsabilidade por tempo, valor e fração determinado.

- **Outras:** outros tipos de gratificações podem ser praticados na forma de plano de incentivo conforme diretrizes internas.

- c. **Remuneração** – representa o somatório dos valores correspondente ao nível salarial, acrescido dos adicionais e vantagens recebidas pelo empregado. Esta associada ao nível de respectivo cargo, quando aplicável, conforme o plano de trabalho do contrato.

**Os valores salariais serão reajustados, de acordo com o percentual negociado pelo sindicato da categoria.**

### **3.2. Progressão Funcional**

A progressão funcional no IIFHES contempla a promoção vertical e horizontal.

Poderá ser concedida em qualquer mês do ano, desde que o requisitos necessários sejam atendidos e caberá ao gestor do contrato a validação da promoção do colaborador.

**Promoção Vertical** : refere-se a passagem do colaborador de um cargo para o outro de maior nível na estrutura hierárquica de cargos da Instituição, decorrente do desempenho de suas tarefas e aprimoramento de suas competências técnicas. A promoção vertical será concedida à existência de vaga no quadro de colaboradores.

**Promoção Horizontal**: refere-se a progressão salarial do empregado, dentro da faixa salarial calculada para o cargo ocupado. A promoção é limitada aos níveis para cada progressão, decorrente do desempenho e aprimoramento de suas funções e

responsabilidades. Esta promoção esta condicionada á existência do nivel no respectivo plano de trabalho, ao qual o colaborador faz parte, deverá possuir qualificação necessária ao cargo (conforme descrição de cargos) e ter obtido em sua última avaliação, desempenho igual ou superior a 70%.

### **3.3. Avaliação de Desempenho Individual**

A avaliação de desempenho é um processo sistemático, que ocorre anualmente, abrangendo todos os colaboradores do IIFHES.

Por meio da avaliação de desempenho, o IIFHES, identifica o quanto o colaborador contribui para satisfazer os objetivos estratégicos e os resultados Institucionais, além de possibilitar a identificação das competências que interferem na performance, e que podem ser aprimoradas por meio de plano de desenvolvimento, capacitação e aperfeiçoamento profissional.

A avaliação de desempenho considera competências gerais, aplicáveis a todos os níveis, e específicas, focadas nos cargos de nível médio, superior e gerencial.

### **3.4. Benefícios**

Os benefícios serão estruturados conforme planos de trabalho, buscando a valorização dos colaboradores e seguindo o estabelecido em cada convenção coletiva.

O vale transporte é destinado aos colaboradores que necessitam de outros meios de transporte, que não os próprios.

Serão fornecidos vales transportes de acordo com a necessidade de cada colaborador, sendo feito o desconto legal de 6% sobre o salário, até o limite máximo correspondente ao valor do crédito recebido, conforme regulamento do Decreto nº95.247 de 17/11/87.

Conforme o decreto supracitado, o colaborador deve cumprir as seguintes exigências:

I – Informar seu endereço residencial em formulário específico, bem como apresentar cópia do comprovante de residência;

II- Inserir no formulário os serviços e meios de transporte mais adequados ao seu deslocamento residência-trabalho e vice-versa.

#### **PARTE IV**

#### **4. Critérios de administração do Plano de Cargos e Salários e suas atualizações**

A partir das descrições das funções, devem ser efetuadas pesquisas salariais periódicas, cujos resultados, depois de comparados qualitativa e estatisticamente (salários do mercado e do IIFHES) e determinadas às curvas salariais, servirão de base para orientar o estabelecimento dos novos valores dos níveis salariais.

As pesquisas salariais serão orientadas pela Diretoria de Gestão de Pessoas, preferencialmente a cada dois anos, tendo como objetivo confrontar os procedimentos internos com os do mercado e manter atualizadas as práticas de remuneração e benefícios.

#### **4.1 Cargos e Funções Novas**

A criação de novos cargos ou funções pode ser decorrente do desenvolvimento tecnológico ou da necessidade de ampliação de serviços dos hospitais gerenciados pelo IIFHES, bem como de demandas da própria estrutura gerencial de sua sede.

#### **4.2 Reavaliação de cargos e funções**

A estrutura de cargos e funções deverá ser atualizada periodicamente a fim de mantê-la alinhada com as práticas de mercado e garantir o seu equilíbrio interno. Essa atualização se dará por meio de instrumentos técnicos específicos (descrição, análise e avaliação), adequando-os às suas respectivas carreiras.

#### **4.3. Critérios para administração da tabela salarial**

A tabela salarial deverá ser atualizada em função da legislação vigente (Convenção, Acordo Coletivo de Trabalho, dentre outras) e para antecipações ou ajustes das referências salariais, com base em pesquisas de mercado.

Será definido posteriormente o Sindicato que representará os empregados do IIFHES para quaisquer negociações relativas a este Plano.

### **PARTE V - Disposições Finais**

O presente Plano beneficia os empregados admitidos no regime de contratação por CLT.

## a) POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

O IIFHES acredita que a Política de Gestão de Pessoas deverá ter como objetivo a orientação e garantia de que todas as ações relacionadas à dimensão humana estejam em perfeita sintonia com os Objetivos Estratégicos da Entidade, contribuindo efetivamente para a excelência dos serviços e a satisfação dos seus agentes envolvidos (Pacientes, Colaboradores e Comunidade).

Buscar a integração de todos os mecanismos de Gestão de Pessoas, assim como promover o alinhamento destes com as melhores e modernas práticas é sem dúvida o maior objetivo estratégico da Unidade na dimensão humano-profissional.

Desta forma, o IIFHES constituiu a área de Recursos Humanos seguindo as premissas definidas na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), nas normas do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde (NR 32), assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais, Sindicatos e demais categorias de representação dos empregados e do empregador.

A área de Recursos Humanos atua em conjunto com os demais setores da instituição, orientando e disponibilizando informações, ferramentas e serviços, visando sempre a melhoria dos processos, a satisfação dos colaboradores e usuários e a qualidade dos serviços.

Todas as ações do RH são baseadas em orientações e normas definidas junto à direção, preservando a ética, promovendo um ambiente de trabalho saudável e prezando pelo desenvolvimento e capacitação de pessoas.

## **UTILIZANDO COMPETÊNCIAS PARA INTEGRAR SISTEMAS DE RH**

O Modelo de Competências auxilia o processo de integração dos diversos sistemas de RH e pode ser utilizado em:

### **➤ Recrutamento e Seleção:**

Selecionando a pessoa com as competências adequadas para a organização, a unidade estará economizando em treinamento, rotatividade e ganhando muito no nível de resultados.

### **➤ Remuneração – Administração de Salários:**

Direcionando a remuneração em função das categorias profissionais e identificando e valorizando através de reconhecimento, aqueles profissionais cujas competências estão voltadas para os desafios estratégicos do negócio.

➤ **Plano de Gestão de Desempenho:**

Tornando claros e transparentes as características e comportamentos que geram o resultado excelente, alinhado também a resultados esperados e obtidos, identificando oportunidades para desenvolver as competências necessárias em posições mais desafiadoras através de processo avaliação de desempenho, onde será realizada em 3 partes, 45 dias, 90 dias e 365 dias.

➤ **Desenvolvimento de Recursos Humanos:**

Avaliando as competências das pessoas, identificando diferenças e criando planos de desenvolvimento.

➤ **Política de Gestão de Pessoas:**

- Proporcionar e assegurar o desenvolvimento de relações de qualidade entre as pessoas na organização, visando assegurar a satisfação do usuário final;
- Valorizar e estimular o crescimento pessoal dentro de uma perspectiva de realização humana e profissional;
- Envolver e comprometer todos os empregados com ações de melhoria, visando o desenvolvimento e crescimento sustentado da organização;

- Desenvolver o sentido de propriedade e parceria no trabalho, proporcionando a participação dos empregados na gestão do processo de trabalho;
- Estimular e fortalecer o desenvolvimento do trabalho em equipe;
- Promover ações que assegurem um adequado clima de motivação e satisfação no trabalho;
- Proporcionar o desenvolvimento dos líderes, comprometendo-os com o crescimento e a realização de seus liderados;
- Motivar os empregados, orientando-os a buscar maior capacitação, habilidades e competência;
- Estimular e sistematizar os processos de comunicação interpessoal, de forma a desenvolver mecanismos de abertura, flexibilidade e negociação entre as pessoas.

➤ **Integração e Comunicação:**

- O IIFHES acredita que a integração entre a unidade e as pessoas é de suma importância para que se estabeleça a realização humano-profissional;

- A promoção e o desenvolvimento de ações de integração deve ser uma preocupação permanente das unidades;
- Estimular o processo de comunicação interpessoal, envolvendo todos os níveis da unidade, proporcionando um processo de diálogo permanente entre as pessoas no desenvolvimento das suas atividades, é uma diretriz básica para a manutenção das boas relações no trabalho.

➤ **Educação e Desenvolvimento:**

- Promover ações voltadas à educação e treinamento, de forma continuada para o desenvolvimento e capacitação profissional de seu quadro de pessoal, em sintonia com as prioridades organizacionais, visando à melhoria do desempenho da Unidade e das pessoas;
- Às pessoas e profissionais da unidade caberá também uma significativa parcela de responsabilidade nos resultados das ações de Educação e Treinamento, buscando constante autodesenvolvimento profissional.

➤ **Gestão do Desempenho:**

A gestão do próprio desempenho é responsabilidade de cada um e de todos em uma organização. Esta gestão, contudo, será certamente mais eficaz quando se incorpora a ela, informações de terceiros, colegas, superiores, pares e pacientes.

Se importante sob a ótica individual, a gestão de desempenho, por outro lado, se constitui em fonte importante de informações para a organização, que a partir dela, otimiza seus processos de aproveitamento dos talentos, efetivos e potenciais.

O processo de avaliação envolverá instrumentos desenhados especialmente para este fim, será suportado por solução tecnológica e privilegiará o múltiplo feedback.

➤ **Pesquisa de Clima Organizacional:**

- A manutenção e o desenvolvimento de um clima humanizado, motivador e saudável, de relações positivas e de satisfação plena no trabalho é uma diretriz básica na busca da excelência organizacional;
- Avaliar e conhecer a percepção das pessoas em relação aos processos e práticas gerenciais, visando a melhoria das relações de trabalho, é uma preocupação permanente da Unidade.

➤ **Saúde e Segurança do Trabalho:**

- A promoção e o acompanhamento da saúde das pessoas que compõem a unidade através da manutenção de programas permanentes de qualidade de vida, é condição essencial para preservação do seu quadro funcional;

- O cumprimento da Legislação de Saúde e Segurança por parte da unidade, através de programas permanentes e específicos de prevenção e preservação da saúde, é condição mínima para proporcionar o bem-estar das pessoas.

➤ **Relações Trabalhistas**

- A Unidade adota como prática para solução de questões inerentes à relação com as pessoas, o entendimento direto destas com os superiores ou líderes, aos quais cabe dar pronta solução ou encaminhar as demandas para outros níveis de decisão dentro da unidade;
- A unidade aplica as convenções, acordos e sentenças normativas, resultantes da relação entre os sindicatos Profissionais e Patronais;
- A unidade, ao nível de seu interesse participará ou acompanhará as negociações, pertinentes às categorias, através do Sindicato Patronal ou diretamente.

➤ **Foco no Profissional**

O IIFHES tem como objetivo integrar as necessidades individuais e organizacionais, transformando-as numa nova teoria organizacional que surge mostrando como as estruturas burocráticas, estilos de liderança e a organização de trabalho de maneira geral podem ser modificados gerando motivação.

Estas ações têm como objetivo fazer com que os trabalhadores se sintam mais

úteis e importantes, dando-lhes mais autonomia, responsabilidade e reconhecimento.

O IIFHES implantará as seguintes metodologias:

- a. Política de processos seletivos e/ou de sucessão da organização privilegiando a competência;
- b. Programa de Treinamento e Desenvolvimento muito bem articulado, todo voltado para o crescimento profissional e pessoal;
- c. Ter ações estruturadas de qualidade de vida, medicina do trabalho, ações de bem-estar social, serviço social, apoio psicológico, desenvolvimento de equipe, responsabilidade social e empresarial;
- d. Política de reconhecimento ajustada às práticas do mercado, bem como compatíveis à realidade do Instituto e as necessidades dos colaboradores;
- e. Estimular um programa de comunicação transparente e eficaz de tal forma que todos os colaboradores se sintam seguros e informados de todos os “passos” e ações que a organização está tomando e/ou irá tomar;
- f. Estimular a gestão participativa, como uma prática em todos os níveis;
- g. Ter, na política de RH, instrumentos eficazes de “entrevistas de desligamento” a fim de estudar possíveis erros de percurso na gestão de pessoas.

- **Proposta de avaliação de desempenho individual por categoria profissional, com apresentação dos instrumentos de avaliação a serem adotados no período de 45, de 90 dias iniciais e anualmente:**

### **Instrumento de Autoavaliação de Desempenho Individual – ADMNISTRATIVO**

#### **Nível Funcional**

#### **IDENTIFICAÇÃO DO AVALIADO**

Nome:

Cargo/Função:

Unidade de Trabalho:

#### **PERÍODO DA AUTO-AVALIAÇÃO - FUNCIONÁRIO**

<b>1º Período 45 dias</b> - ..... /..... /..... a ..... /..... /.....	<b>Data da Conclusão</b> ..... /..... /.....
<b>2º Período 90 dias</b> - ..... /..... /..... a ..... /..... /.....	<b>Data da Conclusão</b> ..... /..... /.....
<b>3º Período 365 dias</b> - ..... /..... /..... a ..... /..... /.....	<b>Data da Conclusão</b> ..... /..... /.....

### Instruções

1. Preencher os campos IDENTIFICAÇÃO DO AVALIADO e PERÍODO DE AUTO-AVALIAÇÃO;
2. Avaliar os fatores com valores inteiros 1 (mínimo) e 5 (máximo) anotando nas colunas da direita (PONTUAÇÃO);
3. Somar na vertical (TOTAL DE PONTOS) e fazer o cálculo da NOTA;
4. Caso achar conveniente, descreva observações adicionais no VERSO deste Instrumento de Avaliação de Desempenho.

<i>FATORES DE AVALIAÇÃO</i>	<b>PONTUAÇÃO</b>
	<b>1º PERÍODO</b>
	<b>2º PERÍODO</b>
	<b>3º PERÍODO</b>

**DISCIPLINA**

---

**1a - Assiduidade / Pontualidade** - Cumpro a jornada de trabalho preestabelecida, tanto no aspecto horário como em frequência. Comunico aos meus superiores quando há atraso falta ou saída antecipada.

(        ) (        ) (        )

---

**1b - Postura / Aparência Habitual** - Sou educado, respeito as pessoas mantendo-me calmo e paciente em situações difíceis. Sou adequado nos trajes, no uso de adereços e na higiene pessoal.

(        ) (        ) (        )

---

**1c - Trabalho em Equipe** - Possuo habilidade de interagir com os demais membros da equipe e saber ouvir posições contrárias. Estou sempre disposto a cooperar e contribuir para atuação positiva.

(        ) (        ) (        )

---

**1d - Disciplina** - Cumpro todas as normas, rotinas, regimento e regulamentos no local de trabalho e possuo bom comportamento.

(        ) (        ) (        )

---

## RELACIONAMENTO

---

**2a - Relacionamento Interpessoal** - Tenho capacidade no relacionamento com os colegas e superiores hierárquicos. Sou atencioso, acolhedor e confiável. Coopero e colaboro com as pessoas e permito a colaboração dos demais. .

(        ) (        ) (        )

---

---

**2b - Relacionamento com os Usuários** - Possuo bom relacionamento com usuários, sendo sempre \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ atencioso

(        ) (        ) (        )

---

**2c - Comunicação Oral e Escrita** - Comunico-me com clareza, de forma objetiva, com linguagem adequada a pessoa com quem fala, tom de voz adequado ao ambiente, a situação e a pessoa. Falo e escrevo corretamente e tenho caligrafia legível.

(        ) (        ) (        )

---

**2d - Equilíbrio emocional** - Possuo capacidade de manter meu equilíbrio emocional em situações específicas.

(        ) (        ) (        )

---

## HABILIDADES / ENVOLVIMENTO / COMPROMETIMENTO

---

**3a - Interesse** - Busco conhecimento para facilitar e favorecer meu desempenho profissional e pessoal. Participo e acompanho as mudanças. Preocupo-me em manter-me atualizado, solicitando \_\_\_\_\_ quando \_\_\_\_\_ necessário \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ apoio \_\_\_\_\_ institucional.

(        ) (        ) (        )

---

**3b - Criatividade** - Sou capaz de sugerir inovações, solucionar problemas e adaptar-me às situações quando necessário. Busco realizar inovações no meu trabalho, visando melhorá-lo constantemente.

(        ) (        ) (        )

---

---

**3c – Iniciativa** – Adoto melhores soluções em tempo hábil, mediante identificação de problemas.

(        ) (        ) (        )

---

**3d - Conhecimento da Relação Território / Recursos** – Demonstro consciência das necessidades da população, respeitando os recursos públicos.

(        ) (        ) (        )

---

**3e - Responsabilidade-** Sou consciente de meus atos, assumindo-os de acordo com princípios éticos e legais. Cumpro com os compromissos firmados. Tenho segurança no desempenho de minhas atividades conseguindo conhecer minhas limitações e dificuldades. Assumo conscientemente minhas atitudes, meu território, bem como a resolução de problemas pertinentes ao meu papel.

(        ) (        ) (        )

---

**3f - Desenvolvimento Profissional** - Aproveito as oportunidades de realizar trabalhos novos ou participar de cursos, colaborando no contexto do serviço da Unidade.

(        ) (        ) (        )

---

**3g - Flexibilidade / Adaptabilidade** - Reajo bem às mudanças. Tenho facilidade para adaptar-me às necessidades e mudanças na rotina do meu trabalho.

(        ) (        ) (        )

---

## EFICIÊNCIA

---

**4ª - Resolutividade** - Resolvo os problemas e conclui meu trabalho de forma efetiva.

(        ) (        ) (        )

---

---

**4b - Produtividade** - Realizo minhas atividades de forma completa e criteriosa, atendendo os padrões de qualidade esperados.

(        ) (        ) (        )

---

**4c – Desenvolvimento das Atividades nos Prazos Estabelecidos** - Executo os trabalhos dentro dos prazos estabelecidos.

(        ) (        ) (        )

---

**4d - Organização** - Sei organizar e priorizar as atividades. Conduzo minhas ações de modo a favorecer a continuidade da assistência e do trabalho em equipe. Utilizo adequadamente os recursos disponíveis, evitando desperdícios e mantenho a ordem do local de trabalho.

(        ) (        ) (        )

---

**4e - Conhecimento Específico / Técnico Científico** – Possuo domínio técnico pertinente à minha competência e mantenho-me atualizado. Desenvolvo as atividades com segurança e eficiência.

(        ) (        ) (        )

---

**TOTAL DE PONTOS**

---

**NOTA (IADF 1)**

**NOTA 1ºPERÍODO** (        )

**NOTA 2ºPERÍODO** (        )

**NOTA 3ºPERÍODO** (        )

Divida o TOTAL DE PONTOS por VINTE e escreva no espaço acima.

...../...../.....

Assinatura do Avaliado

**Observações:**


**CIENTE,**

...../...../.....

Assinatura do Gerente

**Instrumento de Auto-avaliação de Desempenho Individual - ASSISTENCIAL**

**Nível Funcional**

**IDENTIFICAÇÃO DO AVALIADO**

Nome:	
Cargo/Função:	Unidade de Trabalho:

**PERÍODO DA AUTO-AVALIAÇÃO - FUNCIONÁRIO**

1º Período 45 dias - ..... /..... /..... a ..... /..... /.....	Data da Conclusão ..... /..... /.....
2º Período 90 dias - ..... /..... /..... a ..... /..... /.....	Data da Conclusão ..... /..... /.....
3º Período 365 dias - ..... /..... /..... a ..... /..... /.....	Data da Conclusão ..... /..... /.....

**Instruções**

1. Preencher os campos IDENTIFICAÇÃO DO AVALIADO e PERÍODO DE AUTO-AVALIAÇÃO;
2. Avaliar os fatores com valores inteiros 1 (mínimo) e 5 (máximo) anotando nas colunas da direita (PONTUAÇÃO);
3. Somar na vertical (TOTAL DE PONTOS) e fazer o cálculo da NOTA

4. Caso achar conveniente, descreva observações adicionais no VERSO deste Instrumento de Avaliação de Desempenho.

FATORES DE AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO
	1º PERÍODO
	2º PERÍODO
	3º PERÍODO

**DISCIPLINA**

---

**1a - Assiduidade / Pontualidade** - Cumpro a jornada de trabalho preestabelecida, tanto no aspecto horário como em frequência. Comunico aos meus superiores quando há atraso falta ou saída antecipada.

(        ) (        ) (        )

---

**1b - Postura / Aparência Habitual** - Sou educado, respeito as pessoas mantendo-me calmo e paciente em situações difíceis. Sou adequado nos trajes, no uso de adereços e na higiene pessoal.

(        ) (        ) (        )

---

**1c – Trabalho em Equipe** – Possuo habilidade de interagir com os demais membros da equipe e saber ouvir posições contrárias. Estou sempre disposto a cooperar e contribuir para atuação positiva.

(        ) (        ) (        )

---

---

**1d - Disciplina** - Cumpro todas as normas, rotinas, regimento e regulamentos no local de trabalho e possuo bom comportamento.

( ) ( ) ( )

---

## RELACIONAMENTO

---

**2a - Relacionamento Interpessoal** - Tenho capacidade no relacionamento com os colegas e superiores hierárquicos. Sou atencioso, acolhedor e confiável. Coopero e colaboro com as pessoas e permito a colaboração dos demais.

( ) ( ) ( )

---

**2b - Relacionamento com os Usuários** - Possuo bom relacionamento com usuários, sendo sempre e atencioso

( ) ( ) ( )

---

**2c - Comunicação Oral e Escrita** - Comunico-me com clareza, de forma objetiva, com linguagem adequada a pessoa com quem fala, tom de voz adequado ao ambiente, a situação e a pessoa. Falo e escrevo corretamente e tenho caligrafia legível.

( ) ( ) ( )

---

**2d - Equilíbrio emocional** - Possuo capacidade de manter meu equilíbrio emocional em situações específicas.

( ) ( ) ( )

---

## HABILIDADES / ENVOLVIMENTO / COMPROMETIMENTO

---

**3a - Interesse** - Busco conhecimento para facilitar e favorecer meu desempenho profissional e pessoal. Participo e acompanho as mudanças. Preocupo-me em manter-me atualizado, solicitando quando necessário o apoio institucional. (

) ( ) ( )

---

**3b - Criatividade** - Sou capaz de sugerir inovações, solucionar problemas e adaptar-me às situações quando necessário. Busco realizar inovações no meu trabalho, visando melhorá-lo constantemente.

( ) ( ) ( )

---

**3c - Iniciativa** - Adoto melhores soluções em tempo hábil, mediante identificação de problemas.

( ) ( ) ( )

---

**3d - Conhecimento da Relação Território / Recursos** - Demonstro consciência das necessidades da população, respeitando os recursos públicos.

( ) ( ) ( )

---

**3e - Responsabilidade**- Sou consciente de meus atos, assumindo-os de acordo com princípios éticos e legais. Cumpro com os compromissos firmados. Tenho segurança no desempenho de minhas atividades conseguindo conhecer minhas limitações e dificuldades.

Assumo conscientemente minhas atitudes, meu território, bem como a resolução de problemas pertinentes ao meu papel.

( ) ( ) ( )

---

---

**3f - Desenvolvimento Profissional** - Aproveito as oportunidades de realizar trabalhos novos ou participar de cursos, colaborando no contexto do serviço da Unidade.  
(        ) (        ) (        )

---

**3g - Flexibilidade / Adaptabilidade** - Reajo bem às mudanças. Tenho facilidade para adaptar-me às necessidades e mudanças na rotina do meu trabalho.  
(        ) (        ) (        )

---

## EFICIÊNCIA

---

**4ª - Resolutividade** - Resolvo os problemas e conclui meu trabalho de forma efetiva.  
(        ) (        ) (        )

---

**4b - Produtividade** - Realizo minhas atividades de forma completa e criteriosa, atendendo os padrões de qualidade esperados.  
(        ) (        ) (        )

---

**4c – Desenvolvimento das Atividades nos Prazos Estabelecidos** - Executo os trabalhos dentro dos prazos estabelecidos.  
(        ) (        ) (        )

---

**4d - Organização** - Sei organizar e priorizar as atividades. Conduzo minhas ações de modo a favorecer a continuidade da assistência e do trabalho em equipe. Utilizo adequadamente os recursos disponíveis, evitando desperdícios e mantenho a ordem do local de trabalho.  
(        ) (        ) (        )

---

**4e - Conhecimento Específico / Técnico Científico** – Possuo domínio técnico pertinente à minha competência e mantenho-me atualizado. Desenvolvo as atividades com segurança e eficiência.

(        ) (        ) (        )

---

**TOTAL DE PONTOS**

---

**NOTA (IADF 1)**

**NOTA 1ºPERÍODO (        )**

**NOTA 2ºPERÍODO (        )**

**NOTA 3ºPERÍODO (        )**

Divida o TOTAL DE PONTOS por VINTE e escreva no espaço acima

...../...../.....

---

Assinatura do Avaliado

**Observações:**


CIENTE,

...../...../.....

\_\_\_\_\_

Assinatura do Gerente

**Instrumento de Avaliação de Desempenho Individual –**

**GESTOR - ADMINISTRATIVO**

**Nível Funcional**

<b>IADF</b> 2
------------------

IDENTIFICAÇÃO DO AVALIADO

Nome:	
Cargo/Função:	Unidade de Trabalho:
<b>PERÍODO DA AVALIAÇÃO - GESTOR</b>	
<b>1º Período 45 dias - ..... /..... /..... a ..... /..... /.....</b>	<b>Data da Conclusão ..... /..... /.....</b>
<b>2º Período 90 dias - ..... /..... /..... a ..... /..... /.....</b>	<b>Data da Conclusão ..... /..... /.....</b>
<b>3º Período 365 dias - ..... /..... /..... a ..... /..... /.....</b>	<b>Data da Conclusão ..... /..... /.....</b>

### Instruções

1. Preencher os campos IDENTIFICAÇÃO DO AVALIADO e PERÍODO DE AVALIAÇÃO;
2. Avaliar os fatores com valores inteiros 1 (mínimo) e 5 (máximo) anotando nas colunas da direita (PONTUAÇÃO);
3. Somar na vertical (TOTAL DE PONTOS) e fazer o cálculo da NOTA;

4. Caso achar conveniente, descreva observações adicionais no VERSO deste Instrumento de Avaliação de Desempenho.

<i>FATORES DE AVALIAÇÃO</i>	<b>PONTUAÇÃO</b>
	<b>1º PERÍODO</b>
	<b>2º PERÍODO</b>
	<b>3º PERÍODO</b>

## DISCIPLINA

---

**1a – Assiduidade / Pontualidade** - Cumpre a jornada de trabalho preestabelecida, tanto no aspecto horário como em frequência. Comunica aos seus superiores quando há atraso falta ou saída antecipada.

(        )   (        )   (        )

---

**1b - Postura / Aparência Habitual** - É educado, respeita as pessoas mantendo-se calmo e paciente em situações difíceis. É adequado nos trajes, no uso de adereços e na higiene pessoal.

(        )   (        )   (        )

---

**1c - Trabalho em Equipe** - Habilidade de interagir com os demais membros da equipe e saber ouvir posições contrárias. Está sempre disposto a cooperar e contribuir para atuação positiva.

(        )   (        )   (        )

---

---

**1d - Disciplina** - Cumpre todas as normas, rotinas, regimento e regulamentos no local de trabalho e possui bom comportamento.

( ) ( ) ( )

---

## RELACIONAMENTO

---

**2a - Relacionamento Interpessoal** - Tem capacidade no relacionamento com os colegas e superiores hierárquicos. É atencioso, acolhedor e confiável. Cooperar e colaborar com as pessoas e permite a colaboração dos demais.

( ) ( ) ( )

---

**2b - Relacionamento com os Usuários** - Possui bom relacionamento com usuários, sendo sempre atencioso, acolhedor e confiável.

( ) ( ) ( )

---

**2c - Comunicação Oral e Escrita** – Comunica-se com clareza, de forma objetiva, com linguagem adequada a pessoa com quem fala, tom de voz adequado ao ambiente, a situação e a pessoa. Fala e escreve corretamente e tem caligrafia legível.

( ) ( ) ( )

---

**2d - Equilíbrio Emocional** - Possui capacidade de manter seu equilíbrio emocional em situações específicas.

( ) ( ) ( )

---

## HABILIDADES / ENVOLVIMENTO / COMPROMETIMENTO

---

**3a – Interesse** - Busca conhecimento para facilitar e favorecer seu desempenho profissional e pessoal. Participa e acompanha as mudanças. Preocupa-se em manter-se atualizado, solicitando quando necessário o apoio institucional.

(        ) (        ) (        )

---

**3b - Criatividade** - É capaz de sugerir inovações, solucionar problemas e adaptar-se às situações quando necessário. Busca realizar inovações no seu trabalho, visando melhorá-lo constantemente.

(        ) (        ) (        )

---

**3c – Iniciativa** – Adota melhores soluções em tempo hábil, mediante identificação de problemas.

(        ) (        ) (        )

---

**3d - Conhecimento da Relação Território / Recursos** - Demonstra consciência das necessidades da população, respeitando os recursos públicos.

(        ) (        ) (        )

---

**3e - Responsabilidade**- É consciente de seus atos, assumindo-os de acordo com princípios éticos e legais. Cumpre com os compromissos firmados. Tem segurança no desempenho de suas atividades conseguindo conhecer suas limitações e dificuldades. Assume conscientemente suas atitudes, seu território, bem como a resolução de problemas pertinentes a seu papel.

(        ) (        ) (        )

---

---

**3f - Desenvolvimento Profissional** - Aproveita as oportunidades de realizar trabalhos novos ou participar de cursos, colaborando no contexto do serviço da Unidade.

(        ) (        ) (        )

---

**3g - Flexibilidade / Adaptabilidade** - Reage bem às mudanças. Tem facilidade para adaptar-se às necessidades e mudanças na rotina de seu trabalho.

(        ) (        ) (        )

---

## EFICIÊNCIA

---

**4ª - Resolutividade** - Resolve os problemas e conclui seu trabalho de forma efetiva.

(        ) (        ) (        )

---

**4b - Produtividade** - Realiza suas atividades de forma completa e criteriosa, atendendo os padrões de qualidade esperados.

(        ) (        ) (        )

---

**4c - Desenvolvimento das Atividades nos Prazos Estabelecidos** - Executa os trabalhos dentro dos prazos estabelecidos.

(        ) (        ) (        )

---

**4d - Organização** - Sabe organizar e priorizar as atividades. Conduz as ações de modo a favorecer a continuidade da assistência e do trabalho em equipe. Utiliza adequadamente os recursos disponíveis, evitando desperdícios e mantém-se a ordem do local de trabalho.

(        ) (        ) (        )

---

**4e - Conhecimento Específico / Técnico Científico – Possui** domínio técnico pertinente à sua competência e mantém-se atualizado. Desenvolve as atividades com segurança e eficiência.

(        ) (        ) (        )

---

**TOTAL DE PONTOS**

---

**NOTA (IADF 2)**

**NOTA 1ºPERÍODO (        )**

**NOTA 2ºPERÍODO (        )**

**NOTA 3ºPERÍODO (        )**

Divida o TOTAL DE PONTOS por VINTE e escreva no espaço acima

, ...../...../.....

---

Assinatura c/ Carimbo do Avaliador1

Assinatura c/ Carimbo do Avaliador2

**CIENTE,**

...../...../.....

---

Assinatura do Avaliado

**Instruções Especiais:**

**1. Indique no desempenho do funcionário (considerando o cargo avaliado) as principais aptidões e deficiências do mesmo para com o desenvolvimento de seus trabalhos:**


**2. Indique eventuais deficiências da unidade de trabalho que interferem no desempenho do servidor avaliado:**


**3. Indique as ações de desenvolvimento que, na sua opinião, devem ser adotadas para melhorar o desempenho do avaliado:**


## CRITÉRIOS PARA O INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

IDENTIFICAÇÃO DO AVALIADO

### FATORES DE AVALIAÇÃO

5 (ÓTIMO), 4 (BOM), 3 (REGULAR/SATISFATÓRIO), 2 (INSUFICIENTE), 1(RUIM)

**DISCIPLINA**

---

**Assiduidade/ Pontualidade** - Comparece regularmente ao local de trabalho/mês e nos horários preestabelecidos. Permanecendo até o final do expediente

NOTA 1 – Não comparece no horário determinado ou; Acima de 6 faltas justificadas, a partir de 1 injustificada ou justificada sem comunicação prévia 24h;

NOTA 2 – Mais que 3 atrasos acima de 30 minutos no mês ou; Até 6 faltas justificadas;

NOTA 3 – Até 3 atrasos até 30 minutos no mês ou; Até 3 faltas justificadas;

NOTA 4 – Até 15 minutos de atrasos no mês ou; Até 1 falta justificada;

NOTA 5 – Comparece eficientemente sem atrasos ou frequente.

---

**Postura / Aparência Habitual** - É educado, respeita as pessoas mantendo-se calmo e paciente em situações difíceis. É adequado nos trajés, no uso de adereços e na higiene pessoal.

NOTA 1 – apresenta-se inadequadamente;

NOTA 2 – tem dificuldades para apresentar-se adequadamente;

NOTA 3 – tem dificuldades e esforça-se para apresentar-se adequadamente;

NOTA 4 – Apresenta-se satisfatoriamente;

NOTA 5 – Apresenta-se adequadamente.

---

---

**Trabalho em equipe** – Capacidade de Interagir com os demais membros da equipe e saber ouvir posições contrárias, cooperar e contribuir para atuação positivas.

NOTA 1 – Não interage;

NOTA 2 – Interage insatisfatoriamente;

NOTA 3 – Interage parcialmente;

NOTA 4 – Interage satisfatoriamente;

NOTA 5 – Interage eficientemente.

---

**Disciplina** - Cumpre todas as normas, rotinas, regimentos e regulamentos no local de trabalho, possuindo bom comportamento.

NOTA 1 – Não cumpre;

NOTA 2 – Cumpre insatisfatoriamente;

NOTA 3 – Cumpre parcialmente;

NOTA 4 – Cumpre satisfatoriamente;

NOTA 5 – Cumpre eficientemente.

---

## **RELACIONAMENTO**

---

**Relacionamento Interpessoal** - Possui capacidade no relacionamento com os colegas e superiores hierárquicos. É atencioso, acolhedor e confiável. Cooperar e colaborar com as pessoas e permite a colaboração dos demais.

NOTA 1 – Relaciona-se pouco;

NOTA 2 – Relaciona-se com dificuldade;

NOTA 3 – Tem facilidade para relacionar-se;

NOTA 4 – Relaciona-se satisfatoriamente com as pessoas;

NOTA 5 – Relaciona-se perfeitamente com as pessoas.

---

**Relacionamento com os Usuários** - Possui bom relacionamento com usuários, sendo sempre atencioso, acolhedor e confiável.

NOTA 1 – Relaciona-se pouco;

NOTA 2 – Relaciona-se com dificuldade;

NOTA 3 – Tem facilidade para relacionar-se;

NOTA 4 – Relaciona-se satisfatoriamente com as pessoas;

NOTA 5 – Relaciona-se perfeitamente com as pessoas.

---

---

**Comunicação Oral e Escrita** – Comunica-se com clareza, de forma sucinta, com linguagem e tom de voz adequado à situação, fala e escreve corretamente e possui caligrafia legível.

NOTA 1 – Não se comunica;

NOTA 2 – Comunica-se insatisfatoriamente;

NOTA 3 – Comunica-se parcialmente;

NOTA 4 – Comunica-se satisfatoriamente;

NOTA 5 – Comunica-se eficientemente.

---

**Equilíbrio emocional** - Possui capacidade de manter seu equilíbrio emocional em situações específicas.

NOTA 1 – Não se equilibra;

NOTA 2 – Equilibra-se insatisfatoriamente;

NOTA 3 – Equilibra-se parcialmente;

NOTA 4 – Equilibra-se satisfatoriamente;

NOTA 5 – Equilibra-se eficientemente.

---

**HABILIDADES / ENVOLVIMENTO / COMPROMETIMENTO**

---

**Interesse** - Busca conhecimento para facilitar e favorecer seu desempenho profissional e pessoal. Participa e acompanha as mudanças. Preocupa-se em manter-se atualizado, solicitando quando necessário o apoio institucional.

NOTA 1 – Não tem interesse;

NOTA 2 – Limita-se as tarefas de rotina;

NOTA 3 – Mantém-se interessado pelo trabalho;

NOTA 4 – Possui interesse eficiente;

NOTA 5 – Possui interesse excepcional.

---

**Criatividade** - É capaz de sugerir inovações, solucionar problemas e adaptar-se às situações quando necessário e adaptar-se às situações quando necessário. Busca realizar inovações no seu trabalho, visando melhorá-lo constantemente.

NOTA 1 – Não se utiliza de sua criatividade;

NOTA 2 – Utiliza-se insatisfatoriamente de sua criatividade;

NOTA 3 – Utiliza-se parcialmente de sua criatividade;

NOTA 4 – Utiliza-se satisfatoriamente de sua criatividade;

NOTA 5 – Utiliza-se eficientemente de sua criatividade.

---

---

**Iniciativa** – Adota melhores soluções em tempo hábil, mediante identificação de problemas.

NOTA 1 – Não tem iniciativa;

NOTA 2 – Tem dificuldade de agir com iniciativa;

NOTA 3 – Iniciativa satisfatória;

NOTA 4 – Iniciativa mais que satisfatória;

NOTA 5 – Iniciativa eficiente.

---

**Conhecimento da Relação Território / Recursos** – Demonstra consciência das necessidades da população, respeitando os recursos públicos.

NOTA 1 – não compreende;

NOTA 2 – apresenta dificuldades para compreender;

NOTA 3 – compreende parcialmente;

NOTA 4 – compreende satisfatoriamente;

NOTA 5 – compreende perfeitamente.

---

---

**Responsabilidade** – É consciente de seus atos, assumindo-os de acordo com princípios éticos e legais. Cumpre com os compromissos firmados. Tem segurança no desempenho de minhas atividades conseguindo conhecer minhas limitações e dificuldades. Assume conscientemente seu território bem como os problemas da população de sua Abrangência. Incorpora e desenvolve seu trabalho e seu papel, intra e extra-muros, com seriedade e atenção.

NOTA 1 – Não assume tampouco incorpora;

NOTA 2 – Assume e incorpora insatisfatoriamente;

NOTA 3 – Assume e incorpora parcialmente;

NOTA 4 – Assume e incorpora satisfatoriamente;

NOTA 5 – Assume e incorpora eficientemente.

---

**Desenvolvimento Profissional** – Aproveita as oportunidades de realizar trabalhos novos ou participar de cursos, colaborando no contexto da unidade.

NOTA 1 – não aproveita a oportunidade;

NOTA 2 – aproveita insatisfatoriamente;

NOTA 3 – aproveita parcialmente;

NOTA 4 – aproveita satisfatoriamente;

NOTA 5 – aproveita eficientemente.

---

---

**Flexibilidade / Adaptabilidade** - Reage bem às mudanças. Tenho facilidade para adaptar-me às necessidades e mudanças na rotina do meu trabalho.

NOTA 1 – não se adapta nem reage bem às mudanças;

NOTA 2 – apresenta dificuldades para adapta-se e tem dificuldades para aceitar as mudanças;

NOTA 3 – adapta-se parcialmente e reage indiferentemente às mudanças;

NOTA 4 – adapta-se satisfatoriamente e está atento às mudanças;

NOTA 5 – adapta-se e reage eficientemente às mudanças.

---

---

## **EFICIÊNCIA**

**Resolutividade** – resolve os problemas e conclui seu trabalho de forma efetiva.

NOTA 1 – não resolve;

NOTA 2 – apresenta dificuldades;

NOTA 3 – resolve parcialmente;

NOTA 4 – resolve satisfatoriamente;

NOTA 5 – resolve eficientemente.

---

---

**Produtividade** - Apresenta qualidade e quantidade de trabalho dentro dos padrões exigidos em seu cargo. Realiza suas atividades de forma completa e criteriosa, atendendo os padrões de qualidade esperados.

NOTA 1 – Não apresenta boa produtividade;

NOTA 2 – Produtividade insatisfatória;

NOTA 3 – Produtividade parcial;

NOTA 4 – Produtividade satisfatória;

NOTA 5 – produtividade excelente.

---

**Desenvolvimento das atividades nos Prazos estabelecidos** – Executa os trabalhos dentro dos prazos estabelecidos.

NOTA 1 – não executa;

NOTA 2 – apresenta dificuldades para executar;

NOTA 3 – executa parcialmente;

NOTA 4 – executa satisfatoriamente;

NOTA 5 – executa eficientemente.

---

---

**Organização** – Sabe organizar e priorizar as atividades. Conduz suas ações de modo a favorecer a continuidade da assistência e do trabalho em equipe. Utiliza adequadamente os recursos disponíveis, evitando desperdícios e mantém a ordem do local de trabalho. Atua de forma planejada e organizada, otimizando tempo e recursos materiais.

NOTA 1 – Tem dificuldade de atuar;

NOTA 2 – Atua insatisfatoriamente;

NOTA 3 – Atua parcialmente;

NOTA 4 – Atua satisfatoriamente;

NOTA 5 - Atua eficientemente.

---

**Conhecimento Específico** - Possui domínio técnico pertinente à sua competência e mantêm-se atualizado. Desenvolve as atividades com segurança e

NOTA 1 – Conhecimento insuficiente;

NOTA 2 – Conhecimento insatisfatório;

NOTA 3 – Conhecimento parcial;

NOTA 4 – Conhecimento satisfatório;

NOTA 5 – Conhecimento eficiente/atualizado.

---

## b) MANUAL DO COLABORADOR DO IIFHES

### **Apresentação**

O presente manual foi criado para auxiliar os colaboradores e seus respectivos chefes no preenchimento do registro de frequência, seja ele eletrônico ou manual. Nos tópicos abaixo, será possível sanar as mais variadas dúvidas que possam surgir no dia a dia do colaborador.

Importante ressaltar que a responsabilidade pelo registro da frequência e suas eventuais ocorrências será sempre do colaborador e de sua chefia imediata. Ambos devem relatar os acontecimentos diários de maneira fiel ao ocorrido, conforme as normas vigentes.

### **Conceitos**

#### **I – PONTO**

Ponto é o registro pelo qual se verifica, diariamente, os horários cumpridos pelo colaborador durante sua jornada de trabalho.

O registro de frequência será eletrônico ou, em casos excepcionais, manual.

Salvo em casos expressamente previstos, é vedado, sob pena de responsabilidade, dispensar o colaborador do registro de ponto.

Deve constar expressamente no registro de ponto:

I - O nome e número funcional do colaborador;

II – O cargo ou função-atividade do colaborador;

III – Jornada de trabalho, especificando, quando for o caso, se esta for cumprida em regime de plantão;

IV – O horário de entrada e saída ao serviço;

V – O horário de intervalo para alimentação/descanso;

VI – Assinatura do colaborador e da chefia imediata;

VII – As seguintes ocorrências, entre outras:

a) atrasos;

b) ausências temporárias;

c) faltas ao serviço;

d) afastamentos e licenças previstos em lei;

e) prestação de horas suplementares sobre a duração diária normal de trabalho em virtude de compensação ou que serão objeto desta;

f) prestação de horas extraordinárias que serão objeto de pagamento, por terem sido previamente autorizadas pela administração.

## **II – JORNADA DE TRABALHO**

Jornada de trabalho é o tempo em que o empregado está à disposição de seu empregador, aguardando ou executando ordens.

Dependendo da jornada de trabalho diária do colaborador é obrigatória a interrupção para alimentação /descanso.

### **III – FREQUÊNCIA**

Frequência é o comparecimento do colaborador em seu local de trabalho. Ela é comprovada por meio da correta anotação dos horários do colaborador no respectivo registro de frequência.

### **IV – OCORRÊNCIA**

São todas as situações que alteram, de maneira não habitual, a jornada de trabalho diária do colaborador, devendo ser anotadas no registro de frequência eletrônico ou manual, na data em que ocorrerem.

#### **Regras Gerais**

#### **Deveres**

#### **I – DEVERES DO COLABORADOR**

- ✓ Cumprir a jornada estabelecida em contrato de trabalho;

- ✓ Chegar e sair no horário especificado, inclusive no período para alimentação ou descanso;
- ✓ Respeitar as normas estabelecidas pela legislação vigente e pela OSS, inclusive aqueles referentes à compensação de horas;
- ✓ Manter seu registro de frequência atualizado, anotando/registando diariamente seus horários durante a jornada de trabalho;
- ✓ Apresentar, o mais breve possível, justificativa para ausências ou atrasos, sob pena de indeferimento por não cumprimento dos prazos estabelecidos.

## **II – DEVERES DA CHEFIA IMEDIATA**

- ✓ Garantir o fiel registro da frequência de seus subordinados;
- ✓ Encaminhar o registro de frequência com as devidas anotações para as providências da área de pessoal no primeiro dia útil subsequente ao período de apuração da frequência.

## **Horários e Jornadas**

## **I – UNIDADES**

As Unidades deverão manter, durante todo o seu período de funcionamento, colaboradores para a garantia da prestação dos serviços que lhe são destinados.

Para cumprir o disposto no parágrafo anterior, caberá ao dirigente estabelecer a forma de cumprimento da jornada de trabalho dos colaboradores, observadas a escala de horários definida pela chefia imediata e as limitações legais ou administrativas.

## **II – COLABORADOR**

As jornadas semanais de trabalho deverão ser adequadas, conforme o horário de funcionamento da Unidade.

A jornada de trabalho em locais de atividades ininterruptas poderá ser cumprida sob o regime de plantão, a critério e responsabilidade do dirigente, podendo ser alterada sempre que houver a necessidade de revisão e adequação dos trabalhos.

## **III – INTRAJORNADA**

A jornada contínua dos colaboradores deve obedecer ao intervalo mínimo para alimentação e descanso (intrajornada), conforme tabela abaixo:

<b>Jornada Diária (horas)</b>	<b>Intervalo para alimentação ou descanso</b>
Até 4 horas	Não tem
Acima de 4 e até 6 horas	15 minutos

Acima de 6 horas	Mínimo 1 e máximo 2 horas
------------------	---------------------------

Este tipo de intervalo não faz parte da jornada de trabalho, devendo o colaborador, ao final do descanso, completar a jornada diária contratada.

#### **IV – INTERJORNADA**

O intervalo entre duas jornadas de trabalho (Inter jornada) deverá ter um período mínimo.

#### **Registro de Frequência**

#### **I – COMO REGISTRAR A FREQUÊNCIA NO PONTO ELETRÔNICO**

Os colaboradores devem registrar o ponto eletrônico diariamente, em seus respectivos horários, respeitados os períodos obrigatórios para repouso ou alimentação.

O registro de ponto eletrônico é de responsabilidade individual do colaborador para correta aferição da sua pontualidade e assiduidade para o cômputo do cumprimento integral da jornada semanal de trabalho.

A fiscalização e o controle do horário de trabalho dos colaboradores são de responsabilidade da chefia imediata, sendo vedada, em regra, a dispensa do registro eletrônico. Em casos excepcionais e de força maior que impossibilitem o registro eletrônico – que serão oportunamente elencados pela DIREÇÃO -, a chefia imediata deverá adotar o registro da frequência em boletim de frequência manual (conforme item II a seguir).

Nos dias em que o chefe imediato não comparecer ao local de trabalho (impedimentos, afastamentos, licenças e faltas), a fiscalização e o controle do horário de trabalho dos colaboradores passam a ser atribuição do primeiro substituto designado ou, na sua ausência ou impedimento, ao superior mediato.

A falta de marcação do ponto, o atraso ao serviço e a saída antecipada, sem autorização da chefia imediata, acarretarão, além das medidas administrativas cabíveis, o respectivo desconto salarial.

Lembramos que as Unidades que já utilizam o sistema de Registro Eletrônico de Ponto devem seguir as orientações do Ministério do Trabalho e Emprego, referentes ao Sistema de Registro Eletrônico de Ponto – SREP.

## **II – COMO REGISTRAR A FREQUÊNCIA NO BOLETIM DE FREQUÊNCIA MANUAL COLABORADOR**

- O ponto manual deve ser assinado diariamente, com seus respectivos horários de entrada, saída e intervalo.

- O colaborador deve preencher os campos do boletim de frequência que indicam o horário de início, término e intervalos da jornada de trabalho.
- Nos dias em que o colaborador não comparecer ao local de trabalho, não deve preencher o boletim de frequência.
- No caso de compensação de horas, o colaborador deve anotar, em cada dia que houve compensação, o tempo e a qual período se refere a compensação, se acordada com o superior imediato.
- Documentos oficiais não devem ter rasuras. Na eventualidade de ocorrer, o colaborador deve vistar ao lado da rasura indicando a correção, juntamente com a chefia imediata.
- A área de pessoal não receberá os boletins de frequência com lacunas do colaborador no preenchimento.

## **CHEFIA IMEDIATA**

- I- O chefe imediato deve vistar diariamente o ponto do colaborador subordinado, conforme a jornada estabelecida, cuidando para que seja fiel ao ocorrido.
- II- Nos dias em que o chefe imediato não comparecer ao local de trabalho (impedimentos, afastamentos, licenças e faltas) não deve vistar o campo “visto do

responsável”, passando essa atribuição ao primeiro substituto designado ou, na sua ausência ou impedimento, ao superior mediato.

III- O chefe deve vistar o ponto nos dias em que o colaborador não comparecer ao serviço, apontando a ocorrência, exceto nos casos em que a ocorrência já estiver pré-assinalada no boletim de frequência.

IV- A chefia deve identificar-se com o carimbo no campo “carimbo e assinatura do responsável”.

V- Os boletins de frequência devem ser entregues no 1º dia útil subsequente ao término do período de apuração da frequência.

VI- A área de pessoal não receberá boletins de frequência com lacunas da chefia no preenchimento.

## **Ocorrências**

As ocorrências devem ser descritas no registro de frequência de cada colaborador sempre que alguma situação altere o cumprimento normal da jornada de trabalho.

O rol de ocorrências contempla as situações estipuladas pela legislação ou pela administração.

Com relação às documentações que devem ser apresentadas para cada tipo de ocorrência, deve-se obter orientações com a área de pessoal.

- Afastamentos

- Faltas
- Não observância dos horários de trabalho
- Licenças
- Outras ocorrências

### **Compensação de horas**

A compensação de horas pode ser realizada pelos colaboradores em virtude de ausências/atrasos ocorridos durante o expediente (conforme item I a seguir) ou para reposição de horas.

Em qualquer das hipóteses, as compensações de horas não podem ultrapassar o limite de 2 (duas) horas diárias, sob pena de responsabilidade da chefia que assim autorizar.

A compensação de horas pode ser feita antes do início ou após o término do expediente, nunca compreendendo o horário para refeição e descanso.

Para que tenha validade, a compensação de horas deve ser anotada no registro de frequência no campo ocorrência, na frente do respectivo dia de compensação. Por oportuno, as anotações dos horários de entrada e saída do expediente devem ser flexibilizadas para acompanhar o período compensado.

A compensação de horas somente pode ser cumprida dentro do horário estipulado para funcionamento do local de trabalho, sendo proibida a permanência nos prédios, serviços ou seções fora do horário normal de funcionamento.

## **I - COMPENSAÇÃO DE HORAS EM VIRTUDE DE AUSÊNCIAS TEMPORÁRIAS/ATRASOS**

Caso, excepcionalmente, seja necessário entrar mais tarde, se ausentar temporariamente, ou sair definitivamente durante o expediente, fica a critério da chefia imediata autorizar, desde que não haja prejuízo às atividades da área, a compensação no mesmo dia ou no máximo até 7 dias subsequentes.

### **Hora Extra**

Aplica-se a todos os funcionários celetistas e estatutários.

É proibida a prestação de horas extras que não tenham sido autorizadas previamente pelo Dirigente da Unidade, à vista da justificativa apresentada, observando as regras previstas na legislação.

Sobre o tema, é imprescindível seguir os critérios e procedimentos para convocação e prestação de horas extras.

### **Considerações Finais**

O registro de frequência é um instrumento importante para obtenção de informações que garantam a remuneração mensal correta para cada colaborador, além de possibilitar que as Unidades possam se organizar para garantir o funcionamento adequado de suas atividades. Assim, é importante que colaboradores e chefias imediatas estejam atentos para o seu correto preenchimento.

Por fim, considerando que o preenchimento do registro de frequência não é opcional e que colaboradores e chefias imediatas devem cumprir as orientações constantes do presente manual, o não cumprimento dessas orientações relativas à frequência (falta de cumprimento dos deveres e responsabilidades) sujeitará os envolvidos às penalidades cabíveis.

### **C.2.3. AÇÕES DE PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO SERVIÇO PRESTADO NA UNIDADE E A FORMA DE COMO PRETENDE PRESTAR CONTAS DOS SERVIÇOS REALIZADOS DE FORMA CLARA, ORGANIZADA E TRANSPARENTE, ATENDENDO A LEGISLAÇÃO VIGENTE.**

#### **a). PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO DO SERVIÇO PRESTADO NA UNIDADE.**

##### **➤ PLANEJAMENTO**

O planejamento é uma das funções da administração que auxiliará na gestão das Unidade.

A administração dos serviços de saúde deve estar baseada num Plano Diretor com cenários preditivos e com planejamento de longo e médio prazo.

Através dele podem-se destinar recursos (humanos, materiais, informação, financeiros), programar medidas para o alcance de metas e acompanhamento das constantes transformações políticas, econômicas, ambientais na área da saúde. O plano é uma segurança para a manutenção da continuidade do negócio.

As instituições de saúde diferem das empresas comerciais e industriais. Nelas, o aspecto humano é fundamental, embora técnicas administrativas ligadas à efetivação de programas e serviços de saúde devam ser rigorosamente observadas.

A infraestrutura administrativa da unidade, dá suporte ao trabalho de áreas como ambulatório/ emergência (portas de entrada), complementa o diagnóstico/ terapêutica, internação, ensino e pesquisa e atividades extra-hospitalar, o que exige integração interna e externa.

Paralelamente, para a execução desses processos, é preciso do envolvimento de toda equipe multiprofissional, por meio de comissões, estrutura matriciais ou outra forma, como: planejar, definir metas e métodos de melhoria dos resultados da UPA, acompanhar a execução dos serviços prestados, avaliar resultados e criar ações de melhoria contínua da resolutividade e humanização, acompanhar e garantir os resultados referentes a planejamento e gestão estratégica, gestão de pessoas, gestão de serviços que englobam segurança patrimonial, higienização, rouparia e lavanderia, controle de frota, gestão de tecnologia e informação, gestão de logística e materiais,

gestão do patrimônio, gestão dos processos de atendimento ao usuário, gestão operacional do setor de contratos, dentre outros.

A análise do trabalho desenvolvido pela equipe é acompanhada pela Gerência Administrativa-Financeira através da adoção de modelos de gestão participativo em reuniões semanais e também apresentações mensais de relatórios e indicadores com a equipe.

Cada coordenador apresenta seus relatórios e indicadores mensalmente, estando eles sempre alinhados as metas estabelecidas e procurando seguir a estrutura de apresentação abaixo:

- Introdução;
- Estrutura da Equipe;
- Análise Crítica;
- Período;
- Situação Atual;
- Planejamento com visão de Curto, Médio e Longo Praz;
- PDCA (Ferramenta utilizada para o gerenciamento) e;
- Indicadores.

➤ **MONITORAMENTO E GESTÃO DE INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL DE QUALIDADE E PRODUTIVIDADE.**

Para definir a metodologia para criação de Indicadores de Desempenho e coleta de dados, se faz necessário, estabelecer suas especificações, características e responsabilidades, visando à melhoria contínua dos processos.

**PROCESSOS RELACIONADOS NA GESTÃO DOS INDICADORES:**

- ✓ Apoio ao Cliente;
- ✓ Assistência Diagnóstica e Terapêutica – Diagnóstico por Imagem;
- ✓ Assistência Diagnóstica e Terapêutica – Laboratório;
- ✓ Atendimento em Emergência;
- ✓ Controle de Infecção;
- ✓ Educação Permanente;
- ✓ Gestão de Pessoas;
- ✓ Gestão Financeira;
- ✓ Saúde e Segurança Ocupacional;

- ✓ Serviço Social.

## DEFINIÇÕES E SIGLAS:

**INDICADOR DE DESEMPENHO:** são parâmetros de representação quantificável de características de um serviço ou processo, que são utilizados para controlar e melhorar a qualidade e o desempenho. Os indicadores de desempenho são índices numéricos estabelecidos sobre os efeitos de cada processo que permitem medir e acompanhar a qualidade do serviço prestado.

## TIPOS DE INDICADORES

Existem três tipos de mensurações envolvidas em Qualidade:

- ✓ **Estrutura:** Parte física da instituição, seus funcionários, instrumentais, equipamentos, móveis, aspectos relativos à organização, entre outros;
- ✓ **Processo:** Atividades de cuidados realizadas para um paciente, frequentemente ligadas a um resultado, assim como atividades ligadas à infraestrutura para prover meios para as atividades fins. São técnicas operacionais;
- ✓ **Resultado:** Demonstrações dos efeitos consequentes da combinação de fatores do meio ambiente, estrutura e processos acontecidos ao paciente depois que algo

é feito (ou não) a ele, ou efeitos de operações técnicas e administrativas entre as áreas e subáreas de uma instituição.

## **INDICADORES ESTRATÉGICOS**

Indicadores voltados para definição de estratégias, que possibilitam conhecer o foco da atuação organizacional. Sabendo o foco de atuação, a tomada de decisão quanto a ações estratégicas, táticas e operacionais são mais assertivas, o que dará a instituição maior competitividade e fará com que ela atenda às necessidades e expectativas de seus clientes.

## **BSC: BALANCED SCORECARD**

Ferramenta de gestão que tem início na visão da empresa, a partir das quais são definidos os fatores críticos de sucesso, os indicadores de desempenho e permite a definição de metas e a medição dos resultados atingidos em áreas críticas da execução das estratégias. A definição e integração dos objetivos e das iniciativas de quatro perspectivas constituem os pilares do sistema BSC, que devem estar conectados com a visão estratégica da organização.

## **PERSPECTIVAS NO BSC**

O BSC é a junção de medidores de desempenho futuro, focados estrategicamente nas seguintes perspectivas:

- Financeira: Lucro, crescimento e composição da receita, redução de custos, melhoria da produtividade, utilização dos ativos, estratégia de investimentos. Permite medir e avaliar resultados proporcionando crescimento e desenvolvimento, assim como a satisfação dos seus gestores;
- Clientes: Participação no mercado, satisfação dos clientes, qualidade do produto, relacionamento com clientes;
- Processos Internos: Diversas atividades empreendidas dentro da organização que possibilitam realizar desde a especificação das necessidades até a satisfação dos clientes, incluindo a identificação dos recursos e das capacidades necessárias para elevar o nível interno de qualidade;
- Aprendizado e Crescimento: Desenvolvimento de competências da equipe, infraestrutura tecnológica, cultura organizacional e clima para ação. Diz respeito à capacidade e motivação do pessoal, além de um melhor sistema de informação na instituição;

## **ANÁLISE CRÍTICA**

Estudo sistemático, profundo e global de um projeto, produto, serviço, processo ou informação com relação a certos parâmetros, objetivando avaliar sua capacidade de atender os requisitos para a qualidade, identificando problemas e propondo soluções.

- ✓ NQ: Núcleo da Qualidade.

- ✓ FIND: Ficha de Indicador.
- ✓ SGQ: Sistema de Gestão da Qualidade.
- ✓ SI: Sistema Informatizado.

#### **RESPONSABILIDADES:**

- Analisar criticamente o resultado dos Indicadores;
- Executar ações para melhoria do serviço, com base nas informações prestadas pelos Indicadores;
- Planejar, coordenar e acompanhar a mensuração e avaliação, pelas coordenações correspondentes, dos indicadores de desempenho, como evidência da implementação do Sistema de Gestão da Qualidade;
- Tomar providências com base na análise crítica dos Indicadores, juntamente com as áreas/processos envolvidos.

#### **COORDENADORES/SETORES:**

- Controlar e acompanhar continuamente os Indicadores de Desempenho sob sua responsabilidade, mensurando os resultados obtidos e comparando-os com as metas estabelecidas;
- Assegurar o cumprimento da periodicidade de mensuração dos Indicadores, conforme definido juntamente com o Núcleo da Qualidade;

- Tomar providências com base na análise crítica dos resultados obtidos;
- Garantir que todos os colaboradores tenham acesso aos dados dos Indicadores de suas áreas, bem como atribuir responsabilidades a respeito das informações geradas.

### **ESTRUTURA E FORMATAÇÃO:**

Para cada Indicador deve ser criada uma Ficha de Indicador (com elaboração no Sistema Informatizado), com itens obrigatórios conforme o Procedimento de Gestão de Documentos, acrescido das seguintes informações:

- ✓ Tipo do indicador: Especifica em qual das categorias o Indicador se enquadra –  
Estrutura, Processo, Resultado;
- ✓ Indicador Estratégico: Especifica se o Indicador é estratégico ou não;
- ✓ Dimensão do BSC: Especifica qual das perspectivas está associada ao Indicador –  
Financeira, Clientes, Processos Internos, Aprendizagem e Crescimento;
- ✓ Fórmula: Fórmula matemática de cálculo do Indicador;
- ✓ Unidade: Valor unitário de medição;
- ✓ Melhor Sentido:

- ✓ Para cima: Quanto maior o valor encontrado melhor;
- ✓ Para baixo: Quanto menor o valor encontrado melhor;
- ✓ Periodicidade de Medições: Frequência da coleta e disponibilização dos dados para aplicação da fórmula de mensuração do Indicador;
- ✓ Fonte de Coleta: Setor responsável pela mensuração e avaliação do Indicador, bem como pelas ações corretivas/ preventivas necessárias;
- ✓ Meta: Valor numérico estabelecido para o Indicador;
- ✓ Meta Descritiva: Descrever a meta esperada para o Indicador.

*Nota: Utilizar o objetivo do Indicador no local do resultado esperado.*

## **METODOLOGIA DE ANÁLISE DE INDICADORES:**

A necessidade de indicadores é detectada pela Direção e pelos coordenadores das áreas/processos, passando por análise e aprovação do Núcleo da Qualidade, conforme fluxo de documento do Procedimento de Gestão de Documentos. Após a elaboração e validação do Indicador de Desempenho, os dados devem ser inseridos no Sistema Informatizado até o quinto dia útil, de acordo com a periodicidade de medição.

Por meio do Sistema Informatizado pode-se observar a série histórica do Indicador, além do gráfico de tendência e o diagrama de causa e efeito (espinha de

peixe), que são atualizados com base nas análises críticas. As reuniões devem ser periódicas, conforme Procedimento de Gestão de Análise Crítica,

*Nota: Casos específicos serão tratados diretamente com o Núcleo da Qualidade.*

A seguir apresentaremos modelos das **FICHAS DE INDICADORES** com suas respectivas análises críticas, bem como as **FERRAMENTAS DE QUALIDADE** que nos possibilitam identificar problemas e propor soluções.

• FICHA DE INDICADORES PARA MONITORAMENTO E ANÁLISE DOS PROCESSOS:



Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados																																																												
<b>SERVIÇO SOCIAL</b>	Investigar a quantidade de atendimento relacionados a violencia ou negligencia.	Notificação de evento.																																																												
	<b>Objetivo</b>																																																													
	Identificar a quantidade de pacientes que sofreram violencia ou negligencia.																																																													
<b>Meta:</b>	<b>Indicador</b>	<b>Forma de Medição (cálculo)</b>																																																												
Alcançar a cobertura total de atendimentos de casos relacionados a violência ou negligência.	Quantidade de atendimento relacionados a violencia ou negligencia na unidade.	Número total de notificações.																																																												
<b>Apresentação</b>		<b>Periodicidade de avaliação</b>																																																												
<p>Título do Gráfico</p> <table border="1"> <caption>Dados do Gráfico de Apresentação</caption> <thead> <tr> <th>Mês</th> <th>criança</th> <th>Mulher</th> <th>Idoso</th> <th>Adolescente</th> <th>Outros</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>abr/19</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>mai/19</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>jun/19</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>jul/19</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ago/19</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>set/19</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>out/19</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>nov/19</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>dez/19</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>		Mês	criança	Mulher	Idoso	Adolescente	Outros	abr/19	3	0	3	1	0	mai/19	3	0	0	1	1	jun/19	2	0	1	0	1	jul/19	0	0	1	0	0	ago/19	3	0	1	1	0	set/19	2	4	0	2	2	out/19	2	3	0	2	1	nov/19	0	0	0	0	0	dez/19	0	0	0	0	0	Mensal
Mês	criança	Mulher	Idoso	Adolescente	Outros																																																									
abr/19	3	0	3	1	0																																																									
mai/19	3	0	0	1	1																																																									
jun/19	2	0	1	0	1																																																									
jul/19	0	0	1	0	0																																																									
ago/19	3	0	1	1	0																																																									
set/19	2	4	0	2	2																																																									
out/19	2	3	0	2	1																																																									
nov/19	0	0	0	0	0																																																									
dez/19	0	0	0	0	0																																																									
		<b>Area Responsável</b>																																																												
		Serviço social																																																												
		<b>Responsáveis</b>																																																												
		Gerencia e coordenação																																																												
<b>Análise Crítica</b>		<b>Referencial Comparativo</b>																																																												
<p>O gráfico mostra que o número mensal de atendimentos relacionado a violencia ou negligencia em MULHERES no mês de OUTUBRO, continua elevada, embora em número de registros menor do que o mês de SETEMBRO, já com relação a crianças e adolescentes, o número manteve-se em relação ao mês anterior, havendo portanto, a necessidade de registro de notificação compulsória em virtude dos eventos ocorridos com esses pacientes, bem como encaminhamentos aos órgãos competentes. Ainda com relação a outros, houve um evento ocorrido, sendo ele direcionado a atendimento especializado.</p>		Serviço social																																																												
		<b>Mensal</b>																																																												
		<b>Ultima Atualização:</b>																																																												

- FERRAMENTAS DA QUALIDADE PARA MONITORAMENTO E PROCESSO DE MELHORIAS

## Gerenciamento para a Qualidade

<b>Meta:</b>	[META]
<b>Ano:</b>	[ano]
<b>Área/Setor:</b>	[área]
<b>Responsável:</b>	[responsável pela área]
<b>Equipe de elaboração:</b>	

### Instruções:

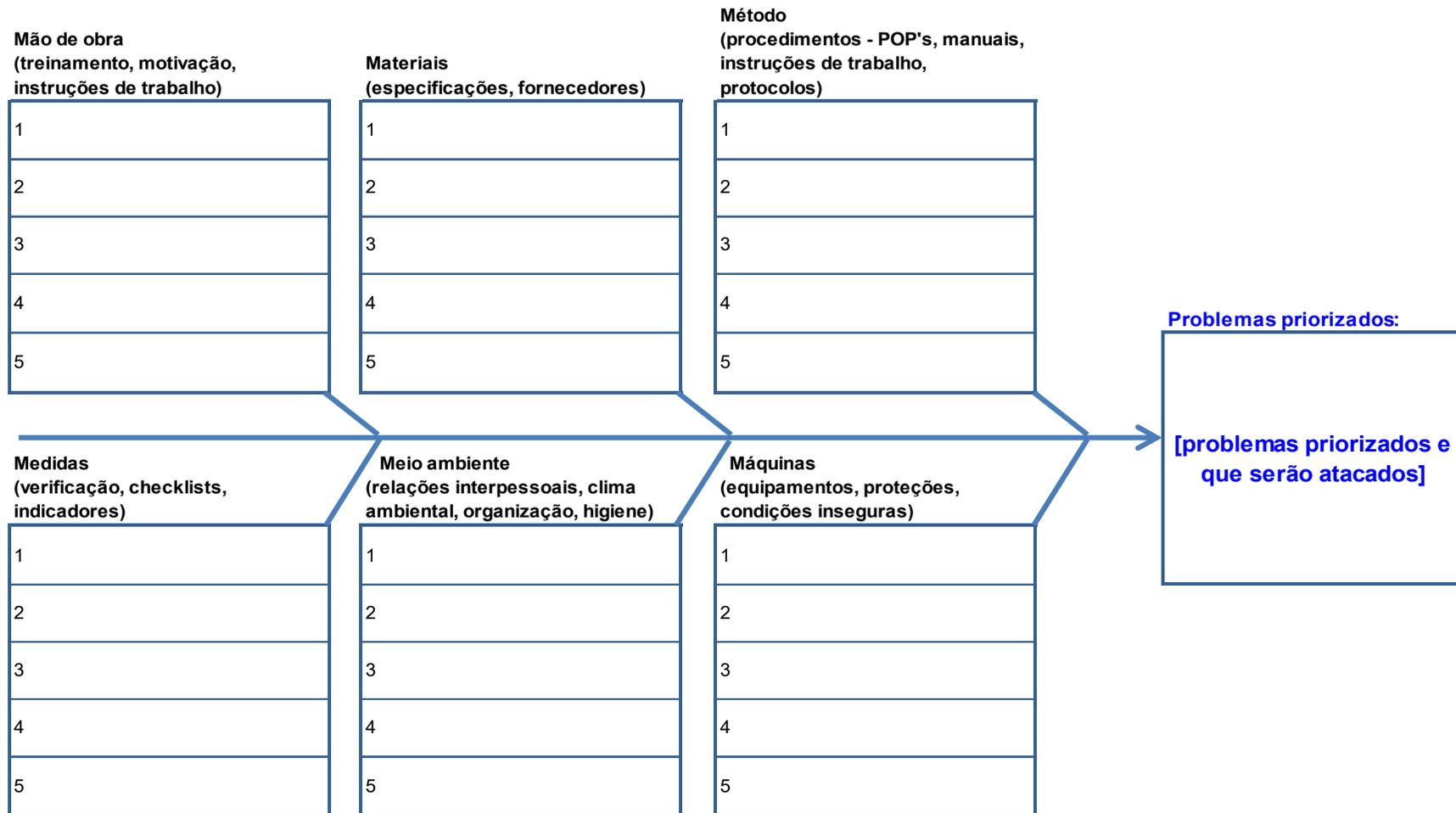
- 1) A meta definida nesta planilha será replicada para todas as demais planilhas, conforme o caso.
- 2) Para cada etapa, observar as instruções contidas no cabeçalho da planilha.
- 2) **Não digitar nas células sombreadas em cinza.** Evitar a inclusão ou exclusão de linhas e colunas que possam danificar as configurações.
- 4) Para metas não mensuráveis, **não se aplicam** as ferramentas das etapas 2 (estratificação do problema) a 5 (detecção da causa raiz).
- 5) Nos demais casos, utilizar ferramentas adequadas a cada etapa para registrar a análise e ações tomadas, segundo o **PDSA**:

<b>P - Plan / Planejar</b>	Analisar e estratificar o problema (Pareto) Identificar as causas (brainstorming, Ishikawa) Priorizar as causas (análise de hipóteses, GUT) Identificar a causa raiz em cada uma das situações (5 porquês) Elaborar o plano de ação
<b>D - Do / Executar</b>	Executar as ações do plano
<b>S - Study / Verificar</b>	Estudar e verificar os resultados periodicamente Comunicar os resultados dos indicadores e dos planos de ações
<b>A - Action / Agir</b>	Tomar ações corretivas em caso de insucesso (R3G) Padronizar resultados positivos

## DIAGRAMA DE CAUSA E EFEITO - ISHIKAWA

**Instruções:** relacione todas as causas possíveis e **controláveis**, associando-as a um "M" no diagrama. O diagrama de Ishikawa ajuda a enfocar o aperfeiçoamento do processo e registra visualmente as causas potenciais que podem ser revistas e atualizadas em cada aspecto.

**Atenção:** devem ser tratadas somente as causas dos problemas priorizados na etapa anterior (pareto).



## BRAINSTORMING PARA IDENTIFICAÇÃO DE CAUSAS

**Instruções:** liste todas as possíveis causas nas quais a equipe pensou durante cerca de 15 minutos para **atacar os problemas priorizados na etapa anterior**. Em seguida, liste os prós e contras que consegue imaginar para cada item. Após a identificação de todos os prós e contras, classifique cada item, considerando 1 para mais relevante e 5 para menos relevante. [É o primeiro filtro para então organizar as causas controláveis na próxima etapa - Ishikawa.](#)

**Problemas priorizados:** [\[digite aqui os problemas priorizados e que serão atacados\]](#)

Causa	Prós	Contras	Classif. (1 a 5)

## Opção 1: ANÁLISE DE HIPÓTESES EM GRUPO

**Instruções:** utilize essa planilha como uma das opções para priorização das causas influentes e controláveis identificadas nas etapas anteriores. Relacione as causas e aplique a votação em grupo para análise do peso (influência) de cada delas. Verifique a legenda para identificar quantos votos são permitidos para cada peso. Ao final, verifique a priorização pelo peso total de cada causa.

[problemas priorizados e que serão atacados]

	Causa Influente	Partic. 1	Partic. 2	Partic. 3	Partic. 4	Partic. 5	Partic. 6	Partic. 7	Partic. 8	Partic. 9	Partic. 10	Total
1	Causa 1											0
2	Causa 2											0
3	Causa 3											0
4												0
5												0
6												0
7												0
8												0
9												0
10												0
Notas 5		N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
Notas 3		N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
Notas 1		N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	

Quant. de votos permitida por peso e participante		
Legenda		Votos
20%	Influência Forte ( 5 )	1
30%	Influência Moderada ( 3 )	1
50%	Influência Fraca ( 1 )	1

## Opção 2: MATRIZ GUT

**Instruções:** a matriz GUT lista parâmetros baseados na gravidade, urgência e tendência de um problema, permitindo estabelecer prioridades. Relacione as causas e avalie os fatores de gravidade, urgência e tendência, aplicando a pontuação. Depois, ordene para priorizar as causas de maior índice GUT.

[problemas priorizados e que serão atacados]

Causa	G		U		T		Índice GUT
		0		0		0	0
		0		0		0	0
		0		0		0	0
		0		0		0	0
		0		0		0	0
		0		0		0	0
		0		0		0	0
		0		0		0	0
		0		0		0	0
		0		0		0	0
		0		0		0	0
		0		0		0	0
		0		0		0	0
		0		0		0	0
		0		0		0	0

Elementos da Matriz GUT			
Valor	Gravidade (fator impacto)	Urgência (fator tempo)	Tendência (desenvolvimento se nada for feito)
5	Extremamente grave	Precisa de ação imediata	Irà piorar rapidamente
4	Muito grave	É urgente	Piora em pouco tempo
3	Grave	O mais rápido possível	Irà piorar
2	Pouco grave	Pouco urgente	Irà piorar a longo prazo
1	Sem gravidade	Pode esperar	Não irá mudar

## 5 PORQUÊS

**Instruções:** pergunte e responda "por que" o maior número de vezes possível para identificar a causa raiz de um problema. A última resposta possível é considerada a causa raiz a ser tratada com o plano de ação.

Para se certificar de que chegou corretamente à causa raiz, utilize as seguintes verificações:

- Tenho controle sobre essa causa?
- Que provas tenho de que esta causa existe? (É concreta? É mensurável?)
- Que provas tenho de que esta causa levará ao problema identificado? (Ou estou apenas fazendo suposições?)
- Que provas tenho de que esta é a causa que verdadeiramente leva ao problema? (Mesmo que seja um fator importante, a causa principal poderia ser outra).
- Algo mais deve ocorrer junto a esta causa para que o problema ocorra? (Serve para esclarecer se o problema não vem de uma combinação de fatores)

[problemas priorizados e que serão atacados]

CAUSA PRIORIZADA 1		Digite aqui a primeira causa priorizada		
Por quê? (1)	Por quê? (2)	Por quê? (3)	Por quê? (4)	Por quê? (5)
Porque...	Porque...			

CAUSA PRIORIZADA 2		Digite aqui a segunda causa priorizada		
Por quê? (1)	Por quê? (2)	Por quê? (3)	Por quê? (4)	Por quê? (5)

CAUSA PRIORIZADA 3		Digite aqui a terceira causa priorizada		
Por quê? (1)	Por quê? (2)	Por quê? (3)	Por quê? (4)	Por quê? (5)

CAUSA PRIORIZADA 4		Digite aqui a quarta causa priorizada		
Por quê? (1)	Por quê? (2)	Por quê? (3)	Por quê? (4)	Por quê? (5)

## PLANO DE AÇÃO - 5W2H

**Área:** \_\_\_\_\_ **Responsável:** \_\_\_\_\_ **Ano:** \_\_\_\_\_  
**[área]** **[responsável pela área]** **[ano]**

**Instruções:** após elaboração do plano de ação, atualize a coluna de status das ações, **inclusive nos casos em que a ação estiver "não iniciada"**. Para inserir novas linhas sem perder a formatação, selecione a linha clicando no número da linha, à esquerda; copie e selecione a opção "inserir células copiadas". Ações canceladas devem sempre ser justificadas na coluna "Observação". Utilize sempre o R3G quando necessário reprogramar qualquer ação. Não altere os dados inicialmente planejados.

[META]										
Planejamento					Acompanhamento					
Nº	O que fazer (What) <small>(utilize o verbo no infinitivo)</small>	Como fazer (How) <small>(utilize o verbo no gerúndio e detalhe cada uma das etapas)</small>	Responsável (Who)	Prazo (When)	Status	Indicador de atraso	Data replanejada R3G	Data de conclusão	Concluída com	Observação
1	Informar nesta célula a ação a ser realizada	Preenchendo a planilha conforme modelo	A	31/10/18	Concluída			7/11/18		
2	Ação x	Preenchendo a planilha conforme modelo	B	31/10/18	Emandamento		30/11/18	30/11/18		
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										

Obs.:

Total de ações do plano	2
Ações não iniciadas	0
Ações em andamento	1
Ações concluídas	1
Ações canceladas	0
Ações atrasadas [em aberto]	1
Ações atrasadas [concluídas]	2
Ações replanejadas (R3G)	1

## ESTATÍSTICAS DO PLANO DE AÇÃO - 3W1H

Área:

Responsável:

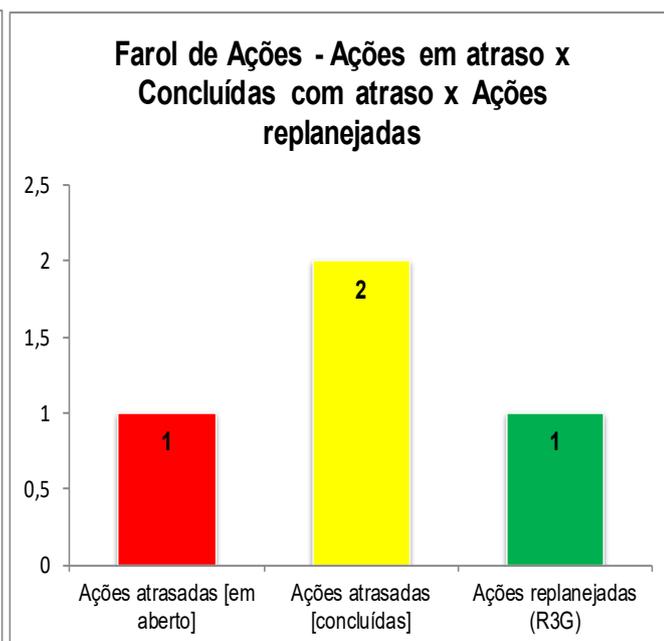
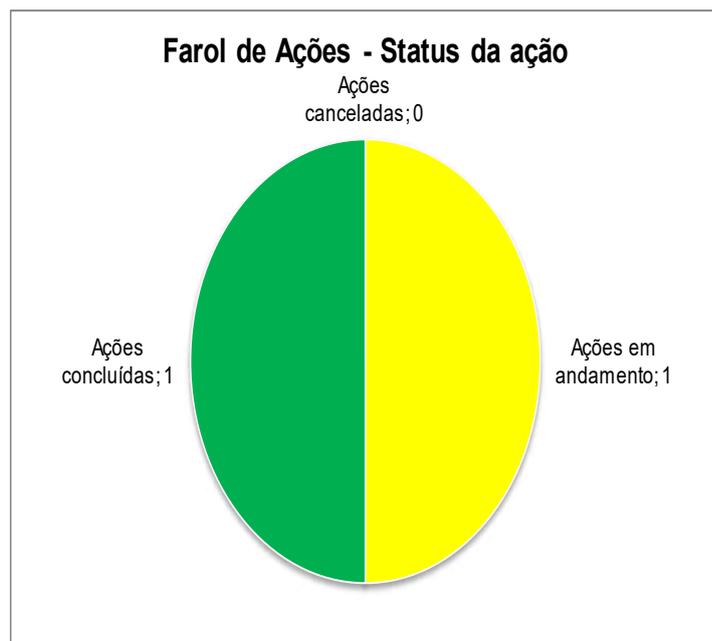
Ano:

[área]

[responsável pela área]

[ano]

[META]



Percentual de ações concluídas com atraso: **200%**

➤ **INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL DE QUALIDADE E PRODUTIVIDADE.**

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 de tempo. São ferramentas básicas para o gerenciamento do sistema organizacional de uma unidade de saúde.

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, processos e a estrutura necessária ou utilizada, bem como as influências e repercussões promovidas no meio ambiente.

**Atributos de um bom indicador:**

**Disponibilidade:** dados para o cálculo do indicador devem ser de fácil obtenção para diferentes áreas e épocas;

**Confiabilidade:** dados fidedignos devem ser capazes de reproduzir os mesmos resultados se medidos por diferentes pessoas, em meios e épocas diferentes;

**Validade:** deve ser em função das características do fenômeno que se quer ou se necessita medir;

**Simplicidade:** facilidade de cálculo. Devem ser formados apenas por um numerador e um denominador, compostos por dados de fácil obtenção;

**Discriminatoriedade:** poder de refletir diferentes níveis epidemiológicos ou operacionais, mesmo entre áreas com particularidades distintas;

**Sensibilidade:** poder de distinguir as variações ocasionais de tendência do problema numa determinada área;

**Abrangência:** sintetizar o maior número possível de condições ou fatores diferentes que afetam a situação que se quer descrever;

**Utilidade:** deve ter um objetivo claro, aumentando a fidedignidade;

**Baixo custo:** altos custos financeiros inviabilizam sua utilização;

**Objetividade:** a coleta e processamento dos dados devem ser utilizados para a tomada de decisão de quem coleta ou de quem gerencia o serviço.

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

O trabalho estatístico será desenvolvido em quatro fases:

- Levantamento de dados;
- Coleta de dados;
- Descrição dos dados;
- Apresentação dos dados;

- E a análise dos dados.

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.

O principal objetivo do monitoramento de eventos adversos é a promoção da segurança do paciente, através da aprendizagem, feita a partir da análise de incidentes e eventos adversos. Estes sistemas só são úteis se os dados forem analisados e fornecida informação de retorno aos profissionais envolvidos nos incidentes e a outros que possam aprender com eles.

O Sistema de Gerenciamento da Informação é a principal e fundamental ferramenta de monitoramento para acompanhamento de indicadores de desempenho. Os sistemas de informação são instrumentos importantes para a tomada de decisão, em todos os departamentos de uma instituição e nos diferentes níveis gerenciais, ao responder às demandas e necessidades dos decisores, bem como subsidiar o processo decisório.

A seguir apresentaremos quadro com a **PROPOSTA DE METAS DE PRODUÇÃO PARA O HOSPITAL DE SALDANHA MARINHO**, a fim de mensurar, acompanhar e apresentar a melhoria da qualidade dos cuidados prestados na unidade, comprovando de forma tangível a qualidade dos serviços prestados pelo IIFHES.

A partir dessa proposta de metas acompanharemos mensalmente a qualidade, eficiência dos serviços da unidade.

**QUADRO DE INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO – METAS  
QUALITATIVAS**

ITEM	INDICADOR	META	PLANO DE AÇÃO
1	Percentual de Fichas de Atendimento Ambulatoriai – FAA, dentro dos padrões de conformidades	>75%	Realizar cadastro/faturamento de cada procedimento realizado na unidade
2	Taxa de Satisfação dos Usuários	>=80%	Implantar o SAU; Realizar análise, encaminhamento, providência e resposta em até 48h de todas as demandas registradas na ouvidoria.
3	Taxa de Revisão de Prontuários corretamente finalizados após revisão	100%	Implantação do Sistema Informatizado – PEP, com dados auditados em tempo real.
4	Tempo máximo de reposição de trabalhadores segundo solicitações da área.	>=80%	Manter banco de dados de profissionais atualizado e time de resposta rápida para atender a cada solicitação de reposição.
5	Taxa de revisão de prontuários pela comissão de óbitos	100%	Implantar as comissões obrigatórias; cumprir com o cronograma de reuniões proposto; realizar as ações deliberadas em cada reunião; gerar Ata de reunião e realizar a revisão de todos os prontuários de pacientes que foram a óbito.
6	Taxa de revisão de Prontuários da Unidade	>=90%	Implantar as comissões obrigatórias; cumprir com o cronograma de reuniões proposto; realizar as ações deliberadas em cada reunião; gerar Ata de reunião e realizar a revisão dos prontuários.
7	Relatórios Assistenciais e financeiros entregues no padrão e no prazo	100%	Implantação do Sistema de Gestão Informatizado com dados em tempo real – SGTS.
8	Cumprimento do Plano de Trabalho.	>= 90% dos seus indicadores	Fazer cumprir o plano de trabalho proposto para a unidade.

<b>HOSPITAL SALDANHA MARINHO</b>	<b>ESTIMATIVA MÊS</b>
Quantidade de Atendimentos	810
Quantidade de Exames de Raio x	60

### ➤ **MONITORAMENTO DE IMPLANTAÇÃO DE DIRETRIZES E PROTOCOLOS CLÍNICOS**

O IIFHES, se propõe a importante iniciativa de implantação e monitoramento de diretrizes e protocolos, através da elaboração e atualização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), que são documentos que estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde, o tratamento preconizado com os medicamentos e demais produtos apropriados, as posologias recomendadas, os mecanismos de controle clínico e o acompanhamento e verificação dos resultados terapêuticos a serem seguidos pelos nosso corpo clínico.

Nossos protocolos são elaborados com base em evidências científicas e consideram os critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas pelo Ministério da Saúde.

Vale ressaltar que o processo de avaliação e incorporação de tecnologias em saúde possui desafios a serem superados. De um modo geral, as demandas possuem especificidades que podem esbarrar em dificuldades técnicas na elaboração, por conta disso realizamos revisão, atualização e validação constante de nossos Protocolos, POP's e Manuais.

O modelo de assistência a ser organizado, terá por princípios básicos, a Universalidade e integralidade do Sistema Único de Saúde - SUS e a Política de Humanização, doutrinado quanto a prestação dos cuidados na unidade, correspondente a qualificação na assistência através de modelo e gestão em saúde, com toda a estrutura organizacional, operacional e os protocolos e procedimentos das atividades correlatas.

Desta forma a unidade gerará um alto padrão assistencial, fortemente ligada à produção de benefícios na atenção à saúde da população, atuando junto à comunidade, estando apta a zelar pelo bem público, preservando o patrimônio, possuindo 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.

As Equipes de assistência terão suas responsabilidades compartilhadas entre membros de equipes e entre gestores e equipes, atribuídas a cada categoria profissional a partir das responsabilidades exaradas dos diplomas legais do exercício profissional.

Todas as áreas de assistência priorizarão o Aprendizado contínuo e permanente, para fortalecimento da competência estrutural desses Recursos Humanos, a fim de aprimorar os conhecimentos e habilidades necessárias para o desenvolvimento dos trabalhos e segurança do paciente.

As rotinas a serem implementadas, serão um conjunto de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e serão apresentadas a toda equipe técnica da unidade, sendo implementadas em até 3 meses da assinatura do contrato de gestão. Segue abaixo a lista de rotinas/protocolos e políticas, sendo importante reforçar que dependendo da necessidade serão aplicadas outras não listadas abaixo.

Segue abaixo o cronograma de implantação e algumas das rotinas, fluxos, políticas e protocolos a serem implantados:

<b>CRONOGRAMA DE MONITORAMENTO DE IMPLANTAÇÃO (em %)</b>												
<b>IMPLANTAÇÃO E TREINAMENTO DAS EQUIPES</b>	<b>Meses</b>											
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b> <b>Em diante</b>
PROTOCOLOS CLÍNICOS	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
PROTOCOLOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
ROTINAS E FLUXOS	80	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
POLÍTICAS	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
MANUAIS	60	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
POP's – PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADÃO	80	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

<b>Rotinas/ Protocolos/ Políticas e Manuais a serem Implantados na Unidade</b>
<b>Rotina para Coleta de Exames Laboratoriais</b>
<b>Rotina para Lavagem do Instrumental</b>
<b>Rotina para Desinfecção Química</b>
<b>Rotina para Preparo e Empacotamento de Produtos</b>
<b>Rotina para Esterilização do Material</b>
<b>Rotina para Monitorização da Esterilização</b>
<b>Rotina para Armazenamento do Material Esterilizado</b>
<b>Rotina para Distribuição do Material Esterilizado</b>
<b>Rotina para Limpeza da Autoclave</b>
<b>Rotina para Autoclaves</b>
<b>Rotina para Controle de Materiais Esterilizados</b>
<b>Rotina para Cuidados ao Paciente na Higiene Oral</b>
<b>Rotina para Cuidados ao Paciente na Higiene Íntima</b>
<b>Rotina para Cuidados no Preparo do Corpo</b>
<b>Rotina para Cuidados ao Paciente em Uso de Oxigenoterapia</b>
<b>Rotina para Cuidados ao Paciente em Uso de Cateter de Pressão Arterial</b>
<b>Rotina para Cuidados ao Paciente em Uso de Ventilação Mecânica</b>
<b>Rotina para Cuidados ao Paciente na Realização de Aspiração Traqueal</b>
<b>Rotina para Cuidados ao Paciente em Uso de Nebulização</b>
<b>Rotina para Cuidados ao Paciente em Uso de Sonda Vesical</b>
<b>Rotina para Cuidados ao Paciente em Uso de Acesso Venoso Periférico</b>
<b>Rotina para Cuidados ao Paciente em Uso de Acesso Venoso Central</b>
<b>Rotina para Cuidados ao Paciente em Uso de Cateter de Sorensen</b>
<b>Rotina para Cuidados ao Paciente Submetido à Intubação</b>
<b>Rotina para Parada Cardiorrespiratória</b>
<b>Rotina para Cuidados ao Paciente em Uso de Gastrostomia e Jejunostomia</b>
<b>Rotina para Cuidados ao Paciente em Uso de Colostomia e Ileostomia</b>
<b>Rotina para Cuidados ao Paciente em Uso de Sonda Gástrica</b>
<b>Rotina para Cuidados ao Paciente em Uso de Sonda Enteral</b>
<b>Rotina para Cuidados ao Paciente em Uso de Nutrição Enteral</b>

<b>Rotina para Cuidados ao Paciente em Uso de Enema</b>
<b>Rotina para Conferência do Carrinho de Emergência</b>
<b>Rotina para Administração de Medicamentos</b>
<b>Rotina para Admissão de Pacientes</b>
<b>Rotina para Controle do Balanço Hídrico</b>
<b>Rotina para Realização de Curativos</b>
<b>Rotina para Realização de Exame Físico</b>
<b>Rotina para Realização de Glicemia Capilar</b>
<b>Rotina para Cuidados ao Paciente e Uso de Oximetria de Pulso</b>
<b>Rotina para Cuidados ao Paciente Queimado</b>
<b>Rotina para Controle dos Sinais Vitais</b>
<b>Rotina para Passagem de Plantão</b>
<b>Rotina para Monitorização de Frequência Cardíaca</b>
<b>Rotina para Cuidados ao Paciente em Insulinoterapia</b>
<b>Rotina para Cuidados ao Paciente com Traquesotomia</b>
<b>Rotina para Cuidados ao Paciente em Ventilação Mecânica</b>
<b>Rotina para Cuidados de Enfermagem na Instalação de Soroterapia em BI</b>
<b>Rotina para Cuidados de Enfermagem na Retirada de Pontos Cirúrgicos</b>
<b>Rotina para Auditoria de Contas</b>
<b>Rotina em Casos de Óbito</b>
<b>Rotina para Alta do Paciente</b>
<b>Rotina para Admissão de Paciente Via Regulação</b>
<b>Rotina para Transferência de Pacientes</b>
<b>Rotina para Movimentação de Pacientes</b>
<b>Rotina para Pesquisa de Satisfação do Usuário</b>
<b>Rotina para Cuidados ao Paciente na Realização de Exames de Raio-X</b>
<b>Rotina de Solicitação de Cópia de Prontuário</b>
<b>Rotina para Padronização do Período de Permanência de Dispositivos Invasivos</b>
<b>Rotina para Indicações para Higienização das Mãos Conforme Solução</b>
<b>Rotina para Orientações para Precauções Básicas Padrão</b>
<b>Rotina para Orientações para Precauções Adicionais</b>
<b>Rotina para Orientações para Precauções de Contato</b>

<b>Rotina para Orientações para Precauções Respiratórias com Aerossóis</b>
<b>Rotina para Orientações para Precauções Respiratórias com Gotículas</b>
<b>Rotina para Orientações para Material Infectante e o Tipo de Precaução</b>
<b>Programa de Controle de Infecção</b>
<b>Programa de Auditoria em Serviço de Controle de Infecção</b>
<b>Plano de Redução de Riscos de Infecção durante Reformas</b>
<b>Rotina para Acompanhamento de Casos Sociais</b>
<b>Rotina para Liberação de Ambulâncias</b>
<b>Rotina de Acolhimento com Classificação de Risco</b>
<b>Rotina para Registro das Doenças de Notificação Compulsória</b>
<b>Rotina para Fracionamento e Individualização de Medicamentos</b>
<b>Rotina para Atender Solicitação de Materiais e Medicamentos</b>
<b>Rotina para Limpeza da Geladeira com Guarda de Medicamentos</b>
<b>Rotina para Solicitação de Material e Medicamento para o Estoque</b>
<b>Rotina para Controle de Validade de Materiais e Medicamentos</b>
<b>Rotina para Controle de Temperatura de Ambiente e de Geladeira</b>
<b>Rotina para Dispensação de Medicamento Controlado</b>
<b>Rotina para Recebimento de Medicamentos e Materiais Médico-Hospitalares</b>
<b>Rotina para Realização de Inventário na Farmácia e Almoxarifado</b>
<b>Rotina para Recolhimento de Roupas Suja</b>
<b>Rotina para Classificação e Pesagem de Roupas Sujas</b>
<b>Rotina para Armazenagem e Distribuição de Roupas</b>
<b>Rotina para Entrega de Uniformes</b>
<b>Rotina para Coleta de Roupas Hospitalar</b>
<b>Protocolo para Prova do Laço</b>
<b>Protocolo de Atendimento ao Paciente com Suspeita Clínica de Calazar</b>
<b>Protocolo de Atendimento ao paciente com Suspeita Clínica de Meningite</b>
<b>Protocolo de Atendimento ao paciente com Suspeita Clínica de Dengue</b>
<b>Protocolo de Atendimento ao Paciente com Suspeita Clínica de Cetoacidose Metabólica</b>
<b>Protocolo para Atendimento de Urgências Odontológicas</b>
<b>Protocolo de Atendimento ao Paciente com Choque Hipovolêmico</b>
<b>Protocolo de Atendimento ao Paciente com Convulsão Febril</b>

<b>Protocolo de Atendimento ao Paciente com Bronquiolite</b>
<b>Protocolo de Tratamento de Estado de Mal Convulsivo</b>
<b>Protocolo de Choque Séptico</b>
<b>Protocolo de Atendimento em PCR</b>
<b>Protocolo de Atendimento de Dor Torácica</b>
<b>Protocolo de Atendimento nos Casos de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico</b>
<b>Protocolo de Atendimento nos Casos de Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico</b>
<b>Protocolo de Atendimento na Embolia Pulmonar</b>
<b>Protocolo de Atendimento ao Paciente com Suspeita Clínica de Tuberculose</b>
<b>Protocolo para Atendimento de Emergências Psiquiátricas</b>
<b>Protocolo de Atendimento ao Paciente Vítima de TCE</b>
<b>Protocolo de Atendimento ao Paciente Vítima de Politraumatismo</b>
<b>Protocolo de Atendimento a Icterícia</b>
<b>Protocolo de Atendimento a Citomegalovírus</b>
<b>Protocolo de Atendimento à Convulsão Febril</b>
<b>Protocolo de Atendimento aos Distúrbios da Glicose</b>
<b>Protocolo de Atendimento ao Trauma Abdominal</b>
<b>Protocolo de Atendimento aos Distúrbios do Cálcio</b>
<b>Protocolo de Atendimento aos Distúrbios do Magnésio</b>
<b>Protocolo de Atendimento aos Distúrbios do Potássio</b>
<b>Protocolo de Atendimento aos Distúrbios do Sódio</b>
<b>Protocolo de Atendimento ao Paciente com Choque Persistente</b>
<b>Protocolo de Atendimento ao Paciente com Risco Relativo de Lesão Intracraniana</b>
<b>Protocolo de Atendimento na Taquiarritmia</b>
<b>Protocolo de Atendimento ao Paciente com Traumatismo de Face</b>
<b>Protocolo de Atendimento ao Paciente com Traumatismo de Mão</b>
<b>Protocolo de Atendimento ao Paciente Cetoacidose Metabólica</b>
<b>Protocolo de Atendimento ao Paciente com Crise Hipertensiva (emergência hipertensiva)</b>
<b>Protocolo de Atendimento ao Paciente com Diabetes Mellitus</b>
<b>Protocolo de Atendimento ao Paciente com Edema Agudo de Pulmão</b>
<b>Protocolo de Atendimento ao Paciente com Hemorragia Digestiva</b>

<b>Protocolo de Atendimento ao Paciente com Insuficiência Cardíaca Congestiva</b>
<b>Protocolo de Atendimento ao Paciente com Insuficiência Hepática</b>
<b>Protocolo de Atendimento ao Paciente com Intoxicação Exógena</b>
<b>Protocolo de Atendimento ao Paciente com Pneumonia</b>
<b>Protocolo de Atendimento ao Paciente com SEPSE</b>
<b>Protocolo de Anestesia e Sedação</b>
<b>Protocolo de Higiene e Saúde dos Manipuladores de Alimentos</b>
<b>Protocolo de Higienização das Instalações, Equipamentos e Utensílios</b>
<b>Protocolo de Higiene Ambiental</b>
<b>Protocolo de Coleta de Resíduos</b>
<b>Protocolo de Preparo e Distribuição dos Alimentos</b>
<b>Protocolo de Coleta de Amostras de Alimentos</b>
<b>Protocolo de Controle Integrado de Vetores e Pragas Urbanas</b>
<b>Protocolo de Recebimento de Alimentos</b>
<b>Protocolo de Controle de Temperatura de Alimentos</b>
<b>Política de Recrutamento e Seleção</b>
<b>Política de Cargos e Salários</b>
<b>Política de Treinamento</b>

**b). DESCRITIVO E PROPOSTA DE MONITORAMENTO DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS PREVISTOS, SEGUNDO TERMO DE REFERÊNCIA:**

➤ SISTEMA DE PONTO BIOMÉTRICO;



Fazer o controle de horário dos funcionários é muito importante, não só com relação à hora de entrada, de saída e de intervalo, mas também para o controle das horas extras. Por isso, confira agora como é essencial ter o controle biométrico para o fim de controle de horários de entrada e saída de funcionários.

 *Redução do número de ações trabalhistas*

Quando a marcação é feita por meio de sistemas de cartão de ponto manual e mecânicos, fica passível de fraudes.

Essa situação pode levar a inconsistências nos registros e, conseqüentemente, a ações trabalhistas por pagamento indevido de horas.

Assim sendo, outra vantagem que decorre da segurança do sistema de ponto biométrico é a eliminação dessas possíveis inconsistências e, então, de situações em que o colaborador aciona a empresa na justiça.

#### ➤ **CONTROLE DE ACESSO – VIGILÂNCIA:**

Diariamente os meios de comunicação divulgam notícias sobre eventos que de maneira direta ou indireta causam danos às instituições de saúde e as pessoas que nela se encontram. Podemos citar alguns tipos de ocorrências de segurança, como furto, roubo, agressão, acidentes, incêndio, sabotagem, assim como suicídio e evasão de pacientes, entre muitos outros.

O planejamento de segurança de uma organização deve ter como alicerce uma forte política de segurança, amplamente divulgada no âmbito de seus colaboradores, parceiros e pacientes, de tal forma que não haja dúvidas quanto à forma de pensar e agir dessa organização. Essa política norteará toda a atuação do departamento de segurança, cuja missão é cumpri-la e assegurar que seja cumprida por todos.

Este planejamento possibilitará ainda a redução de gastos com contratos de seguro, reposição de bens não cobertos pelas apólices e despesas com reparos prediais ou de equipamentos danificados e também não segurados. O simples fato de identificar e eliminar uma fonte de perdas, já propicia uma redução de custos.

O controlador de acesso é o profissional que executa os procedimentos de de pronta resposta nos casos onde se faz necessário, sempre com uma postura alerta e atitude firme, mas sem truculência e principalmente de maneira comprometida com os princípios básicos de humanização e hospitalidade. Este profissional é, acima de tudo, um prevencionista e, portanto, deve inspecionar permanentemente o ambiente sob a sua vigilância, identificando perigos reais ou potenciais que possam causar danos às pessoas ou a organização.

O Controlador de Acesso - Vigilante deve participar sempre dos processos decisórios da instituição, opinando tecnicamente sobre os impactos dos projetos internos sobre a segurança e o gerenciamento de riscos na organização. Suas recomendações certamente reduzirão as chances de insucesso desses projetos, evitando gastos e conflitos desnecessários, assim como o retrabalho e perda de tempo de profissionais.

Capacitar os colaboradores e parceiros, também é missão do setor de Controle de Acesso, obtendo com isso uma efetiva redução na taxa de ocorrências ao conscientizar as pessoas a proverem sua própria segurança e dos bens da instituição.

A prevenção e a proteção de profissionais da saúde contra a violência no seu local de trabalho é uma tarefa a ser executada em conjunto com os profissionais de segurança, que devem treinar seus colegas da área assistencial a identificar os sinais de alerta de um potencial agressão, possibilitando afastar-se do perigo antes que lhe cause danos.

### **Finalidades**

O Serviço de Segurança tem por finalidade:

- a. Garantir a segurança dos usuários internos e externos;
- b. Preservar a segurança dos bens patrimoniais.

### **Posição**

O Serviço de Segurança é terceirizado, sendo subordinado à Coordenação Administrativa de cada unidade - UPA.

### **Competência**

**Ao Serviço compete:**

- Garantir a segurança dos usuários internos e externos;

- Manter a ordem geral;
- Zelar pela segurança dos bens patrimoniais.

### **Quadro de Pessoal**

O Quadro de pessoal do Serviço de Segurança se constitui de:

- Supervisor
- Vigilantes

#### **Ao Supervisor compete:**

- Representar junto à Coordenação Administrativa;
- Supervisionar os serviços prestados no que se refere à qualidade;
- Participar de reuniões quando solicitado;
- Cumprir e fazer cumprir o presente regimento, normas e rotinas do serviço.

#### **Ao Vigilante compete:**

- Controlar a entrada e saída de materiais/ bens patrimoniais;
- Controlar a entrada e saída de pacientes, acompanhantes, visitantes e colaboradores;

- Executar as rondas internas e externas;
- Registrar as ocorrências em livro próprio;
- Efetuar a passagem do plantão;
- Efetuar testes periódicos dos equipamentos de prevenção e combate a incêndio;
- Prestar informações ao público sempre de maneira cortês e educada;
- Participar de cursos e treinamentos disponibilizados na unidade;
- Manter a ordem geral.

#### ➤ **HIGIENE E LIMPEZA**

O setor de Higienização e Limpeza está vinculado diretamente ao Serviços de Apoio, cujos colaboradores coordenam e executam os serviços relativos à higienização e limpeza das áreas e instalações pertencentes a Unidade. Com a utilização das técnicas de trabalho apropriadas, esse serviço mantém o ambiente limpo e livre de agentes patológicos que contribuem para as infecções hospitalares. Assim, sendo, o Serviço de Higienização e Limpeza contribui para que se tenha um ambiente mais agradável e salutar.

Considerando que a Unidade é uma instituição de cuidados à saúde e que a higienização e a limpeza são elementos fundamentais à prevenção e total apoio a esses cuidados, torna-se evidente a importância deste serviço na instituição hospitalar.

Atribuem-se ao Setor de Higienização e Limpeza:

- I. A execução da limpeza e higienização das áreas que lhe forem confiadas, estabelecendo periodicamente os horários em comum acordo com as demais seções/setores;
- II. A aplicação das técnicas, produtos e equipamentos de limpeza indicadas para cada local;
- III. Combate a insetos e roedores;
- IV. A coleta e depósito do lixo hospitalar;
- V. A prevenção de acidentes de trabalho;
- VI. Levantamento estatístico do movimento;
- VII. Verificação das instalações e, se necessário, comunicação à Manutenção para os devidos reparos e consertos.

Considerem-se também importantes:

- Aplicação de técnicas e produtos de limpeza corretos proporciona a melhor atuação para o controle e redução das infecções hospitalares, menos desgaste das instalações e com isso redução dos custos para a Unidade;

- Um ambiente limpo exercerá efeito agradável e higienizado perante os pacientes, funcionários e visitantes.

O Serviço de Higienização e Limpeza tem por finalidade:

- c) A conservação das condições higiênicas de toda a Unidade, contribuindo para o bem-estar e segurança dos pacientes e de toda a equipe de trabalho;
- d) Preparações técnicas e de materiais de limpeza, de forma que sejam adequadas e de acordo com o local a ser limpo.

**Ao ENCARGADO DE LIMPEZA compete:**

- I. Administrar o serviço;
- II. Conhecer a estrutura física da Unidade;
- III. Elaborar a escala de serviços, priorizando as áreas onde a higienização e limpeza são necessárias;
- IV. Zelar pela segurança no trabalho dos seus colaboradores, orientando-os quanto ao uso dos EPI'S;

- V.** Orientar seus colaboradores quanto ao desenvolvimento correto do serviço;
- VI.** Observar o registro de horas trabalhadas;
- VII.** Fazer relatórios mensais de consumo e enviá-los à Gerência dos Serviços de Apoio;
- VIII.** Elaborar relatório mensal;
- IX.** Manter contato com os outros coordenadores da Unidade, a fim de resolver possíveis problemas relacionados ao serviço de Higienização e Limpeza e demais seções da Unidade;
- X.** Inteirar-se dos progressos alcançados em sua área;
- XI.** Orientar os colaboradores na execução das tarefas;
- XII.** Distribuir os colaboradores de acordo com as necessidades de cada área;
- XIII.** Supervisionar para que o trabalho inicie no horário previsto;
- XIV.** Manter sob seu controle as atividades desenvolvidas pelos colaboradores e seus respectivos vestiários;
- XV.** Treinar novos colaboradores e orientá-los de acordo com o determinado;
- XVI.** Requisitar e controlar os materiais de consumo;
- XVII.** Efetuar a diluição dos produtos, conforme orientação recebida;
- XVIII.** Responder pela manutenção da ordem e estética das áreas submetidas ao processo de limpeza;

- XIX.** Realizar reuniões periódicas com o pessoal do setor;
- XX.** Elaborar com sua equipe, o quadro de metas anuais e afixa-los em local visível no setor.

**Ao AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS compete:**

- I.** Executar as tarefas determinadas pelo Encarregado de Limpeza;
- II.** Solicitar ao Encarregado, periodicamente, material de consumo para o desempenho de suas tarefas;
- III.** Proceder á limpeza e arrumação dos móveis para pacientes e demais instalações da Unidade;
- IV.** Atentar para determinadas áreas a serem limpas e que, geralmente, são esquecidas, tais como: lustres, interruptores, maçanetas, interior de armários, etc.;
- V.** Observar a necessidade de revisão ou conserto e comunicar tal fato ao Encarregado ou diretamente ao Serviço de Manutenção;
- VI.** Recolher e depositar em local apropriado o lixo hospitalar;
- VII.** Guardar os materiais utilizados;
- VIII.** Utilizar os EPI'S sempre que necessário;
- IX.** Utilizar as técnicas corretas na execução da limpeza e higienização hospitalar;

- X. Obedecer às normas estabelecidas;
- XI. Manter o bom relacionamento com os colaboradores do setor/seção para onde foi designada;
- XII. Ter bom relacionamento com pacientes, acompanhantes e visitas;
- XIII. Comunicar ao seu Encarregado qualquer irregularidade verificada.

**Os colaboradores do setor de Higienização e Limpeza deverão obedecer às seguintes Normas Administrativas:**

- I. Cumprir rigorosamente os horários de serviço, usar uniformes, crachá e acessórios para segurança;
- II. Sempre que houver liberação dos setores, o local deverá ser limpo pelos Colaboradores do Serviço de Higienização e Limpeza presentes naquele horário e destinado àquela;
- III. Não deixar nunca descobertas as áreas sensíveis da Unidade;
- IV. Quando a limpeza de uma determinada área, não poderá ser fixada tarefas, o pessoal designado responderá pelo conjunto;
- V. Nas áreas onde é obrigatório o uso de vestimentas especiais, o pessoal do Serviço de Higienização e Limpeza não poderá abandonar o local em momento algum, exceto quando do seu horário de almoço e saída;

- VI. Os Colaboradores são responsáveis tanto pelo material utilizado quanto pelos equipamentos;
- VII. Os materiais utilizados na limpeza deverão, após o uso, ser guardados nos locais designados pela coordenação, de preferência próximo ao local onde serão novamente usados;
- VIII. Justificar os pedidos de materiais de consumo, quando a quantia for superior ao normal;
- IX. As áreas de circulação serão lavadas nos dias e horários de menor movimento;
- X. Todo o lixo recolhido deverá ser colocado em saco plástico e levado a um pequeno depósito, para posteriormente ser recolhido por empresa especializada;
- XI. Deverão ser sujeitas à limpeza geral as áreas submetidas a consertos, reformas, construções ou pinturas em geral, pelos colaboradores designados para o próprio andar.

## ➤ SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

### SADT - Serviços de Apoio de Diagnóstico e Terapia

#### RAIO-X

É um tipo de radiação eletromagnética penetrante e invisível ao olho humano, com comprimento de onda menor que o da luz visível. Os raios X são produzidos quando se bombardeia um alvo, como um metal, com elétrons em alta velocidade. Essa capacidade de penetração permite que os raios X sejam utilizados para fazer imagens do interior do corpo humano ou de estruturas internas de objetos.

#### **Atribuições do RADIOLOGISTA:**

As principais atividades de um radiologista variam conforme sua agenda e sua rotina. Contudo, algumas das atividades básicas durante seu dia-a-dia são:

- I. Pautar as atividades profissionais, observando as regras da radiologia;
- II. Fazer radiografias do corpo humano utilizando os equipamentos necessários, de acordo com a necessidade do paciente;
- III. Analisar a imagem radiológica obtida para diagnosticar se há ocorrência de doenças ou não;
- IV. Elaboração de um laudo sobre as condições do paciente para que seja passado adiante aos clínicos e cirurgiões especializados.

## **ELETROCARDIOGRAMA**

O eletrocardiograma é um exame de saúde na área de cardiologiano qual é feito o registro da variação dos potenciais elétricos gerados pela atividade elétrica do coração.

O aparelho registra as alterações de potencial elétrico entre dois pontos do corpo. Estes potenciais são gerados a partir da despolarização e repolarização das células cardíacas. Normalmente, a atividade elétrica cardíaca se inicia no modo sinusal (células auto-rítmicas) que induz a despolarização dos átrios e dos ventrículos.

Esse registro mostra a variação do potencial elétrico no tempo, que gera uma imagem linear, em ondas. Estas ondas seguem um padrão rítmico, tendo denominação particular.

### ➤ **SERVIÇOS DE MEDICINA DIAGNÓSTICA (ANÁLISES CLÍNICAS):**

#### **LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS**

O Setor de Laboratório como integrante dos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento, se faz necessário para auxiliar o diagnóstico das patologias apresentadas pelos clientes, facilitando a aplicação dos processos terapêuticos.

O Setor de Laboratório requer mão-de-obra técnica e/ou científica especializada e equipamentos apropriados para o bom desenvolvimento de suas atividades, proporcionando um auxílio efetivo na elucidação dos diagnósticos.

É importante que o serviço esteja localizado próximo às áreas de maior demanda: Ambulatório, Emergência, Centro Cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva, ou que mantenha pequenas unidades de urgência nesses diversos pontos, possibilitando um pronto atendimento aos casos emergentes

### **Finalidade**

O Setor de Laboratório possui as seguintes finalidades:

- I. A assistência ao Corpo Clínico para o estabelecimento e a confirmação de diagnósticos;
- II. A observação do desenvolvimento da evolução das moléstias e seu tratamento;

- III. Um serviço de campo para coleta de dados para a investigação científica, desempenhando importante papel no aprendizado de estagiários nesta área;
- IV. Manter colaboração e boas relações com os demais serviços da Unidade, formando uma equipe multidisciplinar;
- V. Desenvolver e aperfeiçoar tecnicamente os profissionais do setor, tendo em vista a prestação de serviços de qualidade aos pacientes.

### **Estrutura Orgânica**

Os colaboradores do setor de Laboratório estão classificados nos seguintes cargos:

- I. Responsável técnico;
- II. Bioquímico;
- III. Patologista Clínico;
- IV. Técnico em Patologia Clínica.

### **Organização**

O Setor de Laboratório está dividido da seguinte forma:

- I. Recepção;
- II. Coleta;
- III. Área técnica;
- IV. Laudos/arquivo.

### **Requisitos**

#### **Os requisitos para o cargo de RESPONSÁVEL TÉCNICO:**

- I. Diploma de certificado de conclusão de cursos de Medicina, Farmácia, Ciências Biológicas – modalidade médica (Biomedicina), Ciências Biológicas ou história natural (Biólogo), reconhecidos pelo Ministério da Educação ou por instâncias técnico-administrativas que o antecederam, inscrições e obrigações legais regularizadas junto aos Conselhos regionais de exercício profissional;
- II. Instrução e domínio de informática.

#### **Os requisitos necessários para o cargo de MÉDICO PATOLOGISTA CLÍNICO são:**

- I. Diploma do curso de Medicina;
- II. Residência médica em patologia Clínica;
- III. Título de especialista pela Sociedade Brasileira de Patologia Clínica;
- IV. Instrução e conhecimentos básicos em informática.

**Os requisitos necessários para o cargo de BIOQUÍMICO são:**

- I. Diploma ou certificado de conclusão do curso de Ciências Biológicas – modalidade médica (Biomedicina), em instituição reconhecida pelo MEC;
- II. Experiência profissional de 02 anos em laboratório como Bioquímico;
- III. Instrução e conhecimentos básicos em informática;
- IV. Inscrições e obrigações regularizadas junto aos Conselhos Regionais de Exercício Profissional.

**Os requisitos necessários para o cargo de TÉCNICO EM PATOLOGIA CLÍNICA são:**

- I. Documentos comprobatórios de conclusão do Curso de Patologia Clínica e profissionais que concluíram curso de ensino de nível médio de 2º grau que confira

capacitação para a execução de atividades técnicas afetas às fases pré-analíticas e analíticas;

- II. Experiência profissional de no mínimo de 01 ano em área técnica de laboratório de Patologia Clínica;
- III. Instrução e conhecimentos básicos em informática.

### **Atribuições**

#### **O Setor de Laboratório atribui-se:**

- I. A realização de todos os exames clínicos solicitados por médicos, tanto para clientes internos quanto para clientes externos;
- II. A contratação de pessoal suficiente, treinado para que os exames sejam executados nos mais altos padrões e no menor tempo possível;
- III. A averiguação constante da exatidão dos resultados, através da aplicação diária dos testes determinados;
- IV. A conservação dos equipamentos em perfeitas condições par que não haja dúvidas sobre os resultados dos exames;

- V. Elaboração de relatórios estatísticos mensais, abrangendo quantidade, tipos de exames – fonte pagadora e consumo de produtos/materiais;
- VI. A prestação de serviços 24 (vinte e quatro) horas por dia;
  - I. Manter um controle eficaz da quantidade de exames realizados;
  - II. Promover a capacitação técnica dos profissionais envolvidos na análise e diagnóstico de materiais biológicos;
  - III. Elaborar dados estatísticos e epidemiológicos;
  - IV. Prestar suporte técnico e científico nas pesquisas desenvolvidas na unidade;
  - V. Buscar a excelência dos resultados obtidos.

### **Competências**

#### **Compete ao RESPONSÁVEL TÉCNICO de Laboratório:**

- I. Responder jurídica e tecnicamente pelas atividades que se desenvolvem no Setor de Laboratório;
- II. Determinar atribuições aos colaboradores;

- III. Determinar e escolher os métodos para a realização dos exames de rotina ou de urgência;
- IV. Fiscalizar e supervisionar as rotinas de execução dos exames;
- V. Manter contatos com o Corpo Clínico da unidade, com o objetivo de ouvir sugestões para melhoria dos serviços prestados;
- VI. Providenciar os recursos materiais e humanos necessários, a calibração e manutenção preventiva periódica de equipamentos;
- VII. Garantir o treinamento Teórico-prático dos profissionais, sempre que a execução de novos procedimentos e recursos tecnológicos for incorporada ao processo de reprodução de serviços destes estabelecimentos;
- VIII. Compor a Comissão de Infecção Hospitalar, dando desta forma a sua contribuição para que se diminua a incidência de infecções cruzadas;
- IX. Reunir-se mensalmente com o quadro de colaboradores para avaliação dos serviços executados;
- X. Conferir periodicamente o controle de estoque de material do almoxarifado;
- XI. Organizar atividades de reciclagem, no mínimo anuais, dos profissionais de nível universitário, de nível técnico e também de nível intermediário (médio), contratados nos termos de legislação trabalhista vigente que executam os procedimentos de coleta, transporte de material humano, processamento e

realização de exames e testes laboratoriais, e, quando for o caso, também dos profissionais prestadores de serviços cuja atuação se relacione com as atividades fins destes estabelecimentos de saúde;

- XII.** Emitir certificados de participação em atividades de reciclagem, contendo os nomes dos profissionais, suas profissões ou ocupações, os temas técnicos abordados, as cargas horárias, as datas e os nomes dos palestrantes e, quando, for o caso, os nomes das instituições, órgãos públicos ou entidades envolvidas;
- XIII.** Elaborar a escala de serviços.

**Compete ao BIOQUÍMICO:**

- I.** Supervisionar as áreas do trabalho, por determinação da chefia do Setor do Laboratório;
- II.** Distribuir e conferir os materiais colhidos para exame, segundo sua identificação;
- III.** Determinar as técnicas e processos que deverão ser usados em todos os exames, de rotina ou de urgência;
- IV.** Distinguir materiais de consumo e responsabilizar-se pelo controle do estoque;
- V.** Realizar testes de controle de qualidade;
- VI.** Zelar pela manutenção dos equipamentos;

- VII.** Preparar soluções necessárias ao desenvolvimento dos exames que exijam técnicas especiais;
- VIII.** Desenvolver os trabalhos de análise diariamente na Bioquímica, sorologia e coagulação;
- IX.** Prestar informações e dar orientação aos colaboradores do setor de Laboratório;
- X.** Elaborar estatísticas mensais de:
- XI.** Estatísticas das atividades;
- XII.** Controle de moléstias transmissíveis;
- XIII.** Controle de qualidade do trabalho proposto.
- XIV.** Manter-se em constante aperfeiçoamento teórico-prático dos procedimentos técnicos utilizados.

**Compete ao TÉCNICO DE PATOLOGIA CLÍNICA:**

- I.** Preparar soluções, reações e reativos;
- II.** Realizar exames de urina, fezes, escarra e ainda microscopia simples;
- III.** Preparar esfregaços de lâminas;
- IV.** Fazer a coloração dos esfregaços;
- V.** Preparar meios de cultura, semeadura e repicagem de bactérias;
- VI.** Realizar todos os exames designados para si;

- VII.** Registrar as observações e os exames processados em livro próprio;
- VIII.** Realizar a manutenção dos equipamentos no seu local de trabalho, de acordo com a orientação do supervisor responsável;
- IX.** Participar do treinamento da educação em serviços;
- X.** Auxiliar a adaptação das atividades profissionais dos novos colaboradores no local de trabalho seja eles técnicos ou auxiliares.

### **Normas**

**Os colaboradores do Setor de Laboratório obedecerão às seguintes normas administrativas:**

- I.** Todos os colaboradores cumprirão o horário de trabalho estabelecido;
- II.** Os colaboradores deverão trabalhar devidamente uniformizados e identificados;
- III.** É vedado a entrada de pessoas estranhas em áreas restritas do serviço, salvo em situações especiais, devendo receber prévia autorização da Chefia;
- IV.** Os colaboradores deverão proceder a marcação do ponto com a uniformização completa, tanto na entrada como na saída;

- V.** As faltas devem ser comunicadas à Chefia, as sem justificativas serão advertidas por escrito;
- VI.** Os documentos pertencentes ao Setor, não poderão ser retirados sem a devida autorização da Chefia;
- VII.** A escala de serviço poderá ser elaborada de comum acordo com os interesses dos colaboradores, que para tanto, deverão solicitar suas folgas e férias antecipadamente à Chefia;
- VIII.** Todos os colaboradores devem submeter-se a exames periódicos de saúde, de acordo com o estabelecido pela administração;
- IX.** Não é permitido aos colaboradores recusar-se a assistir qualquer cliente, ou atender ordem superior do plantão, chefes e na sua ausência, dos seus substitutos, que respondem pela disciplina, ordem e presteza na execução dos trabalhos;
- X.** Os profissionais deverão desempenhar suas atividades, utilizando os equipamentos de proteção individual cabíveis em legislação;
- XI.** O Setor deverá acatar as normas e regulamentação da Vigilância Sanitária;
- XII.** Prover a capacitação técnica anual dos colaboradores;
- XIII.** Todas as atividades desenvolvidas no Setor serão supervisionadas pela Chefia.

➤ **MANUTENÇÃO PREDIAL:**

***Instalações Prediais é um ativo que deve ser cuidado***

*“É inviável sob o ponto de vista econômico e inaceitável sob o ponto de vista ambiental considerar as edificações como produtos descartáveis, passíveis da simples substituição por novas construções quando seu desempenho atinge níveis inferiores ao exigido pelos seus usuários. Isto exige que se tenha em conta a manutenção das edificações existentes, e mesmo as novas edificações construídas, tão logo colocadas em uso, agregam se ao estoque de edificações a ser mantido em condições adequadas para atender as exigências dos seus usuários.” [\(ABNT 5674:99\)](#)*

**O que é Plano de manutenção predial hospitalar, seus tipos e benefícios**

*Já imaginou um pico de luz em uma unidade hospitalar? Ou um elevador que não funciona? Pois é não dá mesmo para imaginar os problemas que esse tipo de falha acarretaria. Entretanto, assim como em qualquer outro tipo de prédio, falhas estão sujeitas a acontecer. Para evitá-las é preciso a criação de um plano de manutenção predial hospitalar.*

Um plano de manutenção predial hospitalar tem a missão de organizar seu setor de manutenção, garantindo que equipamentos, máquinas e demais ativos do negócio se mantenham funcionando de maneira satisfatória e ideal.

### **O que é plano de manutenção predial hospitalar?**

*Um plano de manutenção predial hospitalar:*

- ✓ Organiza processos;
- ✓ Define padrões de vistoria;
- ✓ Delimita um cronograma de manutenção.

Por meio dele a equipe de manutenção sabe o que precisa ser acompanhado, quando e como a vistoria deve ser feita e quais equipamentos devem ser usados para testes de performance.

Esse conjunto de práticas, reunido no plano de manutenção, tem como missão: prevenir falhas de equipamentos e recursos:

- ✓ Solucionar erros;
- ✓ Garantir a funcionalidade dos sistemas envolvidos.

A manutenção predial é responsável pela gestão de infraestrutura da Unidade, servindo como apoio para a execução das atividades de atendimento aos pacientes, profissionais e visitantes que frequentam o local.

De maneira geral, um plano de manutenção de uma Unidade Hospitalar garante o funcionamento ideal de um estabelecimento de saúde, mantendo ou substituindo peças e equipamentos necessários para a execução dos processos normais de um ambiente como este.

### **Qual a importância do plano de manutenção predial hospitalar?**

Além de manter o funcionamento ideal de todos os equipamentos, direta ou indiretamente necessários para a manutenção da assistência ao paciente, o plano de manutenção predial hospitalar:

- ✓ Preserva a integridade de equipamentos;
- ✓ Garante a segurança do uso de máquinas, equipamentos e demais materiais;
- ✓ Repara falhas;
- ✓ Amplia o tempo de vida de um recurso, com segurança e mais.

Com tamanha responsabilidade no funcionamento integral de uma Unidade Hospitalar, é recomendado que você conte com uma empresa de manutenção predial hospitalar terceirizada.

Entre os benefícios dessa opção está a garantia de equipamentos modernos para a identificação de necessidade de troca ou reparo de peças e equipamentos, profissionais altamente capacitados, segurança em vistorias e mais.

### **Tipos de serviço incluem na manutenção predial de hospitais:**

Existem três tipos de serviços de manutenção predial:

- ✓ Preventivo;
- ✓ Corretivo;
- ✓ Preditivo.

### **Manutenção Preventiva**

Não é difícil imaginar que a manutenção preventiva tem como objetivo **prevenir erros e falhas**. Para isso um plano de manutenção predial hospitalar preventivo se baseia nas informações oferecidas pelos fornecedores e no tempo médio de ciclo de vida de um ativo, para realizar a troca.

Esse tipo de manutenção ocorre periodicamente e não considera o estado da peça, mas seu tempo de uso.

Por meio da manutenção programada, ele reduz a probabilidade de falha ou desgaste e reduz – ou elimina – a ocorrência de emergências.

Esse tipo de manutenção predial é comum para equipamentos e recursos de necessidade primária para uma Unidade Hospitalar, como:

- ✓ Rede elétrica;
- ✓ Geradores;
- ✓ Sistema de climatização (ar condicionado e aquecedores);
- ✓ Equipamentos médicos como desfibrilador e ultrassom;
- ✓ Elevadores.

### **Manutenção Corretiva**

Ela ocorre para solucionar um problema que já está acontecendo. Seu objetivo é corrigir falhas e erros.

Esse tipo de situação pode causar muitos problemas para a Unidade.

A manutenção corretiva, geralmente, ocorre quando não são vistoriados dentro de um intervalo de tempo ideal.

Esse tipo de reparação não está previsto em um plano de manutenção predial de uma Unidade, na maioria das vezes

A realização da manutenção corretiva amplia os gastos com peças, equipamentos e mão de obra, devido a urgência associada.

### **Manutenção Preditiva**

Enquanto a manutenção preventiva considera apenas o tempo de vida de um equipamento para trocá-lo, a manutenção preditiva utiliza outras análises para compreender o momento exato da necessidade de substituição de um ativo ou componente, como uma peça.

Segundo a norma ABNT 5462/94, a manutenção preditiva reduz ao mínimo a manutenção preventiva e diminui a manutenção corretiva.

É muito importante que você tenha a seu lado empresas de manutenção modernas com profissionais capacitados para realizar a manutenção preditiva, evitando que problemas ocorram devido a negligência ou falha de monitoramento.

## Como executar um colocar em prática a manutenção predial

Uma Unidade Hospitalar é uma estrutura complexa e por isso precisa de profissionais altamente capacitados em todas as suas áreas para funcionar de maneira ideal.

Como vimos, um plano de manutenção predial de uma Unidade Hospitalar é fundamental para o funcionamento integral de uma unidade de saúde e sem ele problemas graves podem acontecer.

Por todas essas razões nós indicamos que você busque por uma empresa de manutenção especializada.

A terceirização de serviços é uma das melhores estratégias para garantir um bom custo-benefício, equipamentos de última geração para a gestão de manutenção, profissionais capacitados e qualidade de serviço. Isso sem contar na tranquilidade que pode trazer para a gestão da Unidade.

### ➤ **MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS;**

O objetivo da manutenção de equipamentos é atuar em 2 áreas de grande importância:

- ✓ Melhorar a qualidade (confiabilidade e disponibilidade) dos equipamentos;
- ✓ Reduzir os custos de manutenção.

Estaremos implantando um Manual de Organização do Serviço de Manutenção de Equipamentos que fornece orientações para sanar eventuais dúvidas e solucionar problemas que possam ocorrer na Unidade.

O manual de Organização do Serviço de Manutenção de Equipamentos é um normativo que, além de especificar a posição do serviço dentro da Unidade, servirá para que o colaborador se posicione dentro da mesma.

Tudo isso leva a definir a Manutenção de Equipamentos, como o conjunto de todo o trabalho necessário para manter todo o sistema de saúde (prédio e equipamento) em condições satisfatórias de funcionamento.

Desta forma, todo o pessoal da Unidade está ligado à manutenção de equipamentos.

*Por exemplo:*

O objetivo do médico é manter vivos seus pacientes.

Para desempenhar bem sua função precisa manter-se atualizado em sua área de atuação e valer-se das conquistas da ciência relativas às técnicas de diagnóstico e tratamento dos doentes.

O médico necessita também de uma série de equipamentos, como:

- ✓ Raio x;
- ✓ Bombas;
- ✓ Aparelhos de respiração artificial,
- ✓ Carros móveis e fixos, entre outros.

E estes só lhe poderão ser úteis no desempenho de sua função se estiverem “conservados”, ou seja, se estiverem em bom estado de funcionamento. Se isso não ocorrer, isto é, se qualquer falha no momento de ser utilizado, a própria função do médico ficará comprometida e, o que é pior, a vida do paciente poderá correr sério perigo.

Grande parte destes equipamentos de manutenção de equipamentos está sujeita a um funcionamento contínuo e indispensável, o que exige uma total prevenção contra qualquer falha possível. E se ele ocorrer, devem existir meios adequados para um rápido saneamento da mesma.

A importância da manutenção deduz-se do valor que o equipamento e as instalações hospitalares representam no capital necessário para toda a construção da Unidade. Não basta, pois que o equipamento da Unidade seja o melhor. É necessário também que o mesmo tenha garantida a vida mais longa possível através do planeamento e execução de um adequado programa de manutenção.

### **Finalidade**

Estabelecer procedimentos relativos à solicitação e execução de serviços de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos de manutenção da Unidade, bem como, quando for o caso, de seu encaminhamento a terceiros.

### **Âmbito de Aplicação:**

Todos os órgãos da Unidade Hospitalar, em especial ao Serviço de Manutenção de Equipamentos.

### **Manutenção Preventiva:**

- ✓ É aquela destinada a prevenir os desgastes provocados nos equipamentos de manutenção e instalações, através de um programa de revisão periódica;

- ✓ Ela se ocupa com a inspeção periódica dos aparelhos, equipamentos e instalações, e com a execução de um serviço planejado e programado com a finalidade de evitar a sua paralisação imprevista, por necessidade de reparos.
- ✓ A manutenção preventiva aumenta a vida útil das instalações e equipamentos e a redução dos custos.

### **Manutenção Emergencial:**

- ✓ É aquela realizada, em caráter de urgência, e com prioridade sobre as demais, visando impedir a paralisação de um serviço essencial.

### **Manutenção Corretiva**

- ✓ É aquela destinada a corrigir os defeitos que podem ocorrer nos equipamentos de manutenção por seu uso prolongado e constante.

### **Atividades:**

- ✓ Manutenção preventiva, predial e equipamentos;
- ✓ Diagnose técnica, das instalações e equipamentos sujeitos a riscos;
- ✓ Executar pequenas reformas;

- ✓ Gerenciar suprimentos para execução das atividades;
- ✓ Gerenciar e fiscalizar os serviços de terceiros (equipamentos hospitalares);
- ✓ Gerenciar custos;
- ✓ Executar e controlar as atividades de áreas internas e externas da unidade;
- ✓ Administrar recursos humanos da unidade funcional.

**Produtos:**

- ✓ Serviços programados e realizados eliminando o risco de paradas ou de outras ocorrências que prejudicam a segurança do patrimônio técnico;
- ✓ Áreas/instalações/equipamentos sujeitos a paradas ou outras ocorrências, identificados;
- ✓ A satisfação dos clientes avaliada;
- ✓ A aquisição de materiais de reposição programada;
- ✓ Conserto de equipamentos médico-hospitalar, de informática de escritório e utilidades, orçados e avaliados;
- ✓ Reformas executadas;
- ✓ Custos gerenciais mantidos em níveis aceitáveis.

**Indicadores de Eficiência e Eficácia:**

- ✓ Grau de satisfação do cliente interno/externo;
- ✓ Número de ordens de serviços recebidas;
- ✓ Tempo de realização de ordens e serviços executados;
- ✓ Total de ordens de serviço pendentes;
- ✓ Total de ordens de serviço concluídas;
- ✓ Grau de infecção;
- ✓ Falhas versus causas;
- ✓ Cumprimento do programa de manutenção preventiva.

**CRONOGRAMA PARA MANUTENÇÃO TÉCNICA PREVENTIVA E CORRETIVA DA  
ESTRUTURA PREDIAL E DE EQUIPAMENTOS DA UNIDADE**

MANUTENÇÃO PREVENTIVA:

DISCRIMINAÇÃO	PERIODICIDADE
---------------	---------------

<b>Equipamentos</b>	
Mesas	Semestral
Cadeiras	
Estantes	
Aparelhos de televisão	
Armários	
Arquivo de aço	
Máquina seladora para plástico	Trimestral
Enceradeira industrial	
Bebedouro tipo garrafão	Mensal
Camas	
Macas	
Balança antropométrica	Semanal
Foco para consultórios	Mensal
Aparelhos de ar condicionado	
Aparelho de eletrocardiógrafo	Semanal
Refrigerador	Mensal
Aparelho negatocópio	
Aparelho respirador	
Carro para transporte de material	
Aspirador cirúrgico	Semanal
Biombo hospitalar	Mensal

Monitor eletrocardiógrafo	Semanal
Aparelho desfibrilador	
Carro p/ sistema de cardioversão	
Aparelho de PA	
Cadeira de rodas	Mensal
Autoclave	Semanal
Exaustor	
Destilador de água do laboratório	Mensal
Mesa de procedimentos	Semanal
Lavadora de bandejas	Trimestral
Extintores de incêndio	
<b>Central e rede de gases medicinais</b>	
Pontos de oxigênio	Semanal
Pontos de vácuo	
Pontos de ar	
Pontos de oxido	Trimestral
<b>Estrutura predial</b>	
Pintura de paredes externas	Anual
Pintura de paredes internas	
Pintura de portas e janelas	3 anos
<b>Climatização</b>	
Ar condicionado	Mensal

Ventiladores	
<b>Instalações hidráulica e elétrica</b>	
Análise bacteriológica da água	Semanal
Limpeza das caixas d'água	Trimestral
Checar goteiras das torneiras	Semanal
Vistoriar os quadros de energia	Mensal
<b>Casa das máquinas/ mecânica</b>	
Checar lubrificação dos componentes mecânicos	quinzenal
<b>Extintores</b>	
Teste hidrostático das mangueiras	Trimestral
Verificar a carga dos extintores de água pressurizada	Semestral
Verificar carga dos extintores de pó químico	
Verificar carga dos extintores de gás	

#### MANUTENÇÃO CORRETIVA:

As ações corretivas serão implementadas de acordo com a urgência definida.

#### ➤ **OUTSOURCING DE IMPRESSÃO**

##### Locação de impressora e reprografia

Forneceremos à unidade equipamento reprográfico e impressoras em locação.

Será de responsabilidade empresa contratada o fornecimento de cartucho e tonners, além da manutenção dos equipamentos.

Serão realizadas manutenções preventivas a cada 30 (trinta) dias, de modo a evitar defeitos que importem na indisponibilidade dos equipamentos.

Os atendimentos de chamados serão divididos em:

- a) Atendimento de 1º nível através por telefone ou e-mail e/ou Help Desk que poderá ser disponibilizado pelo IIFHES, onde é feita a recepção do chamado técnico e solicitação de material e suporte telefônico, posterior direcionamento para o atendimento de 2º nível em até 2 horas;
- b) Atendimento de 2º nível, onde é feita a resolução dos problemas registrados pelo nível anterior, que consiste a entrega de material e o suporte no local em até 8 horas.

Por fim, a contratada disponibilizará 03 (três) insumos extras abastecidos por cada modelo de impressora fornecidos, além de repor em 24 (vinte e quatro) horas qualquer impressora ou peça que, após manutenção preventiva ou corretiva, precise de reparos fora da Unidade de Saúde.

#### **C.2.4. DIMENSIONAMENTO DA EQUIPE TÉCNICA, ASSISTENCIAL, ADMINISTRATIVA E GERENCIAL.**

O **IIFHES** entende que o perfeito dimensionamento da equipe técnica-assistencial, administrativa e gerencial é necessário para a execução ininterrupta das atividades propostas e atingimento das metas de produção e qualidade da unidade.

Apresentaremos a planilha de dimensionamento das equipes, pertinentes a este tópico no **ANEXO I** desta proposta, ressaltamos que respeitamos as normativas legais, preceitos éticos e determinações vigentes, pertinentes a cada categoria profissional.

### C.3. PROPOSTA DA ORGANIZAÇÃO ASSISTENCIAL E TÉCNICA

Como descrição técnica das atividades assistenciais previstas, propomos para a unidade o monitoramento do tempo de espera de atendimento através do Protocolo de Manchester, realizando o serviço de acolhimento com avaliação constante da classificação de risco nas Unidades de Pronto Atendimento, aprimoraremos este critério de monitoramento e avaliação preconizando a Política de Humanização do Ministério da Saúde.

Segue abaixo quadros com nossas ações com definição dos objetivos e metas à serem alcançadas com a estratégia para monitoramento do tempo de espera e atendimento:

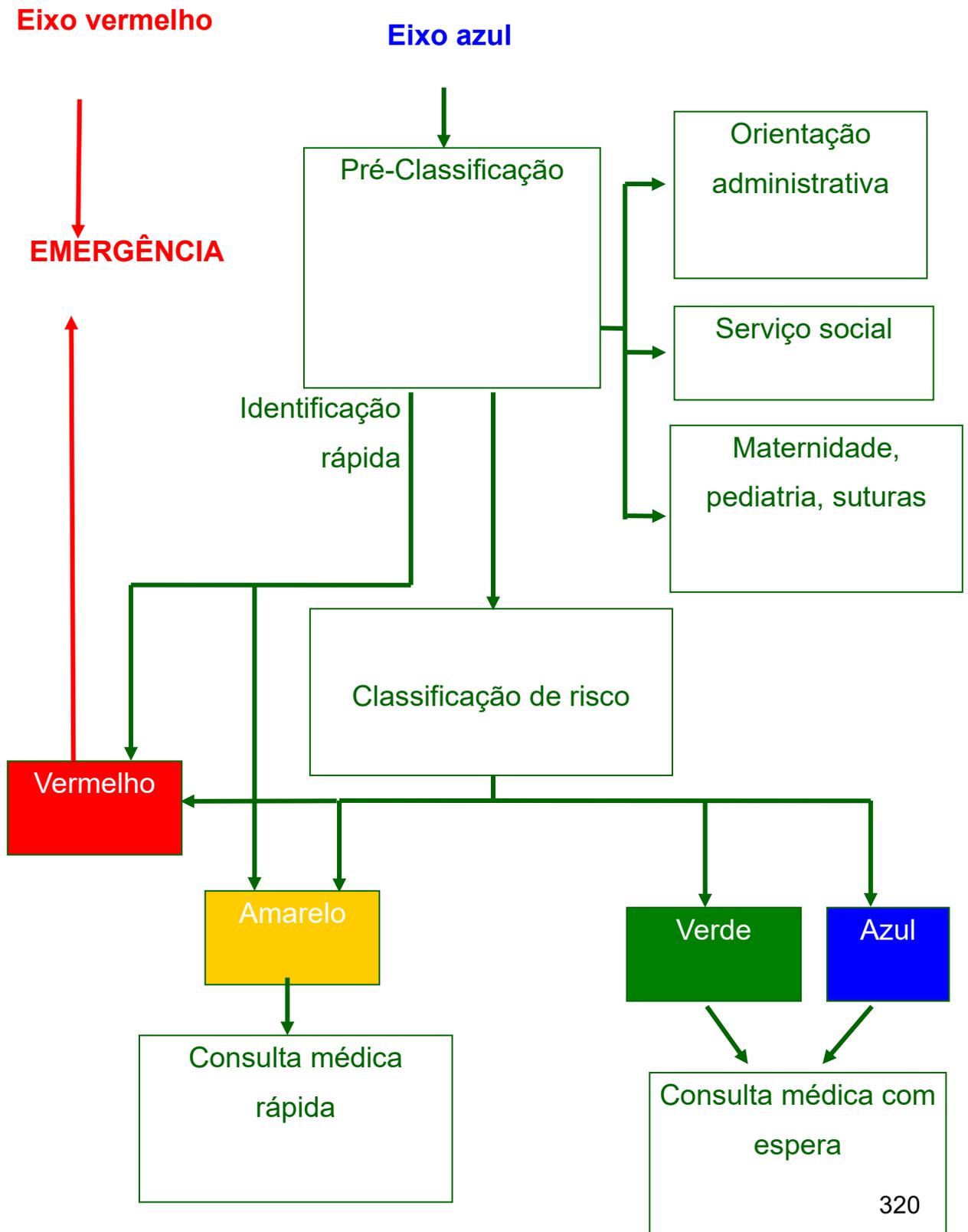
## **Objetivos e Metas a serem alcançadas:**

- **Redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso;**
- **Atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco;**
- **Implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo;**
- **Garantia dos direitos dos usuários;**
- **Valorização do trabalho na saúde;**
- **Gestão participativa nos serviços.**

# Objetivos

- Identificar prontamente condições de risco de perder a vida → *Priorizar o atendimento*
- Agir no tempo terapêutico.
- Priorizar o atendimento de acordo com critérios clínicos (e não por ordem de chegada).

## ORGANIZAÇÃO DO FLUXO DE ATENDIMENTO



- ✓ Todo cidadão que chegar ao pronto socorro será atendido pela equipe de acolhimento.
- ✓ As emergências irão para a sala própria, ou seja, sala vermelha.
- ✓ As demandas identificadas como sociais, informais, e administrativas serão encaminhadas às respectivas salas.
- ✓ Pessoas em situação de urgência serão conduzidas para a sala de classificação de risco.
- ✓ A equipe de classificação receberá o paciente, fará avaliação breve da situação e a classificará usando os protocolos padronizados. Posteriormente registrará a avaliação e encaminhará o paciente ao local de atendimento.
- ✓ Reavaliações estão previstas, uma vez que a classificação é dinâmica.

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ético/estético/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e como ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços.

O acolhimento como diretriz é um regime de afetabilidade construído a cada encontro e por meio dos encontros, que se produz, portanto, na construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde.

O acolhimento é também um dispositivo de intervenção que possibilita analisar o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e que pressupõe a mudança das relações profissional/usuário/rede social e profissional/profissional por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e como participante ativo no processo de produção da saúde.

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética; não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica necessariamente o compartilhamento de saberes, angústias e invenções; quem acolhe toma para si a

responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com a resolutividade necessária para o caso em questão.

Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois se constitui numa ação de inclusão que não se esgota na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

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 uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com responsabilização e resolutividade e, quando for o caso de orientar o usuário e a família para a continuidade da assistência em outros serviços, requer o estabelecimento de articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de urgência pressupõe que todos serão acolhidos por um profissional da equipe de saúde. Este profissional vai escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar risco e vulnerabilidade, e acolher também a avaliação do próprio usuário; vai se responsabilizar pela resposta ao usuário, e para isso vai necessariamente colocar em ação uma rede multidisciplinar de compromisso coletivo

com essa resolução. Muitos serviços de atendimento às urgências convivem com grandes filas onde as pessoas disputam o atendimento sem critério algum a não ser a hora da chegada. A não distinção de riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns casos se agravem na fila, ocorrendo às vezes até a morte de pessoas pelo não atendimento no tempo adequado.

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento.

Não é menos importante esta relação para fora da unidade. Desenvolver articulações com a atenção básica, ambulatorios de especialidade, serviços de atenção e internação domiciliar, etc. Promove uma reinserção do usuário em áreas do sistema que qualificam a alta do usuário da unidade de urgência e emergência, produzindo possibilidades de vínculo e responsabilização. A sustentação de uma rede loco-regional

de urgência e emergência envolvendo unidades hospitalares e atenção pré-hospitalar fixa e móvel, além de todos os outros equipamentos correlatos, promove acesso qualificado a esta rede, induzido pelo planejamento adequado na medida das necessidades que se apresentam e das ofertas possíveis.

O Acolhimento com Avaliação de Risco configura-se, assim, como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização das portas de urgência e na implementação da produção de saúde em rede, pois extrapolam o espaço de gestão local afirmando, no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência do macro e micropolíticas

O acolhimento com Avaliação de Risco envolve atitudes que devem ser observados por todos os colaboradores:

- ✓ O tratamento ser humanizado;
- ✓ O uso do bom senso;
- ✓ A harmonia e a perfeita integração entre profissionais;
- ✓ A cooperação entre os colegas;
- ✓ A divisão igualitária dos trabalhos;
- ✓ A conscientização dos deveres do profissional;
- ✓ Saber que estamos lidando com seres humanos;

- ✓ Dedicção máxima para salvarmos vida.

O acolhimento também envolve especificar colaboradores de apoio ao paciente nas diversas áreas das Unidades.

### ***ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO***

Em praticamente todas as ações propostas pela PNH – Política Nacional de Humanização, do Ministério da saúde, o acolhimento aparece como ponto de destaque como “postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, a partir da análise dos processos de trabalho, favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços”.

Apesar de o acolhimento ser constituinte de todas as práticas de atenção e gestão, os serviços de urgência foram eleitos como foco por apresentarem alguns desafios a serem superados no atendimento em saúde: superlotação, processo de trabalho fragmentado, conflitos e assimetrias de poder, exclusão dos usuários na porta de entrada, desrespeito aos direitos desses usuários, pouca articulação com o restante da rede de serviços, entre outros. Assim, surge a proposta do Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência, buscando “novas formas de agir em saúde que

levem a uma atenção resolutiva, humanizada e acolhedora a partir da compreensão da inserção dos serviços de urgência na rede local”.

O mesmo tem a finalidade de funcionar como guia orientador para a atenção e gestão na urgência. Propõe eixos e áreas que evidenciam os níveis de risco dos pacientes. A proposta de desenho se desenvolve em dois eixos: o do paciente grave, com risco de morte - eixo vermelho (subdividido em áreas, aqui denominadas vermelha, amarela e verde), e o do paciente aparentemente não-grave, mas que necessita ou procura o atendimento de urgência - eixo azul, conforme anexo com rotina.

Levando em consideração que o Acolhimento com Classificação de Risco é um dispositivo de melhoria da qualidade dos serviços de urgência que permite e instiga diversas mudanças nas práticas e que é um importante instrumento na construção de redes de atenção, algumas etapas para sua implementação são importantes, conforme sugestão do próprio PNH, a fim de garantir o envolvimento de gestores, trabalhadores e usuários:

- I. Sensibilização dos gestores, gerentes, chefes, dirigentes, demais trabalhadores e usuários dos sistemas de urgência e emergência e atenção hospitalar, em todos os níveis de atenção e gestão locais, por meio de encontros amplos e abertos,

para construir a adesão ao processo de Acolhimento com Classificação de Risco e de Construção de Redes;

- II. Realização de oficinas de trabalho para implementação do Acolhimento com Classificação de Risco, direcionadas aos trabalhadores de todas as áreas direta ou indiretamente envolvidas com o serviço de urgência nas unidades hospitalares e não hospitalares;
- III. Realização de capacitação específica da enfermagem para a utilização do protocolo de classificação de risco;
- IV. Acompanhamento, monitoramento e avaliação sistemática das ações para melhorias e correções de rumo que se façam necessárias. Além disso, a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco pode ser potencializada pela adoção das seguintes iniciativas:
  - e Elaboração de um “Manual de Informações sobre o SUS Local”, atualizado sistematicamente, que servirá de apoio aos profissionais que orientam os fluxos entre serviços diversos.
  - f Capacitação técnica - incluindo suporte básico e suporte avançado de vida - para todos os profissionais que atuam na urgência, inclusive aqueles que não são profissionais de saúde estritamente (assistentes sociais, administrativos, porteiros e outros) ”

Importante salientar, ainda, que, por se tratar de um conceito novo, além da explicação individualizada dos profissionais aos pacientes e acompanhantes, será afixado um banner explicativo na sala de espera da UPA, sempre no intuito de buscar que o usuário tenha informação, segurança e acolhimento.

O Acolhimento pressupõe a criação de espaços de encontros entre os sujeitos. Espaços de escuta e de recepção que proporcionem a interação entre usuários e trabalhadores, entre trabalhadores e trabalhadores – equipes – e entre os próprios usuários, que sejam acolhedores também no sentido de conforto, produzido pela introdução de vegetação, iluminação e ventilação naturais, cores, artes e demais questões já colocadas.

No âmbito de Unidades de Pronto Atendimento falamos do Acolhimento com a Classificação de Risco, ferramenta utilizada para proporcionar a atenção por nível de gravidade. A Classificação de Risco considera minimamente as seguintes áreas de atendimento: área de emergência e área de pronto atendimento. Nesse sentido é importante que se tenham propostas arquitetônicas com um arranjo que esteja de acordo com o arranjo proposto na atenção e que auxilie na resolutividade do atendimento e organização do processo de trabalho dentro desses setores de urgência e emergência.

Na unidade o Acolhimento, além de entendido enquanto processo que permeia toda a abordagem do usuário/comunidade, também é um espaço específico onde se realiza a primeira escuta e é identificada a necessidade do usuário, assim como classificado o risco, por um profissional de saúde que o orientará e direcionará ao local mais adequado para resolução do seu problema, na própria unidade ou externamente, com garantia do atendimento. Esse espaço deve ser adequado considerando tanto as dimensões de fluxos quanto de privacidade e conforto tanto para usuários quanto para os profissionais que o recebem.

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

(De acordo com a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde)

O usuário ao procurar o Pronto Atendimento deverá direcionar-se ao Acolhimento

PRIORIDADE	COR	CLASSIFICAÇÃO	INTERVENÇÃO MÉDICA	REAVLIAÇÃO DE ENFERMAGEM
I	<b>VERMELHO</b>	Ressuscitação	Intervenção médica imediata - sinal sonoro	Cuidados contínuos
II	<b>LARANJA</b>	Emergência	Aval. médica <15 minutos - sem sinal sonoro	A cada 15 minutos
III	<b>AMARELO</b>	Urgência	Aval. médica <30 minutos Será atendido no consultório médico ou no leito da sala de observação	A cada 60 minutos
IV	<b>VERDE</b>	Menor urgência	Aval. médica +/- 60 minutos Será atendidosamente após todos os classificados como amarelo	A cada 120 minutos.
V	<b>AZUL</b>	Não urgente	Aval. médica no mesmo dia ou no dia seguinte (sem sofrimento agudo ou caso social deverá ser preferencialmente atendido na UBS; se desejar, pode ser atendido após todos os classificados como verde, amarelo, laranja e vermelho)	A cada 240 minutos.

que terá como objetivos:

- Direcionar e organizar o fluxo por meio da identificação das diversas demandas do usuário;
- Determinar as áreas de atendimento em nível primário (ortopedia, suturas, consultas);
- Acolher pacientes e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera;
- Avaliação primária, baseada no protocolo de situação queixa, encaminhando os casos que necessitam para a Classificação de Risco pelo enfermeiro.

Importante destacar que esta avaliação pode dar-se por explicitação dos Usuários ou pela observação de quem acolhe, sendo necessária capacitação específica para este fim, não se entende aqui processo de triagem, pois não se produz conduta e sim direcionamento à Classificação de Risco.

Após o atendimento inicial, o paciente é encaminhado para o consultório de enfermagem onde a classificação de risco é feita baseada nos seguintes dados:

- Situação/Queixa/Duração (QSD);
- Breve histórico (relatado pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas);
- Uso de medicações;
- Verificação de sinais vitais;
- Exame físico sumário buscando sinais objetivos;
- Verificação da glicemia, eletrocardiograma se necessário.

A classificação de risco se dará nos seguintes níveis:

**VERMELHO: PRIORIDADE ZERO – Ressuscitação.**

Necessidade de atendimento imediato. Pacientes que deverão ser encaminhados diretamente à Sala Vermelha (emergência) devido à necessidade de atendimento imediato. **Atendimento até 1 minuto.**

**LARANJA: PRIORIDADE 1 – Emergência.**

Pacientes que necessitam de reavaliação de atendimento a cada 15 minutos.

**AMARELO: PRIORIDADE 2 – Urgência.**

Pacientes que necessitam de atendimento prioritário o mais rápido possível, porém não correm riscos imediatos de vida. Deverão ser encaminhados diretamente à sala de consulta de enfermagem para classificação de risco. Atendimento até 30 minutos.

### **VERDE: PRIORIDADE 3 – Menor urgência.**

Pacientes aguardarão o atendimento médico por ordem de chegada, estando ciente de que maiores agravos terão prioridade de atendimento. Atendimento até 60 minutos.

### **AZUL: PRIORIDADE 4 – Não urgente.**

Referenciar o cliente ao serviço de atenção primária da sua região de acordo com sua necessidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.

- Área destinada ao atendimento de consultas de baixa e média complexidade;
- Área de acolhimento com fluxo obrigatório na chegada;
- Área física que favoreça a visão dos que esperam por atendimentos de baixa complexidade, seguindo-se os conceitos de ambiência;

- Consultório de enfermagem, classificação de risco e procedimentos iniciais com os seguintes materiais para o atendimento às eventuais urgências:
  - Monitor e eletrocardiógrafo;
  - Oxímetro de pulso;
  - Glicosímetro;
  - Ambu Adulto e Infantil;
  - Material de Intubação Adulto e Infantil;
  - Material de punção venosa;
  - Drogas e soluções de emergência;
  - Prancha longa e colar cervical.
  
- Consultórios médicos;
  
- Serviço Social;
  
- Sala de administração de medicamentos e inaloterapia;
  
- Consultórios para avaliação de especialidades.

## **PRÉ-REQUISITOS NECESSÁRIOS À IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

- Estabelecimento de fluxos, protocolos de atendimento 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;
- Adequação da estrutura física e logística das seguintes áreas de atendimento básico:
  - Área de Emergência;
  - Área de Pronto Atendimento.

Para a organização dos espaços e seus usos e para a clareza no entendimento, a composição espacial aqui sugerida é composta por eixos e áreas que evidenciam os níveis de risco dos pacientes. A proposta de desenho se desenvolve pelo menos em dois eixos: o do paciente grave, com risco de morte, que chamaremos de eixo vermelho,

e o do paciente aparentemente não grave, mas que necessita ou procura o atendimento de urgência, que chamaremos de eixo azul. Cada um desses eixos possui diferentes áreas, de acordo com a clínica do paciente e os processos de trabalho que nele se estabelecem, sendo que essa identificação também define a composição espacial por dois acessos diferentes.

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.

#### **Situações especiais:**

- Idosos;
- Deficientes mentais;

- Deficientes físicos;
- Acamados;
- Com dificuldade de locomoção;
- Gestantes;
- Escoltados, algemados ou envolvidos em ocorrência policial;
- Vítimas de abusos sexuais
- Retorno em menos de 24 horas sem melhora.

**C.3.1. AÇÕES VOLTADAS A QUALIDADE DA PRESTAÇÃO DO ATENDIMENTO ATRAVÉS DE MANUAIS, PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E CONTINUADA, PROTOCOLOS E COMISSÕES.**

### **C.3.1.1. AÇÕES VOLTADAS A QUALIDADE DO ATENDIMENTO.**

A Política de Gestão da Qualidade no Atendimento do IIFHES, tem como premissa promover meios para a obtenção de nível ótimo de desempenho dos serviços para a eficácia das ações de assistência e a humanização das relações entre equipe profissional, usuários da Unidade e comunidade.

Como parte desta Política de Gestão da Qualidade, o IIFHES visa identificar ações voltadas para a Qualidade Objetiva a partir da instituição de comissões internas de monitoramento dos serviços e ações voltadas à Qualidade Subjetiva relacionadas com a humanização das relações.

Desta forma, contextualizamos que nas últimas décadas, em vários países, houve uma mobilização em torno da aplicação de programas de qualidade nas organizações de saúde, com o objetivo de maximizar o desempenho gerencial e melhorar a eficiência destes serviços.

Dentro deste contexto, desenvolveu-se no Brasil, há alguns anos, instrumentos oficiais de avaliação do desempenho das organizações de saúde do Sistema Único de Saúde, utilizando-se um conjunto de critérios que os hospitais deveriam preencher, a partir de padrões preestabelecidos, tendo por base a aplicação de conceitos e técnicas da qualidade total (Quinto Neto, 2000).

Hoje, o termo qualidade faz parte do contexto das organizações de saúde e sua concepção evoluiu sob a influência de paradigmas vigentes em diferentes etapas da trajetória da humanidade, por isso seu significado é mutável e se adapta aos valores sociais e aos conhecimentos científicos disponíveis e acessados em cada organização.

O crescimento dos custos da assistência, quando comparados ao gasto total em saúde, obrigaram as organizações do setor saúde a adotarem programas de qualidade, como uma alternativa de se manterem nesse mercado tão competitivo, através da gestão e da melhoria contínua dos processos. Nos últimos anos, a agenda mundial de reforma do setor saúde tem adotado um conjunto de ações com o objetivo de reduzir os custos da assistência, dentro de uma política de atenção administrada.

Por outro lado, há fortes argumentos utilizados para a adoção de programas de qualidade na administração de uma Unidade de Saúde, pois não é suficiente reunir o melhor corpo clínico para que a organização preste assistência de qualidade, já que esta depende da equipe multiprofissional e de um conjunto de serviços de apoio.

Segundo Berwick (1994), a intervenção dos programas de qualidade não se faz diretamente sobre o ato clínico, mas é fundamental nos processos administrativos da organização e da gestão profissionalizada, para que se alcance a qualidade nesses serviços.

Os setores administrativos (faturamento, contas médicas, almoxarifado), os serviços de apoio logístico (lavanderia, transporte), as comissões institucionais, o serviço de controle de infecções relacionadas à assistência em saúde, enfim, todas as áreas da organização que garantem o funcionamento dos setores operacionais e se

comportam como "amortecedores", seriam os objetos destes programas. Eles impedem que os setores operacionais finalísticos desperdicem seu tempo na resolução de problemas administrativos, que não é seu foco de trabalho, e se concentrem nas suas funções com melhores resultados.

Além disso, argumenta-se ainda que o instrumental estatístico desenvolvido pelos autores da qualidade, aliado ao instrumental da epidemiologia de serviços de saúde, utilizada na rotina da administração, constitui-se numa importante ferramenta de gestão, podendo contribuir significativamente para melhoria da qualidade da assistência.

Na atualidade, a qualidade é encarada como um conjunto de atributos essenciais à sobrevivência das organizações, num mercado altamente competitivo, objeto da gerência estratégica, líder do processo, que envolve planejamento estratégico, estabelecimento de objetivos e mobilização de toda organização. É o clímax de uma tendência que teve início no começo do século 20 (Garvin, 1992), e que envolve, também na atualidade, a responsabilidade social das instituições com o seu ambiente externo, potencializando seu uso em vários setores da economia e mais notadamente no setor de serviços.

Atualmente, as instituições de saúde, seguindo a tendência mundial pela humanização, reveem e redimensionam sua visão e sua missão, estabelecendo parâmetros da qualidade pretendidos na gestão, ainda que tenha a compreensão de que eles são mutáveis e, muitas vezes, imprevisíveis.

Segundo Avedis Donabedian, os sete pilares da qualidade em serviços de saúde são:

- **Eficácia:** É a habilidade da ciência médica em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar dos indivíduos;
- **Efetividade:** É a relação entre o benefício real oferecido pelo sistema de saúde ou assistência e o resultado potencial, representado esquematicamente por uma fração, em que os estudos epidemiológicos e clínicos oferecem as informações e resultados para obter a resultante desta relação;
- **Eficiência:** É a relação entre o benefício oferecido pelo sistema de saúde ou assistência médica e seu custo econômico;
- **Otimização:** É o estabelecimento do ponto de equilíbrio relativo, em que o benefício é elevado ao máximo em relação ao seu custo econômico. Em termos gráficos, é o ponto de estabilização da curva de benefícios. Em outros termos, é a tentativa de evitar benefícios marginais a custos inaceitáveis, ou é a relação entre as necessidades reais de saúde (comprováveis epidemiologicamente) e o atendimento das mesmas pelo sistema de saúde;
- **Aceitabilidade:** É a adaptação dos cuidados médicos e da assistência à saúde às expectativas, desejos e valores dos pacientes e suas famílias. Este atributo é

composto por Cinco conceitos: acessibilidade, relação médico-paciente, amenidades, preferências do paciente quanto aos efeitos da assistência, preferências do paciente quanto aos custos da assistência;

- **Legitimidade:** É a possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço à comunidade ou à sociedade como um todo. Implica conformidade individual, satisfação e bem-estar da coletividade;
- **Equidade:** É a determinação da adequada e justa distribuição dos serviços e benefícios para todos os membros da comunidade, população ou sociedade.

A busca da qualidade da atenção dos serviços de saúde deixou de ser uma atitude isolada e tornou-se um imperativo técnico e social. A sociedade está cada vez mais exigindo a qualidade dos serviços a ela prestados, principalmente por instituições públicas.

A Proposta, conforme explanado durante todo o escopo desta Proposta Técnica, considera as peculiaridades da estrutura e a atual fase em que se encontram os serviços de saúde pública.

No cenário atual, em linha com as tendências do mercado de saúde, o segmento busca aprimorar seus modelos de gestão, focando a segurança do paciente. Para isto,

as iniciativas dos serviços de saúde buscam aprimorar e melhorar o desempenho, mediante o desenvolvimento e implementação do Sistema de Gestão pela Qualidade, que darão as unidades melhores condições institucionais e negociais, perante o mercado comprador de seus serviços.

A Política de Gestão da Qualidade do IIFHES, é um importante instrumento de apoio à Política de Gestão da instituição, ao promover a interação harmônica e sinérgica dos diferentes setores da unidade, incluindo a área médica, tecnológica, administrativa, assistencial, de ensino e de pesquisa, que terá como objetivo avaliar, medir e readequar, sistematicamente, todos os processos de atendimento, garantindo, assim, a melhoria contínua da qualidade dos serviços e a segurança do paciente.

Por meio desse instrumento, também são sustentadas as demais políticas estabelecidas pela instituição, o que possibilita atender o compromisso da direção e das lideranças de oferecer um atendimento de excelência aos pacientes.

Como metodologia para obter e garantir uma assistência de qualidade com os recursos e tecnologia disponibilizados na instituição, torna-se obrigatória uma gestão participativa e integrada, com o envolvimento dos colaboradores das diversas áreas, discutindo os problemas e apresentando soluções.

A qualidade da assistência na Unidade pode ser avaliada através de indicadores objetivos, que dependem de parâmetros concretos, com a finalidade de demonstrar numericamente o desempenho técnico e dos processos de tratamento desenvolvidos na Unidade ou, ainda, através de indicadores subjetivos, os quais são obtidos através da Pesquisa de Satisfação do Paciente, por exemplo, onde registramos a voz do paciente, como importante referencial da qualidade percebida.

O emprego dos indicadores de qualidade subjetivos na Unidade é hoje bastante comum e valorizado, para avaliar a assistência prestada aos pacientes. Sendo assim, o IIFHES foca na percepção do paciente sobre a satisfação, no que diz respeito à prestação de cuidado.

Toda equipe de médicos e demais profissionais da Unidade são responsáveis pela tarefa de rastrear a qualidade da assistência, uma vez que está diretamente ligada aos cuidados para com os pacientes, durante 24 horas no dia.

## **PRÁTICAS DE INOVAÇÃO**

O consumo consciente é uma contribuição voluntária, cotidiana e solidária para garantir a sustentabilidade da vida no planeta. Na Unidade, deverá ser Implantado um Programa de Práticas de consumo consciente, Coleta Seletiva e eficiência energética.

Neste módulo iremos apresentar a oportunidade de realizar pequenas ações com imensos impactos para o meio ambiente, atuando juntamente com os colaboradores e gestores da instituição, como por exemplo:

- Troca das lâmpadas incandescentes por compactas fluorescentes (CFL);
- Aquisição de termômetros digitais e aparelho de aferição de pressão arterial;
- Limpeza e/ou troca dos filtros de ar-condicionado sistematicamente;
- Uso racional da água quente;
- Imprimir o que for indispensável;
- Reutilizar papéis: fazer blocos de nota com papéis usados e imprimir frente e verso para materiais de leitura;
- Compartilhar material, buscar utilizar uma caixa comum de materiais como canetas, lápis ou clipes. Isso evita que cada pessoa compre uma nova caneta a cada vez que não conseguir encontrar a sua;
- Tirar os eletrônicos da tomada enquanto estão desligados e evite deixar equipamentos no modo "stand by", que ainda significa consumo. Preferir os eletroeletrônicos que economizam energia;

- Evitar excesso de embalagens. Devolver embalagens de produtos químicos para o almoxarifado;
- Estimular a coleta seletiva na unidade.

## METAS INTERNACIONAIS DA QUALIDADE

Em 2005, a **Organização Mundial de Saúde** (OMS) lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e identificou seis áreas de atuação, entre elas, o desenvolvimento de “Soluções para a Segurança do Paciente”. Neste mesmo ano, a *The Joint Commission*, a mais importante organização de certificação de qualidade em assistência médico-hospitalar, e seu braço internacional, a *Joint Commission International*, foram designadas como o Centro Colaborador da OMS em “Soluções para a Segurança do Paciente”. É papel desse Centro a elaboração e a difusão de soluções que visem a Segurança do Paciente.

As seis **Metas Internacionais de Segurança do Paciente** são soluções que têm como propósito promover melhorias específicas em áreas problemáticas na assistência.

Seguem as seis Metas Internacionais de Segurança:

### Meta 1 - Identificar os pacientes corretamente

**Falhas no processo de identificação dos pacientes** podem causar erros graves como a administração de medicamentos e procedimentos em pacientes “errados”.

Nas Unidades os profissionais deverão checar pelo menos duas identificações, nenhuma devendo ser o número do leito do paciente, antes da administração de medicamentos, sangue e hemoderivados, coleta de amostras de sangue e outras amostras para testes clínicos e quando da realização de tratamentos ou procedimentos. Os dois identificadores do paciente utilizados para a checagem são: NOME COMPLETO e NÚMERO DO PRONTUÁRIO. Tais informações são facilmente encontradas na pulseira de identificação do paciente e nas etiquetas aderidas aos documentos do prontuário.

### **Meta 2 - Melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência**

**Erros de comunicação** entre os profissionais da assistência podem causar danos aos pacientes. No momento em que se faz uma **ordem verbal ou telefônica**, ou se comunicam resultados críticos de exames, devemos nos certificar de que a informação foi compreendida e registrada corretamente por quem a recebeu. Para isso, o profissional que recebeu a ordem ou resultado deve, em primeiro lugar, **escrever o que ouviu e então “ler de volta” a ordem completa ou o resultado de exame.**

### **Meta 3 - Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância (high-alert medications)**

Soluções de eletrólitos em altas concentrações para uso endovenoso são potencialmente perigosas. As Unidades definirão como medicações de alta vigilância o cloreto de potássio 19,1%, o cloreto de sódio 20%, o sulfato de magnésio 50% e o fosfato de potássio 2mEq/ml. Estas medicações não devem estar facilmente disponíveis na unidade e devem ser manipuladas na Farmácia. Os carros de emergência possuem medicações de alta-vigilância identificadas com etiqueta vermelha e segregadas das demais.

#### **Meta 4 - Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto**

Os procedimentos invasivos em locais ou membros errados são erros totalmente preveníveis decorrentes de falhas na comunicação e na informação. As Unidades utilizarão o Protocolo Universal para prevenção de procedimentos invasivos com local de intervenção errado, procedimento errado ou pessoa errada criado pela *Joint Commission*. Este protocolo inclui:

- A marcação do local do procedimento invasivo. A marcação recomendada é um círculo ou dois círculos circunscritos simulando um alvo. Cuidado! O uso de ataduras para enfaixar membros a serem operados NÃO é considerado método seguro de marcação do sítio cirúrgico;

- Uma lista de verificação pré-operatória para confirmar que procedimentos importantes como a avaliação pré-anestésica, anamnese, exame físico e consentimento informado foram realizados;

- O TIME OUT, uma verificação final, feita no local onde o procedimento invasivo serão realizados, em voz alta, pela equipe responsável. Nesse momento, confirmamos a identificação do paciente, o procedimento e o sítio cirúrgico, utilizando técnicas de comunicação ativa entre todos os participantes da equipe.

#### **Meta 5 - Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde.**

A OMS estima que, entre 5% e 10% dos pacientes admitidos em hospitais, adquirem uma ou mais infecções. A higiene das mãos, de acordo com as diretrizes atuais da OMS ou do *Center for Disease Control*, é uma medida primária preventiva fundamental.

As Unidades, dentre as muitas ações para reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde, implementará estratégias para a educação e treinamento de técnicas para a higienização das mãos para toda a equipe, monitorará o uso de antibióticos para profilaxia e tratamento e implementar medidas de prevenção de infecções.

#### **Meta 6 - Reduzir o risco de lesões aos pacientes, decorrentes de quedas**

A partir dessa proposta de metas acompanharemos mensalmente a qualidade, eficiência e baixo custo dos serviços da unidade.

As Unidades deverão possuir um protocolo de prevenção de quedas onde todos os pacientes serão avaliados e reavaliados periodicamente em relação ao risco de queda, incluindo o risco potencial associado ao uso de medicamentos prescritos e a adoção de medidas para diminuir ou eliminar qualquer risco identificado, quando possível.

#### **a). PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - PSP**

##### **APRESENTAÇÃO**

O tema “Segurança do Paciente” vem sendo desenvolvido sistematicamente pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) desde sua criação, cooperando com a missão da vigilância sanitária 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. A partir de 2004, a Anvisa incorporou ao seu escopo de atuação, as ações previstas na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, da Organização Mundial de Saúde (OMS), da qual o Brasil faz parte. Desde então, a Agência vem intensificando suas atividades no campo de serviços de saúde em parceria com o Ministério da Saúde (MS), a Organização Pan-Americana da Saúde

(Opas/OMS) e demais entes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

As legislações sobre políticas e práticas voltadas à segurança do paciente e gestão dos riscos nos serviços de saúde teve início com a criação da Portaria MS nº 529, de 01 de Abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e criou o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP). Posteriormente foram publicadas as Portaria MS nº 1.377, de 09 de Julho de 2013, que aprovou 3 protocolos básicos de segurança do paciente, quais sejam, Protocolos de Cirurgia Segura, Prática de Higiene das mãos e Úlcera por Pressão e Portaria MS Nº 2.095, de 24 de setembro de 2013, que aprovou o Protocolo de Prevenção de Quedas, o Protocolo de Identificação do Paciente e o Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos.

Em 25 de Julho de 2013 também foi publicada a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC ANVISA nº 36 (Anexo I), que instituiu ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e deu outras providências, como a obrigatoriedade de todo serviço de saúde ter seu Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e ainda.

A RDC ANVISA No. 36 prevê a elaboração, pelas instituições de saúde, do Plano de Segurança do Paciente (PSP), que deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco e segurança do paciente, com base na legislação nacional e nas metas internacionais de segurança do paciente, para que as instituições possam assegurar ao máximo uma assistência à saúde segura, livre de danos aos seus pacientes.

Em cumprimento à legislação vigente e com o compromisso ético de contribuir para o alcance da Missão da unidade, que é, “Oferecer cuidado humanizado e de excelência em saúde, com foco na vida e no acolhimento, com qualidade e resolutividade, contribuindo na construção e compartilhamento” o Núcleo de Segurança do Paciente apresenta o Plano de Segurança do Paciente da UPA.

O Plano de Segurança do Paciente (PSP) é constituído de ações de orientação técnico-científicas e administrativas com foco primordial em prevenir a ocorrência de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência a pacientes e aos profissionais da instituição.

O PSP prevê ações voltadas ao cumprimento dos protocolos de segurança do paciente previstos na legislação brasileira (Identificação do paciente, Higienização das mãos, Prevenção de Quedas, Prevenção de úlcera por pressão, Segurança em Medicação) e que são pertinentes a unidade, de acordo com o perfil assistencial do mesmo.

O PSP abrange também a adoção de ferramentas para notificação de incidentes, eventos adversos e queixas técnicas e o estímulo aos colaboradores para que pratiquem a notificação, com vistas a promoção de melhorias nos processos e na cultura de segurança institucional. Além dos protocolos de segurança e das ferramentas de notificação, o PSP prevê ainda que os incidentes e queixas técnicas

notificados sejam investigados adequadamente com foco nos processos e também que recomendações, alertas e solicitação de providências sejam feitas às equipes de governança e assistenciais, bem como planos conjuntos com as áreas envolvidas de acordo com a gravidade de cada caso. Os objetivos dessas ações são para o alcance das melhorias nos processos e na atuação dos colaboradores, com estímulo a uma cultura não punitiva. Também estão previstos *feedbacks* para notificadores, equipes de governança e assistenciais.

Em conformidade com a RDC 36/2013, o Núcleo de Segurança do Paciente será constituído e nomeado por meio da Portaria.

#### JUSTIFICATIVA

O **PSP** constitui-se em “*documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de riscos visando à prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde*”.

A implantação do PSP deve reduzir a probabilidade de ocorrência de eventos adversos resultantes da exposição aos cuidados em saúde e deve ser focado na melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, na disseminação sistemática da cultura de segurança, na articulação e integração dos processos de gestão de risco e na garantia das boas práticas de funcionamento do

serviço de saúde.

A **Portaria Ministerial 529/2013** institui o **Programa Nacional de Segurança do Paciente** (PNSP) com objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Regulamentada pela **RDC 36/2013**, a qual institui as **Ações Para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**, possui foco em promoção de ações voltadas à segurança do paciente em âmbito hospitalar. As ações incluem promoção, execução e monitoração de medidas com foco na segurança do paciente.

A implantação do PSP contribuirá ainda para o provimento de informações às autoridades sanitárias brasileiras, como por exemplo, o Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária - NOTIVISA, que funciona como observatório no âmbito dos serviços para o gerenciamento de riscos de produtos e hemoderivados à saúde, em atuação conjunta e efetiva com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

## OBJETIVOS

### Objetivos Gerais

- Estabelecer estratégias e ações de gestão de risco a serem implementadas,

conforme o perfil assistencial deste serviço;

- Estabelecer estratégias e ações que previnam e minimizem os riscos inerentes aos processos assistenciais;
- Estabelecer integração das estratégias com foco na segurança do paciente e colaborador conforme previsto no Regimento Interno;
- Estabelecer estratégias e ações que promovam a cultura de segurança na instituição.
- Estabelecer ações para promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade.

### Objetivos Específicos

- Incentivar a notificação de incidentes e queixas técnicas no âmbito da unidade.
- Identificar os riscos assistenciais associados aos processos de trabalho;
- Realizar o processo de gestão dos riscos identificados;
- Promover a melhoria de resultados através das análises das ocorrências dos

diversos tipos de incidentes: circunstâncias notificáveis com grande potencial para danos, incidentes sem danos, eventos adversos e *never events*, a fim de oportunizar a revisão de processos e metodologias sistematizadas que garantam a segurança em diferentes âmbitos.

- Implementar ações de controle dos riscos com foco nos processos, com vistas a atenuar e minimizar suas consequências e melhorar resultados.

## TERMOS E DEFINIÇÕES

Para o correto entendimento dos termos utilizados no PSP, são apresentadas as seguintes definições com base na RDC 36/2013:

**Incidente:** evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.

**Evento Adverso:** incidente que resulta em dano ao paciente.

**Evento Sentinela:** ocorrência inesperada ou variação do processo envolvendo óbito, qualquer lesão física grave (perda de membro ou função) ou psicológica, ou risco dos mesmos. Assinalam necessidade de investigação imediata bem como sua resposta.

**Never event:** Termo introduzido em 2001 por Ken Kizer em referência a falhas no cuidado à saúde particularmente chocantes (tais como cirurgia no lado errado) que nunca devem acontecer. Há uma lista de eventos adversos que não deixam dúvidas (claramente identificáveis e mensuráveis), sérios (que resultam em morte ou incapacidade) e usualmente preveníveis. Como exemplos de *never events* tem-se amputação de membro errado, suicídio, retenção de objetos, erros de medicação, outros.

Os *never events* elencados pelo National Quality Forum (NQF) são considerados eventos sentinelas pela *Joint Commission* e esta exige realizar uma análise de causa raiz (ACR) depois de um evento sentinela. Outras organizações recomendam, além da ACR, o *disclosure* (processo em que se reconhece e se informa ao paciente ou à família a ocorrência de um evento).

**Segurança do Paciente:** redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

**Gestão de Risco:** 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.

**Dano:** comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção,

podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

**Cultura de Segurança:** 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.

**Farmacovigilância:** é o trabalho de acompanhamento do desempenho dos medicamentos que já estão no mercado. As suas ações são realizadas de forma compartilhada pelas vigilâncias sanitárias dos estados, municípios e pela Anvisa.

**Tecnovigilância:** é o sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde (equipamentos, materiais, artigos médico-hospitalares, implantes e produtos para diagnóstico de uso "in-vitro"), com vistas a recomendar a adoção de medidas que garantam a proteção e a promoção da saúde da população.

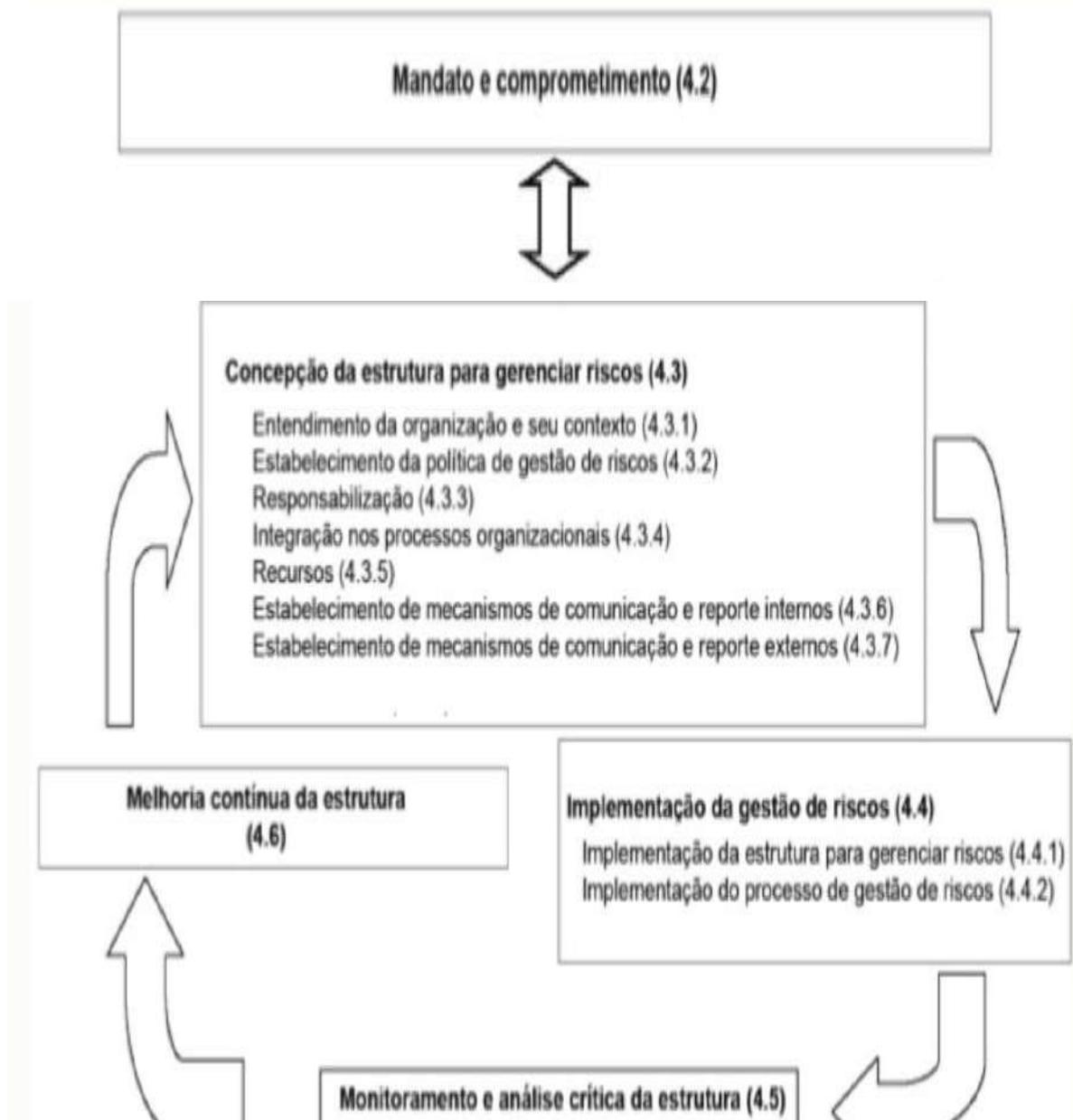
**Hemovigilância:** é um conjunto de procedimentos para o monitoramento das reações transfusionais resultantes do uso terapêutico de sangue e seus componentes, visando melhorar a qualidade dos produtos e processos em hemoterapia e aumentar a segurança do paciente.

## DESCRIÇÃO DAS AÇÕES A SEREM IMPLEMENTADAS E DO PROCESSO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS

O Núcleo de Segurança do Paciente em conformidade com a **Portaria 529/2013** que institui o **Programa Nacional de Segurança do Paciente** e a **RDC 36/2013**, que institui as **Ações para Segurança do Paciente**, adota como escopo de atuação para os incidentes associados à assistência à saúde as Seis Metas da Organização Mundial da Saúde, as quais foram abordadas nos 6 Protocolos de Segurança do Paciente publicados nas **Portarias MS 1377/2013 e 2095/2013**.

Segundo ABNT 2009 o sucesso de gestão de risco irá depender da eficácia da estrutura de gestão, por meio de estrutura para incorporá-la em toda a organização em todos os níveis, pois com as informações sobre os riscos provenientes deste processo sendo adequadamente reportadas e utilizadas como base para tomada de decisões e a responsabilização em todos os níveis organizacionais aplicáveis este processo torna-se cada vez mais eficaz, podendo ser melhor vista na figura a seguir:

ABNT NBR ISO 31000:2009



Considerando o perfil assistencial da unidade, o NSP estabelece que devem ser

implementados seis destes protocolos de segurança previstos na legislação brasileira, que são alinhados com as Metas de Segurança da OMS. Foram publicados pelo MS, Anvisa e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), seis protocolos básicos de segurança do paciente, sendo esses os protocolos a serem elaborados e implementados: Protocolo de Identificação do Paciente; Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos; Protocolo Para a Prática de Higienização das Mãos em Serviços de Saúde; Protocolo de Prevenção de Lesão Por Pressão e Protocolo de Prevenção de Quedas.

#### **1. Protocolo de Identificação do Paciente**

- Implantar política identificação segura;
- Rever as pulseiras de identificação de cores;
- Rever os identificadores e localizadores da pulseiras;
- Validação pelas partes interessadas;
- Disseminação da política para colaboradores por cores;
- Criação de dois indicadores de identificação segura;
- Monitoramento e notificação dos eventos adversos.

## **2. Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos**

- Verificação da prescrição segura com identificação correta do paciente, identificação do prescritor, identificação da data da prescrição, legibilidade, não utilização de abreviações,
- Alerta para medicamentos com nomes semelhantes,
- Expressão de doses, um sistema medico para doses.

## **3. Protocolo Para a Prática de Higienização das Mãos em Serviços de Saúde**

- Combate a infecção,
- Intervenção direta com os colaboradores com orientação sobre a higienização correta das mãos,
- Controle do indicador de álcool gel.

#### **4. Protocolo de Prevenção de Lesão Por Pressão**

- Implantar o protocolo de lesão de pele;
- Validar protocolo pelas partes interessadas;
- Disseminação do protocolo para os colaboradores;
- Monitorar e acompanhar;
- Analisar resultados mensal.

#### **5. Protocolo de Prevenção de Quedas**

- Implantar o protocolo de queda;
- Validar protocolo pelas partes interessadas;
- Disseminação do protocolo para os colaboradores;
- Monitorar e acompanhar;
- Analisar resultados mensal.

Além dos protocolos acima citados, as seguintes metas e princípios de segurança também serão observados:

- Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde;
- Promoção do ambiente seguro.

O Processo de Gerenciamento de Riscos envolverá:

- a) notificação de incidentes e queixas técnicas e avaliação dos riscos;
- b) mapeamento e identificação dos riscos
- c) ações para melhoria e controle e
- d) comunicação dos riscos no serviço de saúde e nas instâncias fiscalizadoras.

## a) Notificações e Avaliação

De forma a obter controle mais efetivo dos riscos, será instituído o formulário Registro de Ocorrências (RO), com a finalidade de promover a notificação de incidentes, incluindo eventos adversos e eventos sentinela, além de queixas técnicas. Os formulários de RO devem ficar disponíveis em pastas em todas os setores da unidade.

### 1. Notificação espontânea

Consiste em um método em que o profissional de saúde notifica quaisquer suspeitas de desvio de qualidade, da ocorrência de evento adverso (sinais e sintomas, inefetividade terapêutica) apresentado pelo paciente em uso de uma tecnologia em saúde.

### 2. Busca ativa

A equipe do NSP acompanhará os pacientes através de visitas clínicas juntamente com a equipe multiprofissional a fim de detectar possíveis reações e eventos adversos que estejam ocorrendo ou que venham a ocorrer devido ao uso das tecnologias ou falhas no processo de assistência.

### 3. Auditorias Observacionais – Ações Proativas

Serão realizadas visitas técnicas de observação aos processos operacionais de trabalho e assistência com análise de conformidades e não conformidades.

#### b) Mapeamento e Identificação

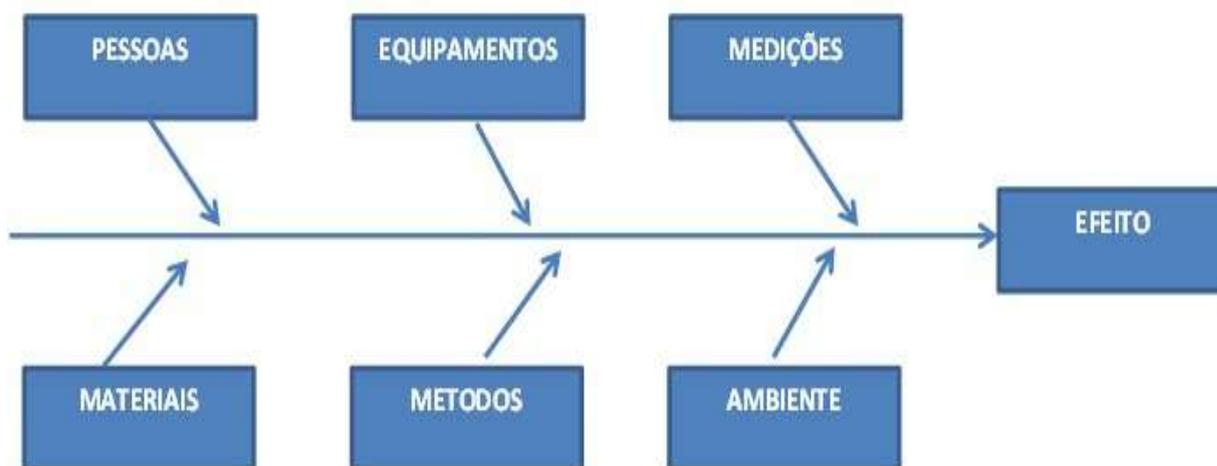
A identificação dos riscos será realizada por meio do documento Roteiro para diagnóstico a ser criado onde se verificará os processos de segurança do paciente e vigilância em saúde, do Serviço de Gestão da Qualidade e também por meio das notificações realizadas via um formulário de Registro de Ocorrências (RO) a ser criado.

A identificação dos riscos permitirá a realização de um mapeamento de riscos, que deverá ser elaborado pelo Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, Unidade de Gestão de Riscos e avaliado pela equipe gestora da Gerência de Atenção à Saúde (chefes de divisão, de setores e de unidades assistenciais) e pelo NSP.

Será utilizado fluxo de análise dos riscos, com a proposição de ferramentas adequadas de acordo com o tipo de incidente - incidente sem dano, evento adverso, *near miss*, outro.

Os métodos de identificação de risco, que serão utilizados para os EA graves ou óbitos serão: 05 “por quês” e Análise de causa-raiz (Diagrama de Ishikawa).

### DIAGRAMA DE CAUSA E EFEITO



De acordo com a estratificação do EA, poderá ser investigado tanto pela equipe local, quanto pelo NSP.

A partir da identificação da causa raiz serão implantados mecanismos de gestão de melhoria contínua da segurança e da qualidade da atenção que através da elaboração de um Plano de Ação pela equipe envolvida.

#### c) Ações para melhoria e controle

Os incidentes, eventos adversos e queixas técnicas devem ser monitorados, investigados com análise crítica e deve ser elaborado um planejamento de ações para

melhoria com base nos eventos notificados e também em visitas técnicas realizadas às unidades com roteiro de avaliação que ainda será confeccionado. Conforme legislação vigente, eventos adversos com óbitos devem ser comunicados à ANVISA no sistema NOTIVISA com até 72 horas de evolução.

Serão também realizadas auditorias nas unidades a partir da implementação dos protocolos de segurança (processo a ser definido após mapeamento), com vistas a melhoria contínua dos processos.

Por meio do conhecimento da epidemiologia dos incidentes e eventos adversos da instituição será possível construir sistemas mais seguros. Quanto maior for o número de notificações, maior será a possibilidade de a instituição formular meios para minimizar os riscos relacionados à assistência em saúde. Assim, campanhas que estimulem as notificações deverão ser realizadas no mínimo uma vez por ano.

Serão descritos os mecanismos, sistemática e ferramentas para encaminhamento de eventos adversos (ferramentas de investigação e planejamento de ações, planos de contingência com ações de prevenção e mitigação para eventos adversos específicos, normativas institucionais, protocolos, procedimentos operacionais padrão, etc.).

d) Comunicação dos riscos no serviço de saúde e nas instâncias fiscalizadoras

A comunicação sobre riscos, ações necessárias para preveni-los, minimizá-los, a depender das características do incidente, evento adverso ou da situação em questão, poderá ocorrer por meio de:

- a. Memorandos Circulares com alertas e recomendações, entregues com protocolo aos responsáveis pelas áreas envolvidas, a depender da gravidade do evento;
- b. Divulgação de comunicados e de indicadores por e-mail institucional, reuniões com gestores e colaboradores, campanhas e indicadores por um Boletim mensal ainda em processo de formulação;
- c. Reuniões programadas com gestores da assistência para planejamento, alinhamento das ações e responsabilização pelas mesmas;
- d. Divulgação de informações sobre o NSP, protocolos de segurança e outros documentos de interesse na intranet da unidade;
- e. Planilha gerencial com descrição dos eventos e ações recomendadas com

prazos para resolução.

Os membros do NSP deverão constituir-se em referências para os colaboradores no que diz respeito às questões de segurança do paciente.

A comunicação nas instâncias fiscalizadoras será realizada pela equipe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente.

#### **CRONOGRAMA DE AÇÕES DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

<b>Meta de Segurança</b>	<b>Ações</b>	<b>Prazo</b>	<b>Responsável</b>
<b>Identificação do paciente</b>	Implantação do protocolo; Auditoria da adesão ao processo de Identificação.	IMEDIATO	NSP e colaboradores
<b>Comunicação efetiva entre profissionais de saúde e entre as unidades</b>	Expansão do protocolo: ✓ Comunicação resultados críticos (expansão); ✓ Implantação do protocolo de transferência intra-hospitalar; ✓ Implantação do instrumento de passagem de plantão.	IMEDIATO	NSP, Laboratório e colaboradores

<p style="text-align: center;"><b>Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.</b></p>	<p>Implantação do protocolo, com ações centradas em:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estimular <b>DUPLA CHECAGEM</b> na dispensação e antes da administração de medicamentos;</li> <li>✓ Auditoria de adesão a <b>DUPLA CHECAGEM</b>;</li> <li>✓ Divulgar o protocolo de utilização de medicamentos potencialmente perigosos (MPPs);</li> <li>✓ Retirada das ampolas de <b>KCI</b> 19,1% dos carrinhos de emergência;</li> <li>✓ Retirada das soluções concentradas das unidades de abastecimento, ou armazenamento em locais devidamente identificados;</li> <li>✓ Auditoria dos erros de prescrição;</li> <li>✓ Auditoria da adesão ao Protocolo de</li> </ul>	<p>No ato da devolutiva às equipes envolvidas nos Eventos Adversos</p> <p>No ato das Visitas Educativas</p>	<p>NSP, SFH, DivEnf e colaboradores</p>
---	---	---	---

	MPPs.		
<b>Identificação do paciente</b>	Implantação do protocolo; Auditoria da adesão ao processo de Identificação.	Imediato	NSP e colaboradores
<b>Comunicação efetiva entre profissionais de saúde e entre as unidades</b>	Expansão do protocolo: ✓ Comunicação resultados críticos (expansão); ✓ Implantação do protocolo de transferência intra-hospitalar; ✓ Implantação do instrumento de passagem de plantão.	Imediato	NSP, Laboratório e colaboradores
	Implantação do protocolo, com ações centradas em:  ✓ Estimular <b>DUPLA CHECAGEM</b> na dispensação e antes da administração de medicamentos;  ✓ Auditoria de adesão a	No ato da devolutiva às equipes envolvidas nos Eventos	NSP, SFH, DivEnf e

<p><b>Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.</b></p>	<p><b>DUPLA CHECAGEM;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Divulgar o protocolo de utilização de medicamentos potencialmente perigosos (MPPs);</li> <li>✓ Retirada das ampolas de <b>KCI</b> 19,1% dos carrinhos de emergência;</li> <li>✓ Retirada das soluções concentradas das unidades de abastecimento, ou armazenamento em locais devidamente identificados;</li> <li>✓ Auditoria dos erros de prescrição;</li> <li>✓ Auditoria da adesão ao Protocolo de MPPs.</li> </ul>	<p>Adversos</p> <p>No ato das Visitas Educativas</p>	<p>colaboradores</p>
---	--	--	----------------------

<b>Higiene das mãos</b>	<p>Divulgação do protocolo e suas atualizações;</p> <p>Realização de atividades educativas sobre higienização das mãos;</p> <p>Auditoria de adesão.</p>	Imediato	NSP e CCIH
<b>Identificar e acompanhar o serviço de biovigilância na instituição</b>	<p>Visitas às unidades;</p> <p>Auditorias;</p>	Contínuo	NSP
<b>Estimular a notificação <i>on line</i> dos Eventos Adversos</b>	Visitas às unidades e divulgação pessoa-a-pessoa	Contínuo	NSP e colaboradores
<b>Investigar os Eventos Adversos</b>	<p>Investigar 100% dos eventos adversos graves e óbitos;</p> <p>Estimular os setores a trabalharem os eventos para processo de melhoria.</p>	Contínuo	NSP e colaboradores
<b>Disseminação sistemática da cultura de segurança do paciente</b>	<p>Divulgação da agenda Positiva – Boas Práticas;</p> <p>Reportagens;</p> <p>Boletins de divulgação dos eventos</p>	Contínuo	NSP

<p><b>Educação continuada em segurança do paciente</b></p>	<p>Sensibilização dos residentes;</p> <p>Sensibilização dos colaboradores;</p> <p>Atividades periódicas voltadas para Segurança do Paciente;</p>	<p>Contínuo</p>	<p>NSP e parceiros</p>
<p><b>Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada</b></p>	<p>Campanha de sensibilização do paciente pela segurança do paciente;</p>	<p>Contínuo</p>	

## b). SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS.

Com a finalidade de manter a transparência do serviço prestado, bem como o alcance da percepção do usuário quanto a qualidade, o **IIFHES** promoverá, imediatamente, após o início de suas atividades a implantação e a constituição do Serviço de Atendimento ao Usuário (S.A.U), detalhado abaixo.

Esse Serviço será um elemento diferencial na gestão e será conduzido pelo gestor administrativo, onde as áreas do serviço social, acolhimento e classificação de risco, desempenharão um papel de orientadoras dos usuários do SUS. O Serviço de Atendimento ao Usuário servirá de ponte entre o usuário e a direção das unidades, com resposta rápida e necessária nas eventuais situações de dúvida ou conflito. Será um canal de acesso ao exercício da cidadania. O Serviço de Atendimento ao Usuário atuará como uma espécie de "controle de qualidade do serviço público", apontando falhas e acertos, auxiliando na busca de soluções para as questões que se apresentarem. Caberá, ainda, ao Serviço de Atendimento ao Usuário, captar a percepção do usuário em relação ao funcionamento dos serviços de saúde, por meio de pesquisas de satisfação e ouvidoria.

Este serviço estará disponível na unidade durante 12 H diurnas e será um canal de comunicação pessoal, escrita e via telefone com a gestão local.

## *Indicadores*

Haverá um rol de indicadores voltados à satisfação dos usuários com metas a cumprir, que serão implantados e monitorados a partir do 1º mês de funcionamento. Todos os clientes preencherão questionários para avaliar os quesitos abaixo listados.

Durante o 1º mês será implantado um questionário de pesquisa de satisfação que visa à avaliação dos usuários quanto aos seguintes indicadores:

- Satisfação do usuário em relação ao atendimento setorial (Acolhimento; Enfermagem; Recepção; Equipe médica e Serviço Social);
- Satisfação do usuário em relação ao estrutural (Instalações; Limpeza e organização dos setores);
- Satisfação do usuário em relação aos serviços terceirizados (Vigilância; Exames Laboratoriais e Exames de Imagem);
- Satisfação do usuário em relação às salas de observação (Alimentação; Medicação; Orientação médica; Conduta da Enfermagem; Limpeza e Serviço Social);
- Este serviço contará também com ações voltadas para Ouvidoria, quadros informativos, Espaço de reflexão profissional e Avaliação de satisfação dos profissionais e usuários internos, tendo como base a seguinte Matriz de Responsabilidades:

### *Cronograma de Atividades da S.A.U.*

<b>Ação</b>	<b>Responsabilidade</b>
Grupo de Trabalho	Serviço Social, Coordenação de Enfermagem, Gerente Administrativo e Gerente Médico.
Coordenação	Serviço Social e Gerente Administrativo
Elaboração dos Cursos	Serviço Social, Coordenação de Enfermagem, Gerente Administrativo e Gerente Médico.
Ministração dos Cursos	Equipe Multidisciplinar
Elaboração do Material dos Quadros de Aviso	Serviço Social e Gerente Administrativo
Divulgação	Equipe do Serviço Social, Acolhimento e Classificação de Risco
Implantação da Ouvidoria	Serviço Social e Gerente Administrativo
Impressão de Material	Coordenação de Almoxarifado e Assistente administrativa
Avaliação da Ouvidoria	Serviço Social, Coordenação de Enfermagem, Gerente Administrativo e Gerente Médico
Avaliação Geral	Membros formadores do Grupo de Trabalho

Ao falar sobre Serviço de Atendimento ao Usuário, é essencial tratar sobre humanização.

A humanização do atendimento hospitalar requer mudança de valores, comportamento, conceitos e práticas, exigindo dos profissionais de saúde e demais colaboradores um reposicionamento no que se refere ao atendimento aos usuários, visto que a humanização é uma nova visão de atendimento ao usuário/colaborador/gestor, possibilitando um trabalho de melhor qualidade.

A metodologia de trabalho do IIFHES será traçada com as diretrizes da Política de Humanização do SUS.

### ***Implantação de um Serviço de Acolhimento***

Será utilizado o Sistema de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Riscos nos serviços de urgência – Política de Humanização do Ministério da Saúde: O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ético/estético/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e como ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços.

O Acolhimento com Classificação de Risco configura-se, assim, como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização das portas de urgência e na implementação da produção de saúde em rede, pois extrapola o espaço de gestão local no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência das macros e micropolíticas.

O Acolhimento com Classificação de Risco envolve atitudes que devem ser observados por todos os colaboradores:

- O tratamento humanizado;
- A harmonia e a perfeita integração entre os profissionais;
- A cooperação entre a equipe multidisciplinar;
- A conscientização dos deveres do profissional;
- Empenho para salvarmos vida.

O acolhimento de apoio ao usuário tem como objetivo acolher os usuários em todas as situações que se fizerem necessário para um bom andamento no atendimento.

- Colaboradores de apoio ao usuário (corredor interno);
- Colaboradores de apoio ao usuário (corredor externo).

### ***Grupo de Trabalho de Humanização***

O acolhimento de apoio ao usuário tem como objetivo acolher os usuários em todas as situações que se fizerem necessário para um bom andamento no atendimento.

O Objetivo do grupo de trabalho de humanização é conduzir um processo permanente de mudança da cultura de atendimento à saúde, promovendo o respeito à dignidade humana, contando com uma equipe multidisciplinar, sob a gestão do Serviço Social, por entendermos que tais profissionais têm um caráter interventivo, contribuindo no processo de humanização e no entendimento do processo saúde doença, através de atividades socioeducativas com usuários, equipe multidisciplinar, gestores, entre outros.

O objeto do grupo é a construção de um espaço para a escuta, análise, elaboração e decisões sobre os projetos de humanização.

Esse grupo é responsável por promover um fluxo de propostas e deliberações, referentes aos critérios de humanização e à sua eficiência na promoção da saúde, além de apoiar e articular as iniciativas humanizadoras, efetuando ações necessárias para sua continuidade.

O grupo trabalha de maneira colaborativa com a gestão da Unidade, contribuindo para a concepção de estratégias de comunicação e integração entre profissionais de saúde x usuários x família; usuário x família; usuário/família x serviços/ profissionais técnicos, sendo responsável também pela construção de indicadores, o processo de avaliação e divulgação dos resultados.

Após a identificação e engajamento das lideranças, o grupo de trabalho de humanização constitui-se por pelo menos um representante de cada setor, sendo pelo menos um representante da administração, enfermagem, farmácia, dentistas e médicos, além do serviço social.

### ***Elaboração do plano de ação***

A intervenção do grupo de trabalho se dá em quatro aspectos, visando à qualidade no serviço de atendimento ao usuário:

- Contribuir para a educação continuada, promoção de eventos educativos, treinamento de áreas ou profissionais, divulgação de temas de interesse da coletividade
- Propiciar a democratização das relações de trabalho, concedendo voz aos setores que normalmente não teriam condições de superar as barreiras de hierarquia e competência técnica. Para isso, deverá manter um relacionamento estrito com cada setor, ouvindo reclamações, sugestões e buscando soluções para problemas específicos;
- Sustentar um processo de reflexão contínua sobre as vivências no mundo do trabalho, o como e para que se trabalha numa organização hospitalar;
- No plano comunicativo: criando fluxos de informações relevantes para profissionais, dando a conhecer os projetos de humanização em curso na unidade.

Adotando uma metodologia participativa, em duas direções necessariamente correlacionadas:

- Humanização do trabalho do profissional de saúde e colaboradores:
- Cursos de Classificação Risco;
- Cursos de Atendimento Humanizado;
- Espaço;
- Caixa de Sugestões.

### **Humanização do atendimento ao usuário**

- Ouvidoria - Setor sob a responsabilidade do Serviço Social, que visa à escuta e entendimento das demandas e questões dos usuários;
- Pesquisa de Satisfação - Setor sob a responsabilidade da Gerência administrativa que visa os índices de satisfação e qualidade alcançados;
- Quadro de Informações - Divulgação de Cursos de aprimoramento dos serviços prestados.

### **Implantação do Serviço de Ouvidoria para Usuários e Profissionais**

Ação	1º Mês	2º Mês	3º Mês	4º Mês	5º Mês	6º Mês	7º Mês	8º Mês	9º Mês	10º Mês	11º Mês	12º Mês
Identificação das Lideranças para o GT												
Criação do Grupo de Trabalho												
Elaboração do Plano de Ação												
Construção da Rede de referência para o usuário												
Início do Serviço de Atendimento ao Usuário												
Implantação da Ouvidoria												
Curso de "Acolhimento e Classificação"												
Cursos do Serviço Social												

Curso de Atendimento Humanizado												
Elaboração de Quadros												
Implantação do Espaço de Reflexão Profissional												
Avaliações da Ouvidoria	ANÁLISE MENSAL											
Reuniões de Avaliação Geral												

A Ouvidoria é um serviço interno que visa à proteção e defesa do usuário, interno e externo, dos serviços prestados pela unidade.

Esse serviço tem por finalidade representar o usuário dentro da unidade, tendo em vista a garantia de seus direitos básicos nos seguintes aspectos: a informação, a qualidade na prestação dos serviços e o acompanhamento da eficiência e eficácia do serviço público.

A principal atribuição da Ouvidoria é receber, examinar e encaminhar às áreas competentes as manifestações do usuário sobre o atendimento prestado, responder de modo simples e preciso as questões levantadas, de modo que atenda, em seu conjunto, suas expectativas. O que a Ouvidoria busca é que dê o atendimento adequado às demandas propostas e se empenhe para elevar o grau de satisfação do usuário.

Para que o trabalho da Ouvidoria tenha efetividade, é necessário transmitir aos coordenadores, profissionais de saúde e colaboradores a percepção e a voz dos usuários da unidade.

O Serviço Social trabalha para sanar, se possível imediatamente, os problemas e questões levantadas e oferecer melhor tratamento aos usuários, dando espaço para protesto e crítica contra eventuais falhas no atendimento e na gestão. A busca dos assistentes sociais é, que através de uma escuta qualificada e a busca por uma solução rápida, o quadro de insatisfação seja revertido rapidamente.

Cada caso ouvido, cada episódio de insatisfação ou incompreensão revertidos, são ganhos difíceis de mensurar, mas de inegável valor para melhorar a imagem institucional, sem contar a evidente contribuição para a consolidação da prática do atendimento humanizado existente.

Com base nas Ouvidorias, todas as queixas e elogios são encaminhados aos setores para que as devidas providências sejam tomadas, principalmente aquelas que não tenham sido esclarecidas ou solucionadas pelo serviço social, bem como os elogios

são expostos nos quadros de aviso da unidade para ciência dos funcionários quanto a gratidão pelo bom serviço prestado.

## **INFORMATIVO PARA OS ACOMPANHANTES**

(MODELO)

Prezado Acompanhante,

A sua presença é muito importante para a recuperação do usuário, porém, é necessário que algumas normas sejam cumpridas durante o seu período de permanência na unidade. Com a sua ajuda e compreensão, poderemos atingir melhores resultados. Contamos com a sua colaboração. Obrigado!

### **Visitantes**

Horários conforme diretriz específica de cada Unidade.

Os pais de usuários menores de idade têm livre acesso para as visitas.

Nas áreas restritas, filhos e irmãos menores de 12 anos poderão realizar visitas, entretanto, necessita de acompanhamento prévio com a Psicóloga e as visitas subsequentes poderão ser acompanhadas por outros profissionais da equipe mediante autorização da Psicologia.

## **Identificação**

É obrigatória a identificação dos acompanhantes, devendo ser renovada no caso de troca de acompanhante.

## **Participação**

O acompanhante deve apoiar e seguir as normas da unidade. Não é permitido ao acompanhante realizar qualquer procedimento de enfermagem, como manusear o cateter de infusão venosa, abrir ou fechar o soro.

Lembre-se que o acompanhante está aqui para confortar e ajudar o usuário, portanto deve permanecer junto ao leito do mesmo, evitando circular em locais indevidos (enfermarias, corredores, escadas, etc.). Qualquer dúvida chame a equipe de enfermagem.

## **Vestimentas**

Somente é permitido circular nas enfermarias de calça comprida, saia, vestido ou bermuda

## **Alimentação**

Não é permitido trazer alimentos e lanches para as enfermarias.

## **Objetos / Utensílios**

Só são permitidos nas enfermarias:

- Objetos de higiene pessoal dos usuários;
- Uma muda de roupa do usuário.

Os objetos dos acompanhantes devem ser guardados no setor indicado, onde serão identificados com uma numeração após seu conteúdo ser conferido. No momento da alta hospitalar, os objetos serão devolvidos mediante a devolução da identificação, por meio do seu respectivo número de identificação. Durante a permanência na unidade, deve-se ter cuidado com os objetos pessoais de valor, pois eles são de responsabilidade exclusiva do acompanhante e do usuário. A unidade não se responsabilizará pelo desaparecimento dos mesmos.

### **Silêncio**

O silêncio é muito importante para a recuperação do usuário. Evite o uso de celular dentro das enfermarias. É proibido trazer aparelhos de som, TV e ventiladores.

### **Repouso**

O acompanhante deve descansar nas cadeiras da enfermaria. Não é permitido dormir no chão ou na cama do usuário.

### **Direito ao Acompanhante**

Terão direito a acompanhante os usuários menores de 18 anos, os maiores de 60 anos, os portadores de deficiência e também as gestantes.

Em nenhum destes casos será permitida a presença de acompanhante menor de idade.

A autorização de acompanhante deveser entregue pela Enfermeira Chefe no momento da internação para identificação do mesmo.

### **Troca de Acompanhante**

Só será permitido 01 (um) acompanhante por usuário.

### **Horário das Refeições para Acompanhantes**

- Desjejum : 06:00 h às 06:45 h;

- Almoço: 13:30 h às 14:00 h;

- Lanche: 16:00 às 17:00 h;

- Jantar: 20:30 h às 21:00 h.

### **Serviço de Atenção ao Usuário (SAU):**

#### *SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO*

Frente ao cidadão é nossa obrigação respeitá-lo e atendê-lo bem.

O SAU existe e trabalha para isto.

O que é?

- Elo entre o cidadão e o Serviço de Saúde.
- O instrumento de manifestação sobre os serviços que se presta.
- Saber o que o cidadão pensa sobre a atuação dos serviços.
- Ouvir para conhecer os anseios do cidadão com a finalidade de melhor servi-lo.
- Um canal de comunicação à disposição do cidadão.

**“Uma reclamação é a última oportunidade que um cidadão lhe dá para que você possa melhorar seus serviços.”**

Para que serve?

- Assegurar ao cidadão-usuário a análise de suas reivindicações.
- Fortalecer a cidadania ao permitir a participação do cidadão.
- Garantir o direito à informação, orientando o cidadão sobre como obtê-la e como proceder na defesa de sua cidadania.
- Buscar a melhoria da qualidade no serviço prestado.

**“Valorizar a importância da sua opinião. Sua missão é sugerir medidas de aprimoramento e buscar soluções para os problemas apontados. “**

Quem é o SAU?

- É um interlocutor atento às reivindicações do cidadão.
- Sempre pronto para ouvir, procura estabelecer uma parceria em prol da qualidade, eficiência e austeridade administrativa.
- Possuidor de trânsito e respeitabilidade junto à saúde.
- Ações baseadas em atitudes e princípios éticos.

Como age?

- Recebe, avalia e encaminha as manifestações do cidadão, sempre na busca de soluções.;
- Garante o direito de resposta acompanhando os pleitos até a solução final;
- Responde no menor prazo possível de forma aberta, honesta, objetiva e precisa com transparência, integridade e respeito;
- Procura desburocratizar rotinas;
- Dá andamento às demandas do cidadão, observando rigorosamente as determinações legais relativas ao sigilo, em especial de seus dados pessoais;
- Interage com a Ouvidoria Geral.

**“Queremos aproximar o problema da sua solução.”**

Como está estruturado?

O SAU é composto por uma rede de serviços de atendimento ao usuário, hierarquicamente distribuídos por área de abrangência, coordenados pelo SAU Central.

## **Missão, Visão e Valores**

### **Missão**

Garantir o direito de manifestação do usuário sobre os serviços prestados.

### **Visão**

*Atuar na melhoria dos serviços prestados, valorizando as manifestações dos usuários.*

### **Valores**

- ✓ *Eqüidade;*
- ✓ *Controle social;*
- ✓ *Ética profissional;*
- ✓ *Espírito comunitário;*
- ✓ *Qualidade na gestão;*
- ✓ *Humanização do atendimento.*

### **Formas de contato**

#### **SAU na Internet**

Acessando pela internet o site do SAU Central você pode cadastrar sua mensagem. Nesse mesmo endereço eletrônico poderá consultar o andamento de sua solicitação e, se for o caso, complementar ou mesmo apresentar novas dúvidas.

### **Disque SAU**

Para sua maior comodidade está disponível também um serviço telefônico. É só ligar para **0800** , de 2ª a 6ª feira (exceto feriados), das 8 às 17 horas, que você conversará com um de nossos atendentes.

### **Fax SAU**

Para sua maior comodidade está disponível também um serviço de fax. Basta enviar sua mensagem para o número **(11) xxxxxxxxxxxx**.

### **Mande um e-mail para o SAU**

Você também pode encaminhar sua manifestação para o e-mail do Serviço de Atendimento ao Usuário: [sau@iifhes.org.br](mailto:sau@iifhes.org.br)

### **Escreva para o SAU**

Suas dúvidas, reclamações, denúncias, sugestões ou elogios sobre os serviços prestados pela Organização Social o IIFHES, podem ser encaminhados por correspondência para o seguinte endereço: XXXXXXXXXX.

Você receberá a resposta do SAU na forma de sua preferência:

- Endereço eletrônico que você fornecer.
- Endereço postal.

### **Caixa de sugestões do SAU Local**

Nos diversos serviços d IIFHES você encontra uma caixa de sugestões para depositar as manifestações que serão avaliadas nas reuniões mensais do conselho gestor local. Caso seja identificada a necessidade, o pleito será encaminhado ao SAU Central.

### **Impresso de Registro do SAU Local**

Nos diversos serviços do IIFHES você encontra um Interlocutor responsável pelo registro de suas manifestações a serem avaliadas diariamente. As manifestações serão processadas, analisadas e enviadas ao o SAU Central.

### **Fale com o interlocutor local**

Nos diversos serviços do IIFHES você encontra o interlocutor do SAU Local a disposição para ouvir e responder às suas dúvidas, críticas ou sugestões.

### **Tipos de mensagens**

#### **Reclamação**

O SAU considera como reclamação a queixa, a manifestação de desagrado ou o protesto sobre um serviço prestado, ação ou omissão da administração e/ou do funcionário e a existência ou ausência de norma reguladora. Esse é o tipo de mensagem que exige o fluxo de trabalho mais complexo e completo de tratamento.

### **Sugestão**

Entendemos por sugestão a mensagem que apresenta uma idéia ou proposta para o aprimoramento dos processos de trabalho, das unidades administrativas e/ou dos serviços prestados pelo órgão ou instituição. O IIFHES ao recepcioná-la avalia a sua pertinência e a encaminha para o conhecimento e apreciação do dirigente ou da unidade gestora responsável.

### **Elogio**

Entendemos por elogio a demonstração de apreço, reconhecimento ou satisfação para com o serviço recebido.

### **Solicitação de informação**

Entendemos como um pedido de alguma referência (endereço, local e horário de atendimento das unidades administrativas etc.) nomes de responsáveis, legislação, dados estáticos entre outros.

## **Responsabilidade Cidadã / Denúncia**

Dentro do contexto de "Denúncias", A Organização Social IIFHES recepcionará manifestações que podem, e devem ser tipificadas como verdadeiro exercício de "Responsabilidade Cidadã", onde se procura fomentar a construção de uma sociedade consciente de seus deveres e direitos.

Assim, com a utilização desse novo conceito "Responsabilidade cidadã", apresenta-se uma oportunidade para que a sociedade se sinta despertada/estimulada ao efetivo exercício de cidadania.

Ao efetuar o registro de uma manifestação entendida por "Responsabilidade Cidadã", o cidadão deverá informar minimamente os seguintes requisitos:

- ✓ Identificação e o endereço para correspondência do envolvido (se possível);
- ✓ Nome do serviço no qual se dá a irregularidade;
- ✓ Descrição da irregularidade;
- ✓ Fundamentação mínima, capaz de permitir a apuração.

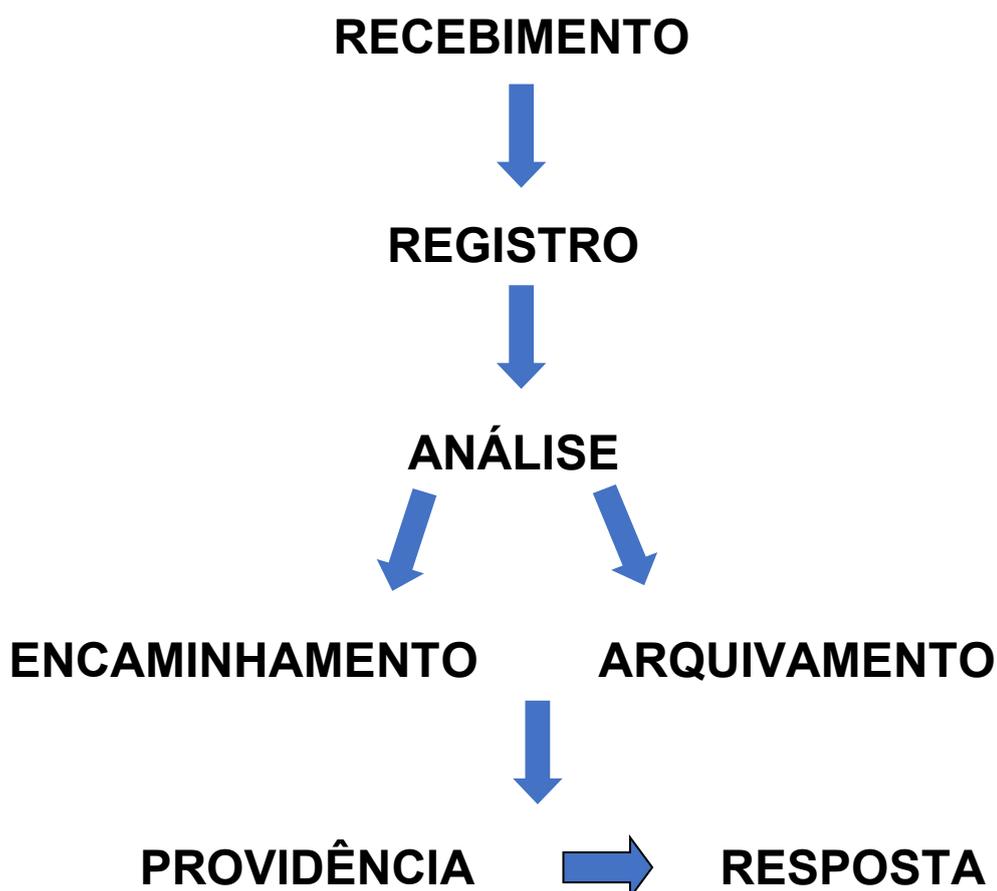
A denúncia anônima é aceita e processada, outrossim, não se constitui prova ou indício isolado suficiente para obrigar investigação.

**“Cabe à sociedade zelar pelo que é seu!”**

### **Implantação do Serviço de Atendimento ao Usuário**

A implantação do SAU requer a estruturação do sistema em nível central e local. O desdobramento das ações demonstra o processo envolvido.

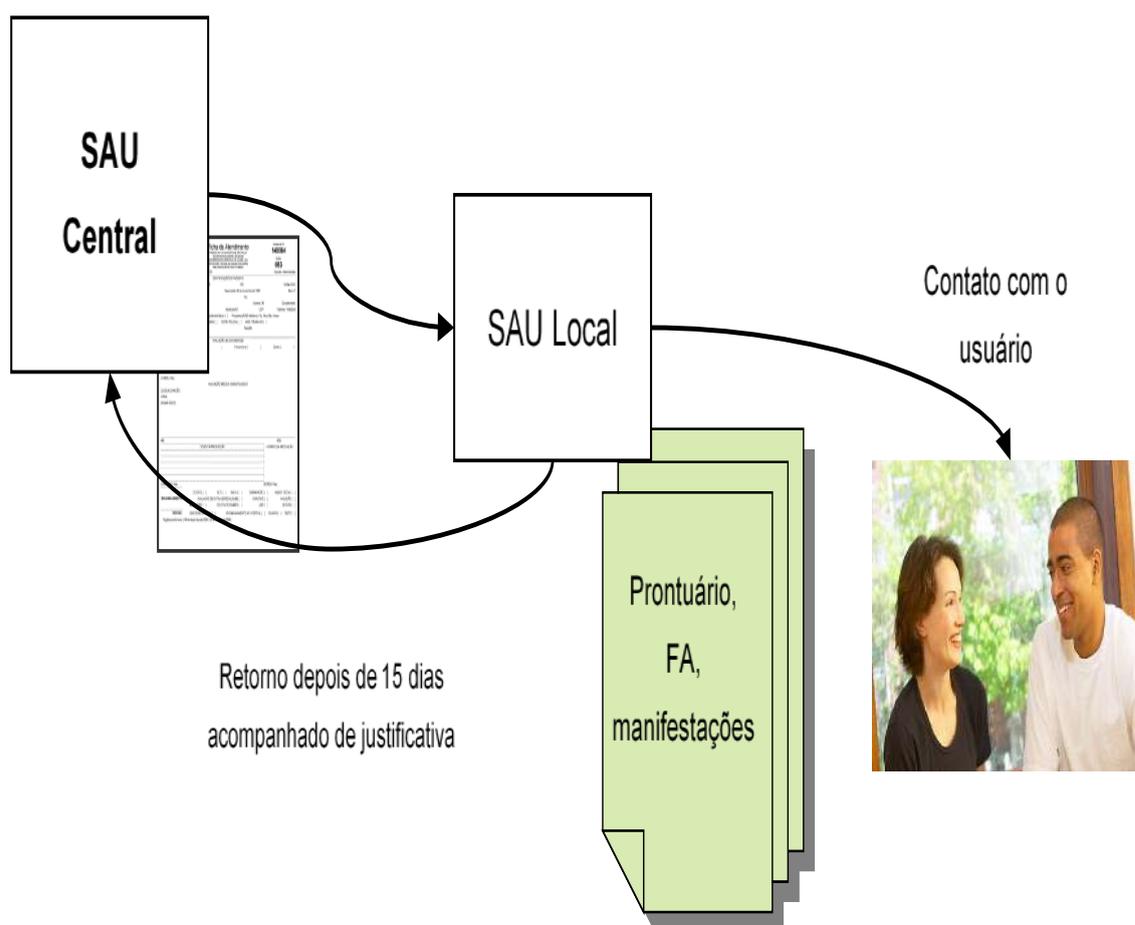
## FLUXOGRAMA DA TRAMITAÇÃO DA DEMANDA



As manifestações direcionadas ao SAU Central, referentes ao serviço local, serão encaminhadas ao SAU Local para serem processadas internamente. O SAU local realizará apuração da manifestação através de levantamento de prontuário, fichas de

atendimento, manifestação de eventuais trabalhadores envolvidos e contato com usuário e então retornará o desfecho para o SAU Central.

Os retornos com prazo superior a 15 dias deverão ser acompanhados de justificativa. Todas as interações são registradas no sistema, processadas e analisadas com divulgação trimestral dos resultados aos interessados.



**LOCAL**

**Interlocutor Local:** o serviço indica ao menos dois responsáveis para a cobertura de todo o período de funcionamento do serviço, informando ao SAU Central, alterações de responsáveis devem ser notificadas.

Usuário chega ao serviço e ocorre um evento que gera uma manifestação. Interlocutor oferece os canais de interação locais e centrais. O usuário faz a sua opção entre:

❖ CENTRAL

- Informar canais de comunicação (0800, fax, e-mail, endereço postal).

❖ LOCAL

- Registrar as informações em impresso padronizado, fornecido pela Coordenação do IIFHES, numerado sequencialmente para todos os serviços de Saúde;
- Caixa de Sugestões mantida em local de fácil acesso a população.

### **Fluxo da Resposta**

Impresso → avaliação diária com inserção dos dados em planilha a ser processada, analisada e enviada mensalmente a Coordenação do IIFHES

Caixa Sugestões → avaliação mensal na reunião do conselho gestor com retorno ao usuário sempre que possível e envio das pendências que extrapolarem a governabilidade local ao SAU Central.

**SAU - QUEIXAS E RECLAMAÇÕES**

Nº \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>NOME:</b>
<b>ENDEREÇO:</b>
<b>FONE:</b>

<b>ATENDIDO POR:</b>
<b>Manifestação do Interlocutor/Gerente:</b>

**Assinatura:**

**MANIFESTAÇÃO DOS ENVOLVIDOS (Identificação legível)**

UTILIZAR O VERSO DA FOLHA PARA COMPLEMENTAR A MANIFESTAÇÃO QUANDO NECESSÁRIO.


**PROVIDÊNCIAS**

<b>Assinatura:</b>

**RETORNO AO USUÁRIO EM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

**c). APRESENTAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO.**

A Pesquisa de Satisfação dos Usuários consolida-se como importante instrumento gerencial e de planejamento. Surgiu da necessidade em conhecer o grau de satisfação dos usuários no que tange, não somente ao funcionamento da instituição, como em

relação à qualidade do atendimento proporcionado pelos diversos setores. Além disso, estabelece canal de contato com os usuários e mantém em registro as inúmeras sugestões de melhoria, que integram ou que possam vir a integrar o conjunto de demandas possíveis de serem atendidas e serve de instrumento para a realização de análises comparativas dos resultados, em contínua busca por manter e aprimorar o excelente nível de qualidade dos serviços.

De acordo com as prioridades, as proposições e recomendações dos usuários que responderam à pesquisa serão atendidas, na medida do possível, de acordo com o número e a pertinência dos comentários e sugestões.

As informações serão consolidadas mensalmente, através de relatórios, garantindo a informação na íntegra aos dirigentes, possibilitando assim, a avaliação continua do nível da qualidade do serviço, buscando sempre a excelência no atendimento.

Serão utilizados dois instrumentos de pesquisa:

- Caixas de Sugestões espalhadas pela unidade;
  
- Formulário de Avaliação de Satisfação, os usuários e/ou acompanhantes serão incentivados a responder a avaliação e expressar sua opinião em relação aos diversos serviços oferecidos.

Os questionários serão aplicados diariamente pela equipe da ouvidoria por busca ativa ou demanda espontânea. A determinação do número de entrevistas se dará pelo escalonamento da população usuária da Unidade, garantindo sua representatividade na amostra dos usuários atendidos na unidade. A pesquisa deve ser informada e consentida pelo entrevistado e deverá conter dados do mesmo e fontes de avaliação do serviço prestado e clínica adotada de acolhimento e classificação de risco.

O planejamento das ações corretivas de pesquisas de satisfação será realizado de forma participativa com a presença dos coordenadores das áreas assistenciais e administrativas das Unidades.

O instrumento de pesquisa utilizado na avaliação do grau de satisfação do usuário terá seus dados armazenados em um banco de dados específico criado para o processo.

Mensalmente serão emitidos relatórios e entregues a direção e aos coordenadores dos serviços. Os relatórios deverão informar, entre outros, o número ou percentual de clientes insatisfeitos, a intensidade de satisfação/insatisfação e o motivo.

A coordenação de cada serviço proporá estratégias de intervenção que deverão ser comunicadas a população usuária. Serão propostos indicadores para avaliar as estratégias de intervenção. Esses indicadores serão avaliados trimestralmente e aplicadas às devidas medidas corretivas, se assim couber.

Segue exemplo de totem que poderão ser utilizados com a disponibilização do formulário de pesquisa de satisfação a ser utilizado por meio de coleta de dados pelos usuários:



Exemplo de totens de atendimentos

### ***Instrumento de pesquisa***

O modelo do questionário de satisfação do usuário será personalizado de forma a atender às necessidades da pesquisa.

Os critérios mínimos para uniformização da avaliação desse indicador serão os seguintes:

A satisfação do usuário deve seguir escala gradual de satisfação que varia de '5' (Muito Satisfeito) até '1' (Muito Insatisfeito) de acordo com a escala visual a seguir:

Muito  
Insatisfeito



1

Pouco  
Insatisfeito



2

Neutro



3

Pouco  
Satisfeito



4

Muito  
Satisfeito



5

Caro (a) Usuário (a),  
 Estamos aqui para vos acolher bem. No intuito de atingirmos a excelência do serviço, implantamos esta pesquisa de satisfação.  
 Pedimos que responda a este breve questionário e nos ajude a obter melhores resultados.  
 Obrigado!

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

**IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL**

Gênero: ( ) Masculino ( ) Feminino  
 ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Faixa Etária: ( ) Menor de 18 ( ) 18 a 30 ( ) 31 a 45  
 ( ) 46 a 60 ( ) Acima de 60

Cidade de Origem: \_\_\_\_\_

**OPCIONAL:**

Nome: \_\_\_\_\_

Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**SETOR EM QUE O PACIENTE ESTÁ SENDO ATENDIDO**

- ( ) Ambulatório Pediátrico
- ( ) Ambulatório Adulto
- ( ) Observação Pediátrica
- ( ) Observação Adulto
- ( ) UTI Pediátrica
- ( ) UTI Adulto
- ( ) Enfermaria Pediátrica
- ( ) Enfermaria Adulto
- ( ) CDI – Centro de Imagem
- ( ) Recepção
- ( ) \_\_\_\_\_
- ( ) \_\_\_\_\_
- ( ) \_\_\_\_\_

**LEGENDA**



INSATISFEITO    INDIFERENTE    SATISFEITO

Avalie os serviços prestados pelo Hospital Metropolitano

**RECEPÇÃO (Gentileza, atenção, Informações recebidas)**



**LIMPEZA, HIGIENE E ORGANIZAÇÃO**



**ATENDIMENTO MÉDICO**



**ATENDIMENTO ENFERMAGEM**



**EXAME LABORATORIAL**



**ESTRUTURA DO HOSPITAL (Assentos, bebedouros e banheiros)**



**CONSULTÓRIOS (Lugar de espera no atendimento)**



**OUTROS (QUAIS?) \_\_\_\_\_**



**Observações e Sugestões**

Sua opinião é muito importante

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Serão encaminhadas aos setores competentes para providências.

**APÓS PREENCHER ESTA PESQUISA, FAVOR DEPOSITAR NAS URNAS DA UNIDADE.**

O modelo do questionário de satisfação do usuário será personalizado de forma a atender às necessidades da pesquisa.

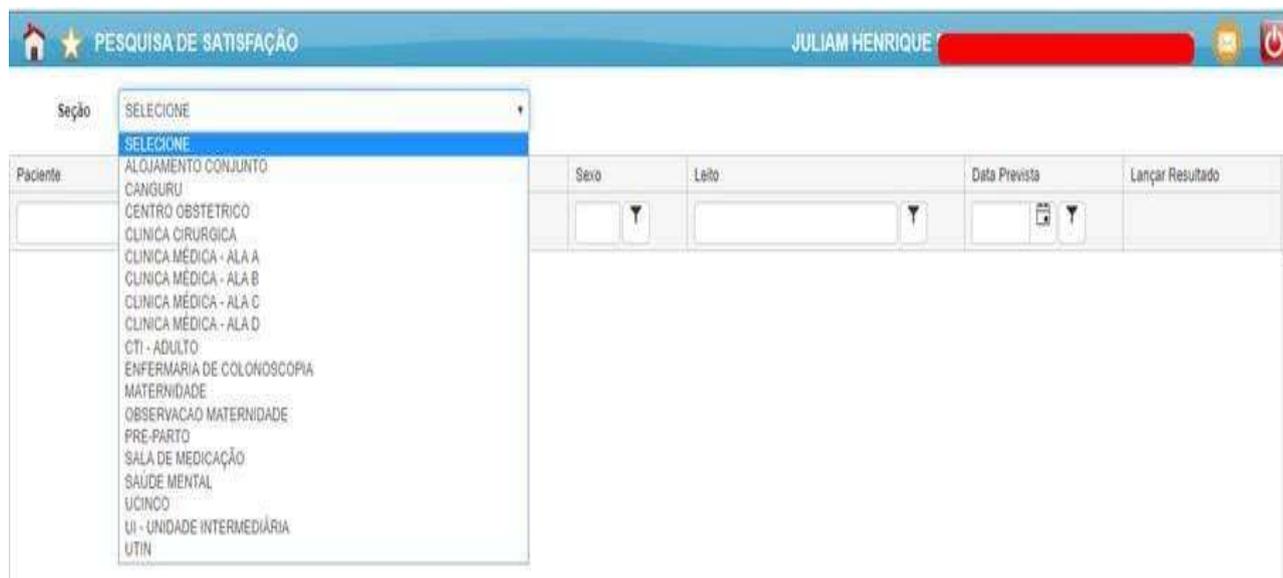
Após apresentação dos resultados, planos de ações corretivas serão desenvolvidos pelos gestores, objetivando estabelecer bons níveis de satisfação dos usuários.

Em casos de denúncias e/ou reclamações de maior gravidade realizadas de forma espontânea, no campo aberto da pesquisa, a direção da Unidade será informada pela Ouvidoria com brevidade para a adoção de medidas corretivas imediatas. Os elogios serão divulgados trimestralmente nos murais da unidade.

A satisfação do usuário é prioridade máxima. Tomar decisões com base no feedback dos usuários é importante para o sucesso do atendimento das Unidades.

- **EXEMPLO DAS TELAS DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO INFORMATIZADA, CONTENDO EXPLICAÇÃO DO PREENCHIMENTO**

## Passo 1 – Acessar ao programa Pesquisa de Satisfação



Seção: SELECIONE

Paciente

Sexo

Leito

Data Prevista

Lançar Resultado

SELECIONE

ALOJAMENTO CONJUNTO

CANGURU

CENTRO OBSTETRICO

CLINICA CIRURGICA

CLINICA MEDICA - ALA A

CLINICA MEDICA - ALA B

CLINICA MEDICA - ALA C

CLINICA MEDICA - ALA D

CTI - ADULTO

ENFERMARIA DE COLONOSCOPIA

MATERIDADE

OBSERVACAO MATERIDADE

PRE-PARTO

SALA DE MEDICACAO

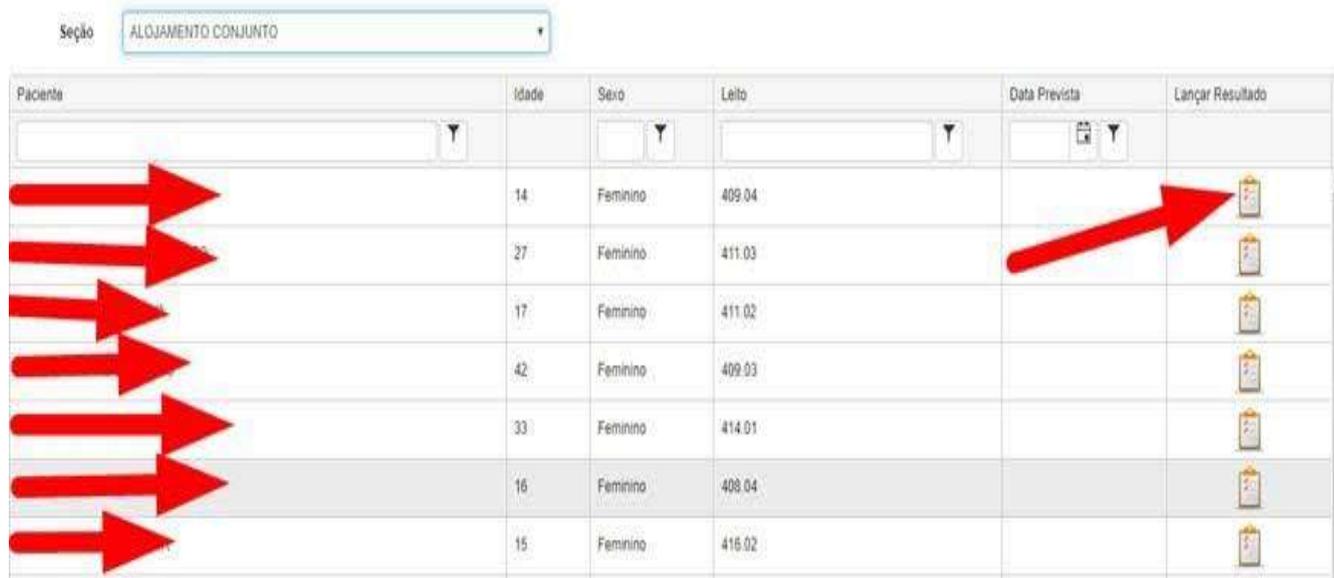
SAUDE MENTAL

UCINCO

UI - UNIDADE INTERMEDIARIA

UTIN

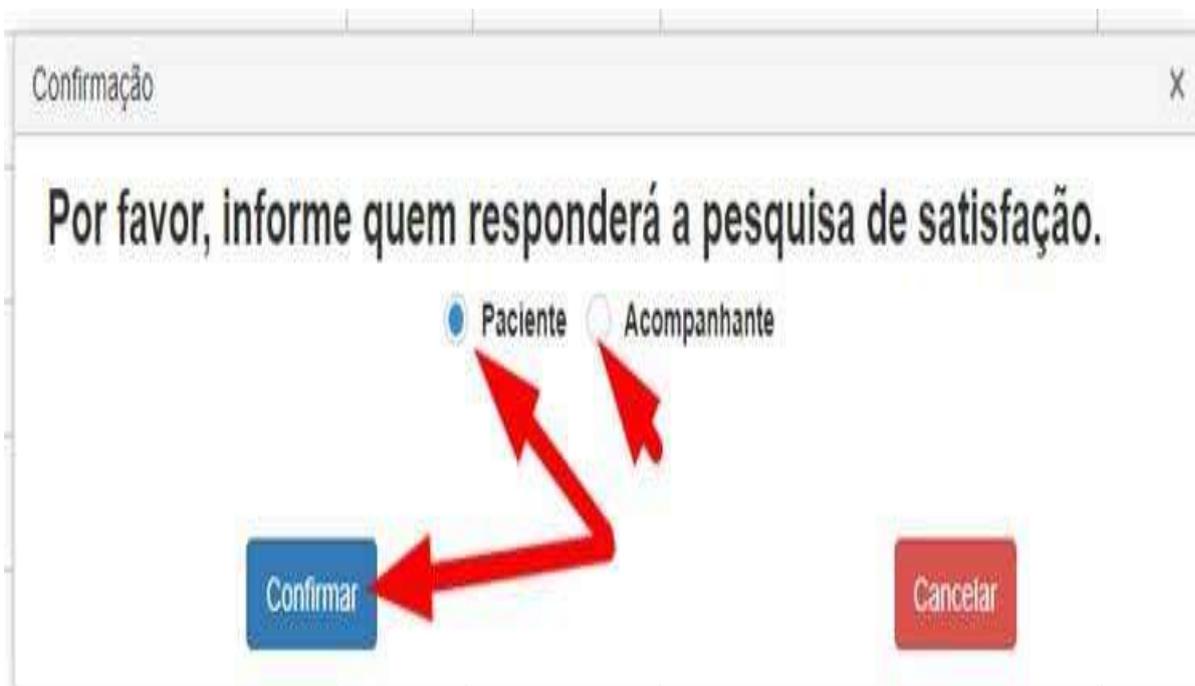
## Passo 2 – Selecione a seção e o paciente desejado



Seção: ALOJAMENTO CONJUNTO

Paciente	idade	Sexo	Leito	Data Prevista	Lançar Resultado
	14	Feminino	409.04		
	27	Feminino	411.03		
	17	Feminino	411.02		
	42	Feminino	409.03		
	33	Feminino	414.01		
	16	Feminino	408.04		
	15	Feminino	416.02		

**Passo 3 – Defina se a pesquisa será respondida pelo paciente ou acompanhante**



Confirmação

Por favor, informe quem responderá a pesquisa de satisfação.

Paciente  Acompanhante

Confirmar Cancelar

The image shows a software dialog box titled "Confirmação" with a close button (X) in the top right corner. The main text asks the user to specify who will answer the satisfaction survey. There are two radio button options: "Paciente" (Patient), which is currently selected, and "Acompanhante" (Caregiver). Below the options are two buttons: a blue "Confirmar" button and a red "Cancelar" button. Three red arrows originate from the "Paciente" radio button and point towards the "Confirmar" button, indicating the next step in the process.

**Passo 4 – Selecione a opção paciente internado – A visualização fica melhor, utilizando um tablet.**



**Passo 5 – Responda as perguntas existentes na pesquisa e clique em avançar**

Como você avalia o atendimento recebido da equipe médica?

				
MUITO SATISFEITO	SATISFEITO	REGULAR	INSATISFEITO	MUITO INSATISFEITO
				

Como você avalia o atendimento recebido da recepção?



MUITO SATISFEITO    SATISFEITO    REGULAR    INSATISFEITO    MUITO INSATISFEITO

Avançar

**Passo 6 – Ao finalizar o questionário, a seguinte mensagem será apresentada**

PESQUISA DE SATISFAÇÃO  
PACIENTE INTERNADO

O seu atendimento foi registrado com sucesso. Obrigado.

**d). CRITÉRIOS DE APLICAÇÃO E AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO.**

A seguir , apresentaremos as ações e os critérios de aplicação da satisfação, voltadas à pesquisa de satisfação dos pacientes e/ou acompanhantes e funcionários.

Medir a qualidade de um serviço é imprescindível para o planejamento, organização, coordenação e avaliação das atividades desenvolvidas em um projeto. Um programa de controle da qualidade é uma forma de monitorar e avaliar essas atividades, garantindo que elas ocorram conforme planejado, e buscando sempre a melhoria contínua.

A avaliação e o controle das atividades serão feitos por meio da definição de indicadores de desempenho que medem diretamente os aspectos relacionados às necessidades dos clientes. Um indicador pode ser uma taxa ou coeficiente, um índice, um número absoluto ou um fato.

Sua função principal é verificar se as atividades realizadas estão produzindo os resultados desejados e evidenciar a necessidade de ações de melhoria, bem como a tendência dos mesmos, garantindo assim a realização do programa com eficácia e eficiência.

Indicadores de desempenho devem medir, quantitativa e qualitativamente a

eficácia dos processos e a satisfação dos clientes.

A avaliação da qualidade será feita por meio da aplicação de pesquisas e questionários, respondidos pelos principais envolvidos, com perguntas que identifiquem os principais indicadores de qualidade percebidos.

A tabulação dos resultados apurados fornece dados estatísticos que permitirão uma gestão ativa da satisfação dos clientes e uma avaliação preventiva de possíveis falhas.

Através deste método, buscaremos:

- Informações confiáveis a respeito do que está certo ou errado no desenvolvimento do projeto;
- Identificação de pontos estratégicos e priorização de esforços em direção a eles;
- Fornecimento de base para consenso sobre problemas, procedimentos e soluções,
- Objetividade da avaliação;
- Possibilidade de acompanhamento histórico;
- Definições sobre papéis e responsabilidades;

- Os resultados: o impacto da assistência prestada na situação de saúde, conhecimento e comportamento do paciente. Na dimensão epidemiológica, esta avaliação é feita por meio de indicadores específicos, tais como taxa de mortalidade e de infecção, média de permanência etc.

## **USUÁRIOS/CLIENTES PESQUISADOS**

Os usuários pesquisados serão os clientes SUS. A meta de universo mínimo pesquisado é de 10% do total de pacientes em situação de internação, de forma aleatória, juntamente do seu acompanhante, e 10% dos usuários a nível ambulatorial.

Esses clientes serão pesquisados de forma ágil, pois têm pouco tempo para responder a pesquisas com diferentes itens. A intenção da pesquisa é entender se o atendimento e ambiente foram satisfatórios e atenderam às expectativas.

A pesquisa será feita verbalmente, registrada em papel, sendo obrigatoriamente anônima, apenas com identificação numérica.

Será fornecida uma planilha de consolidação para preenchimento das respostas obtidas, dividindo as avaliações em três grupos: o de pacientes internados, o de

acompanhantes de pacientes internados e o de pacientes em atendimento ambulatorial.

## **PROFISSIONAIS DAS UNIDADES DE SAÚDE**

A função das pesquisas, no caso dos profissionais lotados nas Unidades de Saúde, é desenvolver relacionamentos de maior confiança com seu empregador, motivar esses profissionais, promover a ligação com a gerência e servir como apoio para verificar a qualidade da infra-estrutura do local de trabalho, verificar o treinamento e os suprimentos necessários, promovendo assim um processo contínuo de auto-melhoria da equipe.

Essas pesquisas poderão variar bastante de acordo com as informações que se queira colher. Os canais de comunicação com os profissionais, via recursos humanos e acesso a alta administração estarão igualmente abertos.

### **Instrumento de pesquisa**

O modelo do questionário de satisfação do usuário será personalizado de forma a atender às necessidades da pesquisa.

### ***Descrições do procedimento***

<b>AÇÃO</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>REGISTRO</b>	<b>DESCRIÇÃO DA AÇÃO</b>
01.Recolher Questionários	Assistente de Ouvidoria	Formulário específico	Recolher os questionários no mínimo, uma vez por semana das urnas e setores responsáveis pela aplicação.
02.Fazer Análise	Assistente de Ouvidoria		Fazer uma análise dos questionários, numerando os que apresentarem condições mínimas de computação das respostas.
03.Inviabilizá a computação da resposta	Assistente de Ouvidoria		Inviabilizará a computação das respostas, o questionário, Em que somente os campos de identificação do usuário e paciente tiverem sido preenchidos, e/ou somente o campo de observações e sugestões.
04.Registrar as respostas	Assistente de Ouvidoria	F(NG).APC.024-1	Registrar as respostas do questionário nos campos correspondentes da planilha estatística, sempre utilizando o número 1.
05.Registrar na planilha	Assistente de Ouvidoria		Caso o usuário marque duas respostas antagônicas (ex.: satisfeito e insatisfeito), o campo a ser preenchido na planilha será "não respondido". Caso o usuário

			<p>marque duas respostas semelhantes (ex.: muito satisfeito e satisfeito), o campo a ser preenchido na planilha será “satisfeito”;</p> <p>Caso o usuário preencha o campo “especialidade”, mas não assinale sua avaliação, será considerada a avaliação dada à equipe médica; caso também esse serviço não tenha sido avaliado, a indicação será desconsiderada, sendo marcado o campo “não respondido”.</p> <p>Todos os serviços (inclusive as especialidades médicas) não avaliados pelo usuário terão o campo “não respondido” preenchido.</p>
06.Conferir todas as respostas	Assistente de Ouvidoria		Conferir se todas as respostas foram digitadas no campo correto da planilha, bem como se os dados gerados correspondem às respostas.
07.Enviar planilha a	Assistente de Ouvidoria	F(NG).APC.024-1	Verificada a exatidão dos dados, enviar planilha para o

estatística			setor de estatística da unidade.
08. Transcrever apontamentos registrados	Assistente de Ouvidoria		<p>Transcrever os apontamentos registrados no item “observações e sugestões” em planilha própria contendo, quando possível:</p> <p>Número do questionário;</p> <p>Relação do respondente com a unidade;</p> <p>Identificação do respondente;</p> <p>Telefone de contato;</p> <p>Transcrição das observações entre aspas.</p>
09. Encaminhar observações aos setores responsáveis	Assistente de Ouvidoria	F(NG).APC.025-1	Encaminhar as observações para os setores responsáveis, tratando-as como demandas, quando necessário.
10. Encaminhar a direção	Assistente de Ouvidoria	F(NG).APC.024-1	Encaminhar planilha estatística e planilha descritiva da pesquisa à Direção.

## **OBSERVAÇÕES GERAIS**

Além do registro feito no campo “observações e sugestões” poderão ser enviadas também planilhas individualizadas para os setores informando da taxa de satisfação alcançada por cada um.

### **e). GERENCIAMENTO DE RISCO E PLANO DE CONTINGÊNCIA.**

O IIFHES, se propõe a realizar ações preventivas e corretivas através do seu gerenciamento de risco a ser implantado e aplicado, com a correlação de ferramentas sistêmicas de gerenciamento de riscos, com a finalidade de detectar precocemente situações que podem gerar consequências às pessoas, a organização e ao meio ambiente e, no caso, de ocorrência de eventos, implementar medidas contingenciais que diminuam seu impacto e evitem a sua reincidência.

### **PROCESSOS RELACIONADOS A GESTÃO DE RISCO:**

- ✓ Apoio ao Cliente;
- ✓ Assistência Diagnóstica e Terapêutica – Diagnóstico por Imagem;
- ✓ Assistência Diagnóstica e Terapêutica – Laboratório;
- ✓ Assistência Farmacêutica;
- ✓ Assistência Nutricional;

- ✓ Atendimento em Emergência;
- ✓ Educação Continuada;
- ✓ Enfermagem;
- ✓ Esterilização de Materiais;
- ✓ Gestão da Informação – Assessoria de Imprensa;
- ✓ Gestão da Informação – SAME;
- ✓ Gestão da Informação – TI;
- ✓ Gestão de Equipamentos Engenharia Clínica;
- ✓ Gestão de Pessoas;
- ✓ Gestão de Segurança;
- ✓ Gestão de Suprimentos;
- ✓ Gestão Financeira;
- ✓ Gestão Patrimonial;
- ✓ Higienização;
- ✓ Manutenção;
- ✓ Serviço Social.

## **DEFINIÇÕES E SIGLAS:**

**GR:** Gerenciamento de risco;

**CIPA:** Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;

**IT's:** Instrução de trabalho.

**BIOSSEGURANÇA:** é o conjunto de ações voltadas para a segurança, o controle e a diminuição de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços relacionados à biotecnologia.

**GERENCIAMENTO DE RISCO:** processo sistemático de orientação político-administrativa. É o processo de ponderar as alternativas de políticas e selecionar a ação regulatória mais apropriada, integrando os resultados da avaliação de risco com as preocupações sociais, econômicas e políticas para chegar a uma decisão; decide o que fazer com o risco avaliado e se ele pode ser aceitável.

**IMPACTO:** diz respeito à proporção que o risco poderá causar.

**PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS (PPRA):** Programa que visa a preservação da saúde e da integralidade dos Trabalhadores, através de riscos

ambientais de trabalho, existentes na Empresa, que podem ser mensurados e localizados, definindo ações para atenuá-los, extingui-los ou mantê-los sob controle.

**MAPA DE RISCO:** Documentos produzidos pela Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), relativos aos riscos ocupacionais, que devem ser afixados em local visível nas áreas onde se aplicam.

**RISCO ADQUIRIDO:** é o risco adicionado, ou seja, uma parcela que não é decorrente da natureza do processo, procedimento ou daquele que recebe esta ação. Este risco adquirido pode resultar da falta de qualidade na assistência à saúde. (Talsa 3, 2005).

**RISCO INERENTE:** é aquele que advém do próprio processo ou procedimento em questão, seja por limitações tecnológicas, ou por características próprias do paciente que está sendo submetido a um processo por procedimento. (Talsa 3, 2005).

**RISCO CLÍNICO:** conjunto de medidas que visam prevenir, identificar e minimizar a ocorrência de acontecimentos adversos, decorrentes da atividade clínica, que determinem danos na saúde física ou psicológica dos doentes/pacientes.

**RISCO NÃO CLÍNICO:** todo risco associado à parte estrutural, ambiental e ocupacional da instituição.

**FATORES DE RISCO:** são as causas presentes no ambiente de trabalho ou externo, que estão direta ou indiretamente ligados aos riscos levantados.

**PRÁTICAS DE CONTROLE:** são técnicas de controle (ações), determinadas com o intuito de se mitigar ou eliminar os fatores de risco presentes em cada área de gestão.

### **CATEGORIZAÇÃO DOS RISCOS:**

- **RISCOS AMBIENTAIS:** dizem respeito à probabilidade de ocorrência de efeitos adversos ao meio ambiente, decorrentes da ação de agentes físicos, químicos ou biológicos, causadores de condições ambientais potencialmente perigosas que favoreçam a persistência, disseminação e modificação destes agentes no meio ambiente.
- **RISCOS OUCUPACIONAIS:** são provenientes da probabilidade de agravo à saúde humana, advindos de atividade laboral (ou relacionados ao trajeto), tanto sendo de origem biológica, química, física, ergonômica, como de condição ou ato inseguro
- **RISCOS RELACIONADOS À RESPONSABILIDADE CIVIL:** são riscos em que há probabilidade de ato ilícito ou omissão, podendo causar agravo a terceiros e/ou suas propriedades que, estabelecida culpa (tendo sentido amplo, desde culpa stricto sensu até dolo) dano e nexos causal, se traduz na obrigação de reparação indenizatória.
- **RISCOS SANITÁRIOS:** estão inseridos em uma atividade, serviço ou substância, podendo produzir efeitos nocivos ou prejudiciais na saúde humana.

- **RISCOS ASSISTÊNCIAIS:** são os riscos decorrentes das atividades relacionadas à assistência à saúde prestada aos pacientes pela Organização Prestadora de Serviços de Saúde. Podem estar relacionados aos equipamentos médico-hospitalares, aos produtos utilizados ou a prestação dos serviços em si.

## **RESPONSABILIDADES:**

**DIRETORIA:** Apoiar, estabelecer a implantação e efetivação do Gerenciamento de Risco da Unidade.

**NÚCLEO DA QUALIDADE:** Implantar e efetivar o Sistema de Gestão de Riscos, articulando diretamente com os Gestores dos Processos e a Equipe da Auditoria de riscos.

**SESMT:** Implantar e efetivar o PPRA, articulando diretamente com os Gestores dos Processos e o Núcleo da Qualidade.

## **DO NÍVEL DE COORDENAÇÃO – GESTORES DE PROCESSOS:**

- ✓ Participar efetivamente de todas as etapas da metodologia de Gerenciamento de Risco;

- ✓ Assegurar o entendimento de todos os colaboradores (equipe) quanto ao Gerenciamento de Risco;
- ✓ Estimular aos colaboradores a notificar todos os eventos ocorridos no processo;
- ✓ Conduzir a análise das causas das notificações, garantido a participação dos envolvidos do evento e sempre que possível o escritório da qualidade;
- ✓ Seguir as orientações recebidas nos treinamentos previstos no Gerenciamento de Risco.

**TODOS OS NÍVEIS HIERÁRQUICOS:** Sugerir novos riscos, fatores e práticas e notificar as ocorrências.

**AUDITORES DE RISCO:** Realizar as auditorias de acordo com o cronograma elaborado pelo escritório da qualidade e oferecer o feedback aos coordenadores do processo auditado.

***Nota:** Ressalta-se que todos os eventos relacionados à segurança do paciente, devem ser direcionados ao setor da qualidade, para o correto segmento do fluxo da metodologia do Gerenciamento de Risco.*

**PILARES DO GERENCIAMENTO DE RISCO:**

**CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL** – É quando existe apenas um potencial dano. Considere como exemplo um desfibrilador que não está funcionando em uma sala de emergência.

**NEAR MISS** – incidente que não atingiu o paciente (por exemplo: uma unidade de sangue é conectada ao paciente de forma errada, mas o erro é detectado antes do início da transfusão);

**INCIDENTE SEM DANO** – evento que atingiu o paciente, mas não causou dano discernível (por exemplo: a unidade de sangue acabou sendo transfundida para o paciente, mas não houve reação);

**INCIDENTE COM DANO (evento adverso)** – incidente que resulta em dano ao paciente (por exemplo: é feita infusão da unidade errada de sangue no paciente e este morre por reação hemolítica). Os eventos são fatos indesejáveis no atendimento médico hospitalar, o que indica que a qualidade dos serviços pode estar necessitando de melhoria. As notificações são fundamentais para o processo de melhoria de notificação contínua da qualidade, da assistência, para segurança do paciente e colaboradores.

**EVENTO SENTINELA:** ocorrência inesperada ou variação do processo envolvendo óbito, qualquer lesão física grave (perda de membro ou função) ou psicológica, ou risco

dos mesmos. Assinalam necessidade de investigação imediata bem como sua resposta.

**CLASSIFICAÇÃO DOS EVENTOS:** A ocorrência de um Evento interpreta-se como um sinal de que a qualidade dos serviços pode estar necessitando de melhoria, e, conseqüentemente, estruturas e processos assistenciais estão causando ou aumentando o risco de dano aos clientes. Estes são os eventos mais graves:

1. Mortes imprevistas de pacientes;
2. Surtos de infecção hospitalar;
3. Cirurgia em paciente errado;
4. Cirurgia em parte errada do corpo;
5. Mortes relacionadas à falta ou demora no atendimento;
6. Mortes ou danos relacionados com contenção;
7. Suicídio de paciente internado;
8. Partos que ocorrem no corredor ou ante-sala de parto;
9. Troca de bebê após o nascimento;

10. Rapto infantil;
11. Reações transfusionais;
12. Agressão, estupro ou homicídio;
13. Surtos de acidentes com pacientes durante o período de internação;
14. Surto de acidentes de trabalho;
15. Incêndio;
16. Explosão.

**FARMACOVIGILÂNCIA:** é o conjunto de ações necessárias para alcançar: estudos, análise, investigações do somatório de informações reunidas a respeito do desempenho de um produto durante a fase pós-comercialização.

**TECNOVIGILÂNCIA:** É o conjunto de ações que estudam, analisam e investigam o somatório de informações reunidas a respeito de um risco comum (notificado), durante o desempenho de produtos médicos, visando a segurança sanitária destes produtos Equipamentos, Materiais, Artigos Médico-Hospitalares, Implantes e Produtos para Diagnóstico de Uso “in-vitro”).

**HEMOVIGILÂNCIA:** É um sistema de avaliação e alerta, organizado com o objetivo de recolher e avaliar informações sobre os efeitos indesejáveis e/ou inesperados da utilização de hemocomponentes a fim de ampliar e aprimorar a segurança nas transfusões sanguíneas e prevenir seu aparecimento ou recorrência.

**GESTÃO DE RESÍDUOS:** Conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implantados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de proteger e promover a saúde da população, garantindo a segurança sanitária de produtos e serviços, e participando da construção de seu acesso, de forma a minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro.

**PPRA:** Programa que deve estar descrito em um documento-base, suas alterações e complementações devem ser apresentadas e discutidas na CIPA.

**AUDITORIAS DE RISCOS:** Identifica, mede e prioriza os riscos para possibilitar a focalização nas áreas auditáveis, imprescindíveis para a operacionalidade da organização, auditando periodicamente as práticas de controle.

## **METODOLOGIA PARA O GERENCIAMENTO DE RISCOS**

Os RISCOS são classificados em: assistenciais, sanitários, ambientais, relacionados à responsabilidade civil, de infecção e ocupacional.

Os IMPACTOS são classificados em: menor, moderado, maior ou catastrófico, e baseiam-se no Tópico 1, que segue abaixo.

A análise nível dos riscos se faz por meio da estimativa do IMPACTO que o evento pode gerar, e da PROBABILIDADE de ocorrência que se baseia na situação atual dos controles e na frequência dos eventos.

Os controles são avaliados quanto: a SITUAÇÃO DA PRÁTICA (Tópico 2), TIPO (se manual ou automático, conforme Tópico 3), ABORDAGEM (se preventivo ou detectivo, conforme Tópico 4), FREQUÊNCIA (anual, trimestral, mensal, semanal, diário ou por evento, conforme o Tópico 5).

As PROBABILIDADES são classificadas em: remota, incomum, ocasional ou frequente, e baseiam-se no Tópico 6.

Os NÍVEIS DE RISCO são: raro, improvável, possível e provável, conforme o Tópico 7.

## **TÓPICO 1 – CLASSIFICAÇÃO DE IMPACTOS**

### **RISCO ASSISTENCIAL:**

PONTUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
1	Menor- Sem dano significativo ao paciente.
2	Moderado- Dano moderado ao paciente, sem sequelas.
3	Maior- Dano com sequela temporária ao paciente.
4	Catastrófico- Dana com sequela permanente ou óbito do paciente.

#### **RISCO AMBIENTAL:**

PONTUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
1	Menor- Não há alteração do meio ou ela não é significativa, podendo os processos naturais restabelecer as condições prévias em curto espaço de tempo
2	Moderado- O meio afetado precisa da implementação de ações corretivas, bem como de bastante tempo para recuperar as condições ambientais prévias.
3	Maior- Alteração intensa do meio, embora difícil de ser recuperado, podem ser implementadas medidas corretivas.
4	Catastrófico- Alteração do meio ambiente com grande dificuldade de recuperação das condições iniciais, mesmo com a implementação de medidas corretivas

### RISCO RELACIONADO À RESPONSABILIDADE CIVIL:

PONTUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
1	Menor- Possibilidade remota de atuação/multa por descumprimento normativo ou contratual.
2	Moderado- Possibilidade pequena de condenação mediante denúncia, processo administrativo ou penal proveniente da parte reclamante.
3	Maior- Grande possibilidade de condenação com provável perda de alvará ou licença de funcionamento da(s) unidade(s).
4	Catastrófico- Possibilidade concreta de responsabilização penal dos representantes legais ou perda de alvará/licença de funcionamento.

### RISCO DE INFECÇÃO:

PONTUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO

1	Menor- Caso (s) isolados(s) de infecções hospitalares produzidas por agentes e em diferentes ambientes, sem lesão ou óbito do (s) paciente(s).
2	Moderado- Caso(s) isolado(s) de infecções hospitalares produzidas por diferentes agentes e em diferentes ambientes, com lesão ou óbito do(s) pacientes(s).
3	Maior- Infecções hospitalares produzidas em 3 ou mais pacientes pelo mesmo agente e no mesmo ambiente, sem lesão ou óbito do(s) paciente(s).
4	Catastrófico- Infecções hospitalares produzidas em 3 ou mais pacientes pelo mesmo agente e no mesmo ambiente, com lesão ou óbito do(s) paciente(s).

### **RISCO SANITÁRIO:**

PONTUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
1	Menor- Ameaça remota à saúde com abrangência a apenas uma área específica da unidade.
2	Moderado- Pequena ameaça à saúde envolvendo mais que uma área específica da unidade.

3	Maior- Ameaça ou surto de determinada doença envolvendo toda unidade.
4	Catastrófico- Doenças envolvendo áreas além da unidade, necessitando notificação compulsória deste para os entes públicos.

**TÓPICO 2- APLICAÇÃO DO CONTROLE (Auditoria de risco- Lista de Verificação de Práticas de Controle).**

PONTUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
1	Controle efetivo- Prática existente e plenamente aplicada
2	Controle parcialmente efetivo – Prática existente e parcialmente aplicada.
3	Controle não efetivo – Prática existente e não aplicada.
9	Controle inexistente – Controle inexistente

**TÓPICO 3- TIPO DE CONTROLE (Auditoria de risco- Lista de Verificação de Práticas de Controle).**

PONTUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
-----------	---------------

1	Automatizado
2	Manual

**TÓPICO 4- ABORDAGEM DO CONTROLE (Auditoria de risco- Lista de Verificação de Práticas de Controle).**

PONTUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
1	Preventivo
2	Detectivo

**TÓPICO 5- FREQUÊNCIA DO CONTROLE (Auditoria de risco- Lista de Verificação de Práticas de Controle).**

PONTUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
6	Anual ou menos
5	Trimestral
4	Mensal
3	Semanal

2	Diário
1	Por evento

A PROBABILIDADE é obtida a partir do resultado da soma das pontuações de APLICAÇÃO, TIPO, ABORDAGEM e FREQUÊNCIA dos controles, conforme o Tópico 6.

#### **TÓPICO 6- ESCALA DE PROBABILIDADE DE OCORRÊNCIA.**

PONTUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	$\Sigma$ PONTUAÇÃO DOS CONTROLES E FREQUÊNCIA.
1	Remota	$< 7$
2	Incomum	$\geq 7$ e $< 10$
3	Ocasional	$\geq 10$ e $< 13$

4	Frequente	≥ 13
---	-----------	------

O NÍVEL DO RISCO é obtido a partir do resultado da soma das pontuações do IMPACTO (Tópico 1) e da PROBABILIDADE do risco (Tópico 6), conforme Tópico

**TÓPICO 7- NÍVEIS DE RISCO – Diversas possibilidades de relacionamentos entre Impacto e Probabilidade:**

PONTUAÇÃO GERAL	IMPACTO	PONTUAÇÃO DO IMPACTO	PROBABILIDADE	PONTUAÇÕES DA PROBABILIDADE
2	Impacto menor	1	Probabilidade Raro	1
3	Impacto menor	1	Probabilidade Improvável	2
3	Impacto moderado	2	Probabilidade Raro	1
4	Impacto menor	1	Probabilidade Possível	3
4	Impacto moderado	2	Probabilidade Improvável	2

4	Impacto Maior	3	Probabilidade Raro	1
5	Impacto menor	1	Probabilidade Provável	4
5	Impacto moderado	2	Probabilidade Possível	3
5	Impacto Maior	3	Probabilidade Improvável	2
5	Impacto Catastrófico	4	Probabilidade Raro	1
6	Impacto Moderado	2	Probabilidade Provável	4
6	Impacto Maior	3	Probabilidade Possível	3
6	Impacto Catastrófico	4	Probabilidade Improvável	2
7	Impacto Maior	3	Probabilidade Provável	4
7	Impacto Catastrófico	4	Probabilidade Possível	3

8	Impacto Catastrófico	4	Probabilidade Provável	4
---	-------------------------	---	---------------------------	---

A interpretação da pontuação obtida, é feita com base no Tópico 8, que apresenta as medidas aplicáveis ao gerenciamento de riscos.

### **TÓPICO 8- AÇÕES EXIGIDAS PARA O TRATAMENTO DOS RISCOS.**

PONTUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	AÇÕES
2 e 3	Aceitável	Verde- Manter procedimento já existente
4	Moderado	Amarela- Garantir aplicação de procedimentos escritos.
5 e 6	Importante	Laranja- Garantir aplicação de procedimentos escritos. Realizar auditorias periódicas.
7 e 8	Crítico	Vermelha- Garantir aplicação de procedimentos escritos. Realizar auditoria periódicas.Revisar práticas de controle e avaliar necessidade de ampliação ou melhoria. Avaliar a necessidade de gerenciar indicador relacionado.

### **RISCOS OCUPACIONAIS**

Os riscos ocupacionais encontram-se no PPRA, divulgados e gerenciados através dos Mapas de Risco afixados nas diversas áreas da unidade, através das ações do SESMT e CIPA. Na qual seguem sua própria metodologia de acordo com a NR-9.

A metodologia adotada pelo programa inclui as seguintes etapas:

- ✓ Antecipação e reconhecimento dos riscos;
- ✓ Estabelecimento de prioridade e metas de avaliação e controle;
- ✓ Avaliação dos riscos em exposição dos trabalhadores;
- ✓ Implantação de medidas de controle e avaliação de sua eficácia;
- ✓ Monitoramento da exposição aos riscos;
- ✓ Registro e divulgação dos dados

#### **FLUXO DE GERENCIAMENTO DE RISCO:**

O Gerenciamento de Risco seguirá o Fluxo de Trabalho abaixo:

- Identificar;
- Classificar e Definir Fatores de Risco;

- Definir Práticas de Controle;
- Definir Auditores de Risco;
- Auditar práticas de Controle;
- Analisar o Relatório de Auditoria;
- Criar ações de mitigação;
- Notificar;
- Monitorar as ocorrências;
- Tratar as ocorrências.

## PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA UNIDADE.

O IIFHES se propõe a estabelecer o método, as responsabilidades e autoridades para tomar ações que eliminem uma não conformidade através de ações corretivas de forma a prevenir suas recorrências, visando à manutenção e a melhoria contínua das áreas/processos.

PROCESSOS RELACIONADOS A INTERAÇÃO DOS PORCESSOS DO PLANO DE CONTINGÊNCIA:

- ✓ Apoio ao Cliente;
- ✓ Assistência Diagnóstica e Terapêutica – Diagnóstico por Imagem;
- ✓ Assistência Diagnóstica e Terapêutica – Laboratório;
- ✓ Assistência Farmacêutica;
- ✓ Atendimento em Emergência;
- ✓ Educação Continuada;
- ✓ Enfermagem;
- ✓ Gestão da Informação – SAME;
- ✓ Gestão da Informação – TI;

- ✓ Gestão de Equipamentos Engenharia Clínica;
- ✓ Gestão de Pessoas;
- ✓ Gestão de Segurança;
- ✓ Gestão de Suprimentos;
- ✓ Gestão Financeira;
- ✓ Gestão Patrimonial;
- ✓ Higienização;
- ✓ Manutenção;
- ✓ Saúde e Segurança Ocupacional;
- ✓ Serviço Social.

DEFINIÇÕES:

**NÃO-CONFORMIDADE:** É o não atendimento a um requisito.

**Ações corretivas:** Ação implementada para eliminar as causas de uma Não-conformidade, de um defeito ou, de outra situação indesejável existente, a fim de prevenir a sua repetição. (NBR ISO).

**Acreditação:** É o mais difundido internacionalmente, dos métodos de avaliação externa por pares no campo da saúde. Define-se como um procedimento de avaliação integral (sistêmico) da qualidade, que procura abranger os aspectos de estrutura, processo e resultados. É voluntário, confidencial, periódico, baseado em padrões (estândares) previamente conhecidos e executado por uma entidade independente do estabelecimento avaliado.

**Análise crítica:** Verificação profunda e global de um projeto, produto, serviço, processo ou informação quanto a requisitos, objetivando identificar problemas e propor soluções. (Critérios de Excelência, FNQ; 2005).

**Ação Imediata:** Ação implementada para eliminar as causas de uma Não Conformidade exatamente no momento de sua identificação, o seu impacto na área/ processo deve ser pequeno de forma a não interferir nos resultados operacionais desta área/ processo.

**Conformidades:** Fatos e dados obtidos da avaliação da OPSS em conformidade com os padrões, normas e diretrizes do Sistema Brasileiro de Acreditação. (Sistema de Informação e Documentação da ONA – Nos).

**Correção:** Ação para eliminar uma Não Conformidade identificada. A correção não garante a não reincidência da Não Conformidade, pois ela ataca o efeito.

**Correlação:** Envolve o estabelecimento de uma ação de causa e efeito, em que os resultados de um influenciam os demais. (Critérios de Excelência, FNQ;2005).

**Evento adverso:** Complicação, incidente, iatrogenia, erro médico. Os eventos adversos, com ou sem danos, podem ser devido a fatores humanos, fatores organizacionais ou a fatores técnicos.

**Evidências objetivas:** Informações cuja veracidade pode ser comprovada com base em fatos e/ou dados obtidos através da observação, documentação, medição ou outros meios. (Sistema de Informação e Documentação da ONA – Nos).

**IACs:** Instituições Acreditoras Credenciadas

**MELHORIA:** Processo para produzir com níveis superiores e inéditos de execução. Visa elevar a qualidade a todos os níveis de desempenho, seja ele incremental (melhoria contínua) ou inovador (melhoria radical).

**MELHORIA CONTINUA:** É uma melhoria incremental, gradual em um processo ou produto, resultado da análise crítica.

**NECESSIDADES:** Conjunto de requisitos, expectativas e preferências dos clientes ou das partes interessadas. (Critério de Excelência, FNQ;2005).

**PROCESSOS:** Conjunto de atividades inter-relacionadas ou interativas que transformam insumos (entradas) em produtos (saídas). Os insumos (entradas) para um processo são geralmente produtos (saídas) de outro processo. Além-se fundamentalmente à realização e ao “fazer” dos médicos e profissionais de saúde, do ponto de vista técnico, na condução dos cuidados, do diagnóstico, da terapia e quanto a sua interação com os pacientes (elaboração dos registros clínicos, diagnóstico, tratamento, evolução e transferência dos clientes).

**REAÇÃO ADVERSA:** Qualquer efeito nocivo, não intencional e indesejado de uma droga observado com doses terapêuticas habituais em seres humanos para fins de tratamento, profilaxia ou diagnóstico. (ANVISA).

**REGISTROS:** São documentos onde estão registrados os dados que confirmam que as operações, atividades, processos e produtos estão de acordo com as especificações e os requisitos estabelecidos. É o conjunto de informações conservadas com o objetivo de demonstrar e possibilitar a rastreabilidade de um funcionamento eficaz.

**SISTEMA:** Conjunto de elementos com uma finalidade comum, que se relacionam entre si, formando um todo dinâmico. (Critérios de Excelência, FNQ;2006).

**ONA:** Organização Nacional de Acreditação.

## **RESPONSABILIDADES NO PLANO DE CONTINGÊNCIA:**

DIRETORIA: Apoiar a implantação e efetivação do Gerenciamento de Risco da Unidade.

QUALIDADE: Implantar, efetivar e coordenar as interações, articulando diretamente com os Gestores dos Processos.

### **DO NÍVEL DE COORDENAÇÃO – GESTORES DE PROCESSOS:**

- ✓ Participar efetivamente de todas as etapas da metodologia de Interação de Processo.
- ✓ Assegurar o entendimento de todos os colaboradores (equipe) quanto Interações de Processos
- ✓ Estimular aos colaboradores a notificar todas às cláusulas de contratos quebrados.

**TODOS OS NÍVEIS HIERÁRQUICOS**: Sugerir novos produtos (clausulas de interação de processo), notificar as não conformidades.

## **DOCUMENTOS COMPLEMENTARES PARA O PLANO**

- ✓ Procedimento de Gestão – Gerenciamento de Riscos;
- ✓ Relato de Não Conformidades;
- ✓ Contratos de Interação de Processos.

### **METODOLOGIA PARA INTERAÇÃO DE PROCESSO:**

Fluxo de trabalho de construção dos Contratos de Interação e Responsáveis.

- ✓ Cadastro: Coordenador de Processo;
- ✓ Aceitação / Negociação: Coordenador de Processo;
- ✓ Reajuste: Coordenador de Processo;
- ✓ Aprovação Bloqueio: Núcleo de Gestão da Qualidade;
- ✓ Classificação enquanto ao Grau de Impacto: Núcleo de Gestão da Qualidade /  
Coordenadores de Processos;
- ✓ Assinatura de Contrato: Núcleo de Gestão da Qualidade e Coordenadores de  
Processos.

**Prazos do fluxo de trabalho de construção dos Contratos de Interação.**

Cadastro: 10 (dez) dias;

Aceitação / Negociação: 5 (cinco) dias após o término do período de cadastros;

Reajuste: 3 (três) dias após o término do período de negociação;

Aprovação e Bloqueio: após o período de reajustes;

Classificação enquanto ao Grau de Impacto: de imediato após a aprovação e bloqueio;

Assinatura de Contrato: no máximo 2 (dois) dias após a aprovação e bloqueio dos cadastros.

***Importante:** No momento das assinaturas dos Contratos de Interação não será permitido negociações de produtos entre os coordenadores de processo.*

### **Classificação das cláusulas dos Contratos de Interação quanto Grau de Impacto**

A classificação quanto ao grau de Impacto deverá ser realizada juntamente com o coordenador do referido processo, quanto ao grau de impacto temos:

- **GI – Grande Impacto:** Não Conformidades que envolvem diretamente a Assistência e Segurança do Paciente – Obrigatório com prazo de 1 dia após a notificação – Obrigatório a partir de 3 notificações.

- **MI – Médio Impacto:** Não Conformidades que não afetam a segurança do paciente, contudo interferem no seu atendimento – Obrigatório com prazo de até 3 dias após a notificação – Obrigatório a partir de 5 notificações.
- **PI – Pequeno Impacto:** Não Conformidades que afetam o bom andamento do processo, contudo não afetam o paciente – Obrigatório com prazo até o 5º dia útil do mês seguinte – Cabe ao gestor do processo cliente verificar a necessidade.

### **Periodicidade do fluxo de trabalho de revisão dos Contratos de Interação.**

O processo para revisão dos Contratos de Interação dar-se-á de acordo com a necessidade de inclusão ou alteração de novas cláusulas sendo estas negociadas e acordadas previamente. O processo de atualização documental com o recolhimento de assinaturas e atualização de coordenadores de processos será realizado a cada 24 meses contatos da data da última atualização.

### **Fluxo de trabalho de Notificações e Tratamentos:**

- Acompanhamento do Contrato de Interação: Coordenadores de Processos  
Cliente e Fornecedor;
- Cadastro de Notificações: Coordenador de Processo Cliente;

- Acompanhamento das Notificações realizadas: Núcleo da Qualidade / Coordenador de Processo;
- Análise e Tratamento: Coordenador de Processo Fornecedor;
- Análise Crítica: Núcleo de Gestão da Qualidade / Coordenadores dos processos relacionados;
- Execução: Coordenadores dos processos relacionados;
- Verificação: Núcleo da Qualidade;
- Registro da Não Conformidade.

Os registros de Não Conformidade deverão ser realizados no formulário – Relato de Não Conformidade, para que seja repassado ao sistema pelo Coordenador do Processo todo final de expediente. Todo relato que for feito através do formulário será transcrito para o sistema informatizado e a codificação será feita pelo mesmo, respeitando padrão já definido pelo Núcleo de Gestão da Qualidade. Este formulário é de acesso livre a todos os colaboradores.

**O formulário está estruturado da seguinte forma:**

9 (nove) campos, sendo destes 7 (sete) campos obrigatórios.

- ✓ Data da Ocorrência: Campo onde deverá ser informada a data que ocorreu a quebra da cláusula do Contrato de Interação – Campo de preenchimento obrigatório.
- ✓ Processo Cliente: Campo onde deverá ser preenchido o processo cliente – Campo de preenchimento obrigatório.
- ✓ Processo Fornecedor: Campo onde deverá ser preenchido o processo fornecedor – Campo de preenchimento obrigatório.
- ✓ Produto Não Conforme: Campo onde deverá ser preenchido com a cláusula firmada em Contrato de Interação quebrada pelo processo fornecedor – Campo de preenchimento obrigatório.
- ✓ Frequência: Campo onde deverá ser preenchida com a quantidade de eventos ocorridos referente cláusula quebrada – Campo de preenchimento obrigatório.
- ✓ Descrição da Ocorrência: Campo onde deverá ser preenchido com o detalhamento de como ocorreu a quebra da cláusula do Contrato de Interação – Campo de preenchimento obrigatório.
- ✓ Ação Imediata: Campo onde deverá ser preenchido com a ação imediata tomada pelo processo cliente após a quebra da cláusula do Contrato de Interação – Campo de preenchimento obrigatório.

- ✓ Outras Observações: Campo onde poderá ser preenchido com outras informações referentes a cláusula quebrada.
  
- ✓ Categoria de Não Conformidades: Campo onde poderá ser preenchido com outras categorias de não conformidades relacionadas a cláusula do Contrato de Interação.
  
- ✓ Controle Numérico: Campo a ser preenchido com o número Não Conformidade gerada ao cadastrá-la no sistema pelo coordenador do Processo Cliente.

### **Análise do Relato de Notificações com suas Não Conformidades e Ações Corretivas**

Cabe aos envolvidos no Relato de Notificações analisar criteriosamente a não conformidade identificada, verificando se o problema merece um estudo mais detalhado, respeitando sendo as regras quanto a Grau Impacto. Se sim, deve-se fazer análise das causas possíveis para o fato ter acontecido, respeitando a estrutura do sistema utilizado, onde precisarão ser verificadas causas advindas da Mão de Obra, Matéria-Prima, Medidas, Meio Ambiente, Máquina e Método.

Nesta análise a ocorrência pode ser vista como inviável ou sem necessidade a sua continuidade. Assim, o analista poderá dar tratamento simplificado a esse registro de quebra de cláusula do Contrato de Interação. O Núcleo da Qualidade irá avaliar o

motivo da rejeição, caso julgue que a ocorrência continua sendo viável e pertinente em sua análise, o mesmo irá retornar à ocorrência ao processo para nova análise.

### **Avaliação da Necessidade de Ações Corretivas**

O analista, normalmente o responsável pelo processo, deverá relacionar ações de correção ou prevenção para que o fato não volte a repetir, indicando quem será o responsável em efetuar a ação e o prazo necessário, em seguida passará a ocorrência para aprovação do Núcleo da Qualidade.

***Nota:** Quando o responsável do processo julgar necessário formar grupo de trabalho para análise das causas das não conformidades, propondo ações em conjunto, sendo o objetivo principal realizar interações de processos e negociação entre clientes e fornecedores e quaisquer que sejam as decisões tomadas, devem ser registradas no Relatório citado.*

### **Controle Numérico dos Relatos de Ocorrência**

Todos os Relatórios emitidos, sejam de qualquer natureza contemplada neste procedimento, deverão ser registrados e controlados pelo Núcleo da Qualidade, através do sistema de informatizado utilizado para Gestão da Qualidade. Por esse motivo, jamais um Relato de Não Conformidade que não possuir numeração e controle da Qualidade será considerado um documento válido.

O controle numérico tem o objetivo principal de acompanhar o andamento da implementação das ações propostas, bem como identificar as não conformidades detectadas por todas as áreas/ processos possuindo uma visão global das atividades da unidade e não somente pontual. Toda numeração deverá ser registrada no formulário padrão já mencionado anteriormente.

**Nota:** *Quando o Núcleo da Qualidade receber um Relato de Não Conformidade que a Não Conformidade e ação corretiva está sendo tratada em outro relatório, o mesmo notificará a existência de outra ocorrência, rejeitando esta última e justificando que o fato está em análise.*

### **Finalização do Relato de Não Conformidade**

Para finalizar o Relato de Não Conformidade a responsabilidade é do Núcleo de Gestão da Qualidade. Depois de aprovadas às ações indicadas na análise o Núcleo da Qualidade acompanhará a execução das ações indicadas. Quando finalizadas todas as ações e comprovada a evidência destas execuções, o relato de Não Conformidade passa para sua última fase, que é a de Verificação, também sob responsabilidade do Núcleo da Qualidade.

Nesta fase, se faz um acompanhamento para monitorar se não acontecerá nova notificação desta ocorrência. Caso não se repita o fato, a ocorrência é classificada como

efetiva, e finalizado o ciclo. Caso o fato seja recorrente, a ocorrência é classificada como não efetiva e voltará para o ciclo de análise, onde deverão novamente ser avaliadas as causas e ações para correção.

## EVENTO ADVERSO

### Evento adverso:

- ✓ Incidente ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde **(ANVISA, 2016)**.
- ✓ Complicação, incidente, iatrogenia, erro médico. Os eventos adversos, com ou sem danos, podem ser devido a fatores humanos, fatores organizacionais ou a fatores técnicos **(ANVISA, 2016)**.

### Evento Sentinela:

- ✓ Qualquer evento imprevisto que pode resultar em dano para os clientes externos e internos da Organização da Prestadora de Serviços de Saúde. A ocorrência de um evento-sentinela interpreta-se como um sinal de que a qualidade dos serviços pode estar necessitando de melhoria, e, conseqüentemente, estruturas e

processos assistenciais estejam causando ou aumentando o risco de dano aos clientes (ONA, 2012).

### Não Conformidade:

- ✓ Não conformidades é o não atendimento de um requisito pré-estabelecido. Esses requisitos podem variar entre fatores externos (Como as normas ISO ou os produtos fornecidos por um fornecedor) e fatores internos (Como os processos e procedimentos da empresa). (ISO 9000:2015).

- **FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTO ADVERSO**

NOTIFICAÇÃO DE EVENTO ADVERSO / INCIDENTE		Nº / ANO
SETOR:		
NOME DO PACIENTE:		
NOTIFICADO POR:		
DATA DA NOTIFICAÇÃO:		
<b>RELAÇÃO DE INCIDENTES / EVENTOS ADVERSOS: (Marque com um X o evento que ocorreu)</b>		
<input type="checkbox"/> Agressão ao colaborador/cliente <input type="checkbox"/> Agressão ao patrimônio <input type="checkbox"/> Broncoaspiração <input type="checkbox"/> Choque elétrico <input type="checkbox"/> Contenção física <input type="checkbox"/> Entrada e/ou uso de substâncias ilícitas na unidade hospitalar <input type="checkbox"/> Erro de dispensação / prescrição de medicação <input type="checkbox"/> Evasão de paciente <input type="checkbox"/> Evidência de pragas <input type="checkbox"/> Extubação acidental <input type="checkbox"/> Falta de material médico-hospitalar/medicamentos <input type="checkbox"/> Farmacovigilância (medicamentos e saneantes)*	<input type="checkbox"/> Flebite <input type="checkbox"/> Impregnação neuroléptica <input type="checkbox"/> Perda/extravio de prontuário <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Queimadura por exposição solar <input type="checkbox"/> Reinternação na UTI < 24h <input type="checkbox"/> Remoção não programada de CVC/PICC <input type="checkbox"/> Remoção não programada de dreno <input type="checkbox"/> Remoção não programada de SNGE <input type="checkbox"/> Tecnovigilância (mat. médico-hospitalar/equipamentos)* <input type="checkbox"/> Úlcera por pressão <input type="checkbox"/> Outros. Qual?	
<i>* PREENCHER EM CASO DE FARMACOVIGILÂNCIA E TECNOVIGILÂNCIA (Anexar o produto ao formulário)</i>		
Nome do produto:		

Colar etiqueta ou preencher:	Marca do fabricante:
	Lote:
	Validade:

Não conformidade encontrada:

**RELAÇÃO DE EVENTOS SENTINELA: (Marque com um X o evento que ocorreu)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Administração de medicação trocada                    | <input type="checkbox"/> Óbito em contenção física                      |
| <input type="checkbox"/> Administração de medicamento em dose / via inadequada | <input type="checkbox"/> Óbito por demora no atendimento / procedimento |
| <input type="checkbox"/> Dano por uso inadequado de equipamento                | <input type="checkbox"/> Perda de amostra biológica insubstituível      |
| <input type="checkbox"/> Erro cirúrgico. Qual? _____                           | <input type="checkbox"/> Seqüelas após período de contenção física      |
| <input type="checkbox"/> Fuga de paciente                                      | <input type="checkbox"/> Suicídio em paciente internado                 |
| <input type="checkbox"/> Homicídio causado por paciente ou pessoa estranha     | <input type="checkbox"/> Troca de bolsa de sangue (paciente errado)     |
| <input type="checkbox"/> Invasão na instituição por pessoa não autorizada      | <input type="checkbox"/> Outros. Qual? _____                            |
| <input type="checkbox"/> Não administração de medicação prescrita              |   |

*DESCRIÇÃO DO EVENTO*


**AÇÕES IMEDIATAS (Realizadas no momento da ocorrência)**


**SUGESTÕES DE MELHORIA**


**POSSÍVEIS CAUSAS**

- Falta de Conhecimento (não sabe o que fazer)
- Regras (sabe o que fazer, mas não aplica as regras, ou as aplica incorretamente)
- Falta de Dados (informação insuficiente ou parciais/falhas de comunicação)
- Especificações Insuficientes (processo não claramente definido)
- Ações Automáticas (processo precisa ser revisto para averiguar novas variáveis)
- Distração
- Esquecimento
- Outros. Qual? \_\_\_\_\_

**GRAU DO EVENTO**

- Atingiu o profissional de saúde, o cliente ou paciente e resultou em óbito
- Atingiu o profissional de saúde, o cliente ou paciente causando dano permanente
- Lesão temporária do profissional de saúde, do cliente ou paciente
- Ocorrência que não atingiu o profissional de saúde, o cliente ou paciente

**ANÁLISE DO EVENTO**

- Evento adverso                     
  Não conformidade de processo                     
  Evento sentinela  
 (não relacionado à assistência)

**ACÇÕES CORRETIVAS / PREVENTIVAS (Ações que visam evitar novas ocorrências)**
**AÇÃO 1:**
**PRAZO:**
**RESPONSÁVEL:**
**SETOR:**
**DATA DE CONCLUSÃO:**
**AÇÃO 2:**
**PRAZO:**
**RESPONSÁVEL:**
**SETOR:**
**DATA DE CONCLUSÃO:**
**AÇÃO 3:**
**PRAZO:**
**RESPONSÁVEL:**
**SETOR:**
**DATA DE CONCLUSÃO:**

PREENCHIMENTO PELO COMITÊ DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE:	
DATA DO RECEBIMENTO:	
ANÁLISE DA CAUSA	
<input type="checkbox"/>	Por quê?

## FORMULÁRIO DE TECNOVIGILÂNCIA

### (Formulário de Notificação de Problemas Associados a Produtos para a Saúde)

Preencha este formulário e encaminhe -o a Gerência Assistencial e de Suprimento para relatar um problema ou risco associado ao uso de artigos, materiais, equipamentos médico -hospitalares e kits diagnóstico “in vitro”. Seguem instruções e vocabulário no verso.

Esta notificação diz respeito a:  QUEIXA TÉCNICA

#### Dados do Notificador:

Nome:	Função:
Local de lotação:	Fone:

#### Identificação do produto envolvido:

Nome do produto:	Registro M.S.:
Marca:	Modelo:
Fabricante:	NºPatrimônio/ NºSérie/NºLote:
Data de fabricação:     /     /	Data de validade:     /     /
Existe mais de um produto com o mesmo problema?	
O produto apresentava alguma alteração?	
Existe(m) outro(s) produto(s) envolvido(s) no problema?	
Este produto era descartável? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei.	
Se afirmativo, foi reprocessado? ( ) Sim ( ) Não. Se afirmativo, quantas vezes?	

#### Descrição da queixa técnica

Data da Notificação:     /     /     .

Assinatura do Notificador: \_\_\_\_\_

## Anexo 1 -Ficha de notificação de eventos adversos, queixas técnicas e incidentes

DATA DE NOTIFICAÇÃO \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ DATA DA OCORRÊNCIA \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

SETOR: \_\_\_\_\_

### Identificação do paciente

Iniciais nome pcte:	Registro/prontuário
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	D. Nasc.
Quarto/Leito	

### Informações sobre a ocorrência

<input type="checkbox"/> FARMACOVIGILANCIA
<input type="checkbox"/> Erro de medicação
<input type="checkbox"/> Reação adversa
<input type="checkbox"/> Falta ou redução de efeito terapêutico
<input type="checkbox"/> Desvio de qualidade
<input type="checkbox"/> Outros (citar)
Nome do medicamento

<input type="checkbox"/> HEMOVIGILANCIA
<input type="checkbox"/> Erro na hemotransfusão
<input type="checkbox"/> Reação transfusional
Obs.

<input type="checkbox"/> TECNOVIGILANCIA
<input type="checkbox"/> Artigo médico-hospitalar Lote/validade:
<input type="checkbox"/> Equipamento/localização N <sup>o</sup> . de patrimônio

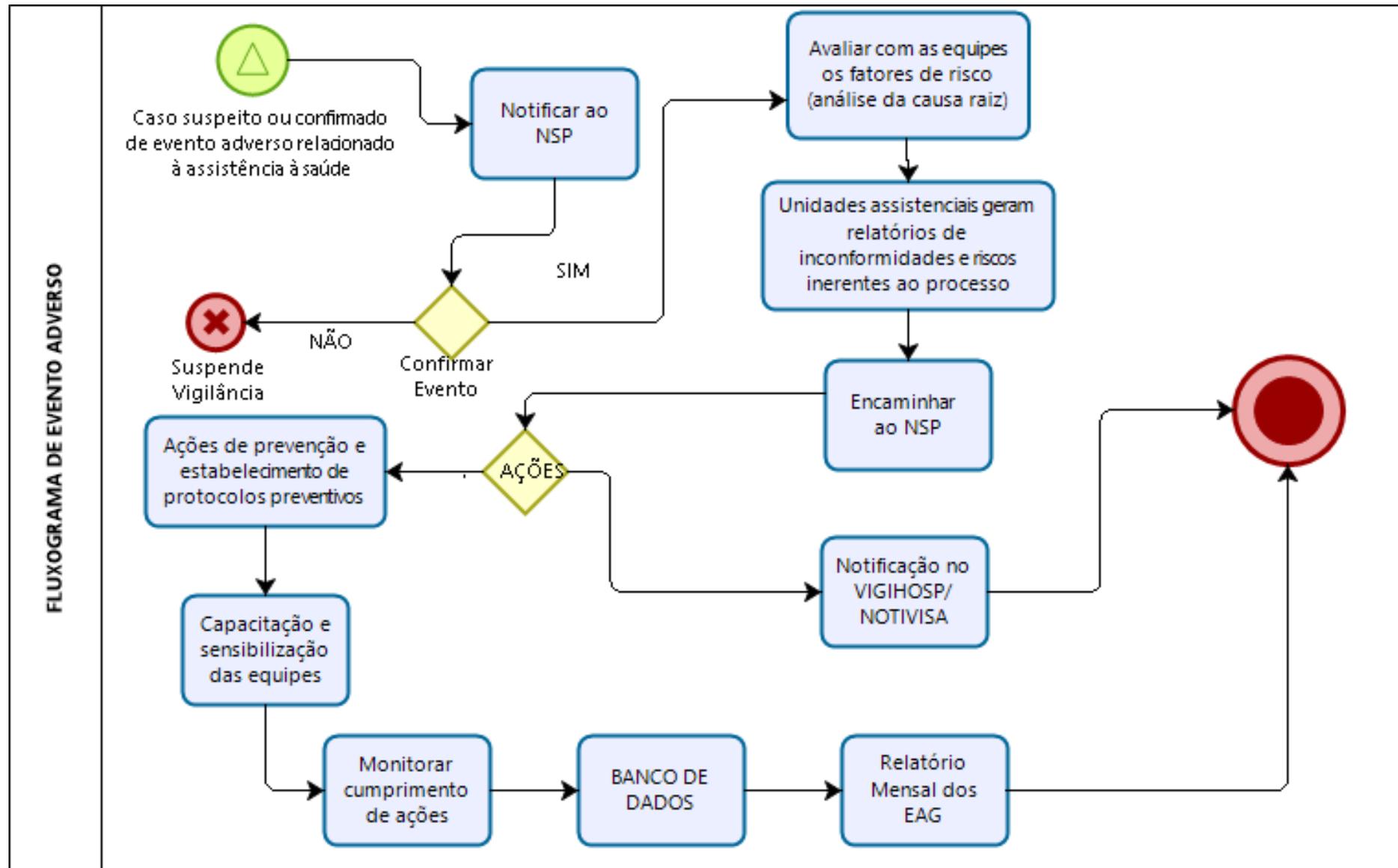
<input type="checkbox"/> SEGURANÇA DO PACIENTE -INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS
<input type="checkbox"/> Erros de identificação
<input type="checkbox"/> Erros em procedimentos cirúrgicos
<input type="checkbox"/> Flebite
<input type="checkbox"/> Exteriorização não intencional de cateter, sonda, dreno,tubo, etc
<input type="checkbox"/> Queimaduras
<input type="checkbox"/> Queda
<input type="checkbox"/> Lesão por pressão
<input type="checkbox"/> Outros (citar)

### Identificação do notificador (OPCIONAL)

Notificador	Ramal
E-mail	Função

Queixa/defeito/ocorrência\_

## Anexo 2 - Fluxograma da Notificação



## f). PROPOSTA DE INCREMENTO DE ATIVIDADE, VISANDO MELHORIA E QUALIFICAÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS.

### AMBIENTAÇÃO

O espaço físico não deve ser o foco principal no processo de qualidade e, sim, as posturas e comportamento da equipe. Porém, algumas considerações se fazem importantes. “A estrutura física de uma unidade de pacientes críticos e o uso de sofisticados aparelhos necessários para o suporte a vida, somados à necessidade quase sempre de super utilização do espaço físico, resultam num ambiente barulhento, inóspito e altamente estressante não só para o paciente e seus familiares, como para toda a equipe assistencial. Fenômenos de alteração da consciência, até mesmo episódios psicóticos, já foram relatados em pacientes internados, cuja explicação parece estar relacionada ao ambiente físico, já que causas orgânicas foram cuidadosamente afastadas” (GUANAES, A; FILGUEIRAS, N.,2004).

Assim, é necessário atentar para algumas peculiaridades da estrutura física no processo, buscando viabilizá-los, se possível:

- ✓ Acesso à luz natural (contato com o “mundo exterior”);

- ✓ Visualização de vegetação (presença de plantas);
- ✓ Uso de cores em tons claros nas paredes, mobiliário, etc; Presença de calendários e relógios de parede; Iluminação individualizada e regulável;
- ✓ Uso de fones de ouvido e/ou áudio;
- ✓ Uso de TV;
- ✓ Painel personalizado;
- ✓ Cadeira para visitantes;
- ✓ Poltrona para paciente.

Além destes pontos, cuidados com aspectos sensoriais, no que se refere a: Iluminação, Ruídos e Temperatura.

## **PROGRAMA DE PRÁTICAS DE CONSUMO CONSCIENTE – SUSTENTABILIDADE**

Sustentabilidade é um termo amplo e que não permite à uma empresa ser rotulada como sustentável ou não.

A sustentabilidade nada mais é do que a trajetória que uma organização traça para incorporação de boas políticas e práticas de manutenção e conservação da empresa no âmbito ambiental, econômico e social.

Quando a instituição une as três vertentes e atende as necessidades de seus

*stakeholders* (clientes externos e internos), ela assume a sustentabilidade organizacional como um de seus valores (PARENTE, 2019).

Sendo assim, existem várias condutas que podem ser assumidas pela empresa de forma inovadora e visionária, como exemplo disso, a Organização das Nações Unidas elaborou um plano de ações, chamados de Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), com 17 pontos de equilíbrio das três dimensões do desenvolvimento sustentável citadas, os quais nortearão nosso Programa de Sustentabilidade.



## SOCIAL

Os ODS de nº 03 (Saúde e Bem-Estar), 05 (Igualdade de Gênero) e 08 (Trabalho Decente e Crescimento Econômico) abordam a necessidade de atitudes que assegurem a promoção da qualidade de vida, do emprego pleno e digno e erradicação

da discriminação e violência relacionados ao gênero, por este motivo, o IIFHES estabelece:

A inserção do nome social na ficha de cadastro dos colaboradores, preenchida no ato da admissão, propiciando o seu uso de forma ampla a todos os colaboradores admitidos (absorvidos) pela empresa;

Base salarial observando piso salarial estabelecido pelo governo e/ou acordos/convenções coletivas de sindicato das classes atendidas;

Programa de Educação Continuada, objetivando a capacitação contínua dos colaboradores, conforme Política de Recursos Humanos;

Promoção da Saúde e Segurança do Trabalhador, através da formação do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), com a finalidade de proteger a integridade física e mental dos funcionários dentro da empresa, seja através do acompanhamento médico para prevenção e correção de patologias ergonômicas, como o fomento ao uso de equipamentos de proteção individual e/ou coletivo e manutenção e fiscalização dos espaços das unidades em questão. Conseqüentemente, designação de uma Comissão Interna de Prevenção a Acidentes (CIPA), para o estímulo a adoção de medidas de segurança, de forma preventiva, através da participação massiva dos colaboradores.

## AMBIENTAL

O consumo consciente é uma contribuição voluntária, cotidiana e solidária para garantir a sustentabilidade.

Nas unidades da rede de urgência e emergência, objeto deste Edital deverá ser implantado um Programa de Práticas de Consumo Consciente, Coleta Seletiva e Eficiência Energética, ratificando a necessidade de assegurar padrões de produção e consumo sustentável, energia limpa e acessível e acesso à serviços básicos, como saneamento e água potável (ODS nº 6, 7 e 12).

Serão trabalhadas atitudes pessoais e profissionais, dos colaboradores e gestores da instituição, tais quais:

- Incentivo ao uso de lâmpadas compactas fluorescentes (CFL);
- Aquisição de termômetros digitais e aparelho de aferição de pressão arterial;
- Limpeza e/ou troca dos filtros de ar-condicionado sistematicamente, assim como dos recipientes de abastecimento de água;
- Uso racional da água quente;

- Conscientização do uso do papel para impressão, e da reutilização daqueles sem valor burocrático;
- Preferência por eletrônicos com o Selo Procel de Economia de Energia.  
Quando aplicável, evitar o modo “stand by” dos aparelhos.
- Estímulo a compra e consumo de material reciclado e/ou reutilizável.

Promover a coleta seletiva na unidade, através do descarte correto dos resíduos comuns, conforme descritivo abaixo:

## **SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL QUANTO AO MANEJO DE RESÍDUOS**

A Política Nacional de Resíduos Sólidos define obrigações e procedimentos que devem ser cumpridos em logística reversa e na destinação de Resíduos Sólidos de Saúde e as resoluções RDC ANVISA nº 306/04 e a CONAMA nº 358/05 estabelecem normas, sistematizadas no Plano de Gerenciamento, a serem observadas pelas instituições de saúde, desde a produção até a disposição final dos resíduos. Assim, seleção da tecnologia dos resíduos de unidades de saúde deve ser efetuada de acordo com as características dos resíduos, com a eficácia do processo, com as características do resíduo resultante do tratamento e com potenciais impactos em nível do ambiente, bem como com as especificidades da região ou do país onde o resíduo é produzido.

O manejo dos resíduos de serviços de saúde compreenderá o conjunto de ações voltadas ao gerenciamento dos resíduos gerados e tem foco nos aspectos intra e extra estabelecimento, indo desde a geração até a disposição final, incluindo as seguintes etapas:

### **Segregação**

Consistirá na separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos.

### **Acondicionamento**

A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo e ocorrerá em sacos resistentes à ruptura e vazamento e impermeáveis, de acordo com a NBR 9191/2000 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

O acondicionamento será o ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura. Deve ser respeitado o limite de peso de cada saco, além de ser proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento. O saco coletor será de material lavável, resistente ao processo de descontaminação.

Os resíduos perfuro-cortantes devem ser acondicionados em recipientes resistentes à punctura, ruptura e vazamento e ao processo de descontaminação utilizado pelo laboratório, pois permite o reconhecimento dos 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 tal forma a permitir fácil visualização, de forma indelével, 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 a saber:

Grupo A de resíduos é identificado pelo símbolo internacional de risco biológico, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos;

Grupo B é identificado através do símbolo de risco associado, de acordo com a NBR 7500 da ABNT e com discriminação de substância química e frases de risco;

Grupo C é representado pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante (trifólio de cor magenta) em rótulos de fundo amarelo e contornos pretos, acrescido da expressão - “Rejeito Radioativo”.

Grupo D possui coloração específica apenas quando há coleta seletiva;

Grupo E possui a inscrição de RESÍDUO PERFUROCORTANTE, indicando o risco que apresenta o resíduo.

### **Transporte Interno**

Consistirá 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.

### **Armazenamento Temporário**

Será o local designado para guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa. Não será permitido o armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso. O armazenamento de resíduos químicos atenderá à NBR 12235 da ABNT.

### **Tratamento**

O tratamento será de acordo com a Resolução CONAMA nº. 237/1997 e serão passíveis de fiscalização e de controle pelos órgãos de vigilância sanitária e de meio ambiente.

A unidade hospitalar contratará o serviço de tratamento desses resíduos.

### **Armazenamento Externo**

Consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso para os veículos coletores.

### **Coleta e Transporte Externos**

Uma empresa especializada em coleta de RSS fará a coleta e transporte do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou disposição final, quando será preconizado a adoção de técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, em acordo com as normas dos órgãos de limpeza urbana.

A coleta e transporte externos dos resíduos serão realizados de acordo com as normas NBR 12.810 e NBR 14652 da ABNT.

Comprometido com o meio ambiente, o IIFHES adotará estratégias criativas para lidar com o manejo dos resíduos, sendo uma das vertentes primária a COLETA SELETIVA:

Também chamada de recolha seletiva é o termo utilizado para o recolhimento dos materiais que são possíveis de serem reciclados, previamente separados na fonte geradora, como por exemplo: papéis, plásticos, vidros, metais e orgânicos.

A coleta seletiva funciona também como um processo de educação ambiental, na medida em que sensibiliza a comunidade sobre os problemas do desperdício de recursos naturais e da poluição causada pelo resíduo.

As cores padrões adotadas na coleta seletiva são:

**AZUL:** Papel / Papelão;

**VERMELHO:** Plástico;

**VERDE:** Vidro;

**AMARELO:** Metal;

**PRETO:** Madeira;

**LARANJA:** Resíduos Perigosos;

**BRANCO:** Resíduos ambulatoriais e de serviços de saúde;

**ROXO:** Resíduos Radioativos;

**MARROM:** Resíduos Orgânicos;

**CINZA:** Resíduo geral não reciclável, misturado ou contaminado não passível de separação.

OBS.: O Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA) aprovou a resolução nº 275 de 25 de Abril de 2001 (íntegra do texto no endereço <http://www.mma.gov.br>).

Este regulamento estabelece um sistema de cores de fácil visualização, de validade nacional e inspirada em formas de codificação já adotadas internacionalmente para

identificação dos recipientes e transportadores usados na coleta seletiva.





Materiais como garrafa de vidro; garrafa PET; sacola de plástico; papel e papelão; filme plástico de embalagem; lata de aço, incluindo a de aerossol; isopor; tampa de aço de pote e de garrafa; papel alumínio; embalagem longa vida; lâmpada incandescente e fluorescente, madeira serão instrumento de estudo e possível vínculo entre cooperativas locais, projetos sociais e/ou *Startups* para recolhimento e reciclagem.

Enquanto que PILHAS E BATERIAIS pelo seu potencial nocivo serão dirigidas à pontos de recolhimento deste tipo material, sejam eles fixos ou móveis/temporários, como campanhas pontuais realizadas por outras empresas, diminuindo assim o tempo

de vida desse produto no ambiente devido à destinação incorreta, e o incentivo às iniciativas do terceiro setor e demais organizações como forma de aprimoramento social.

Parcerias em prol do ambiente.

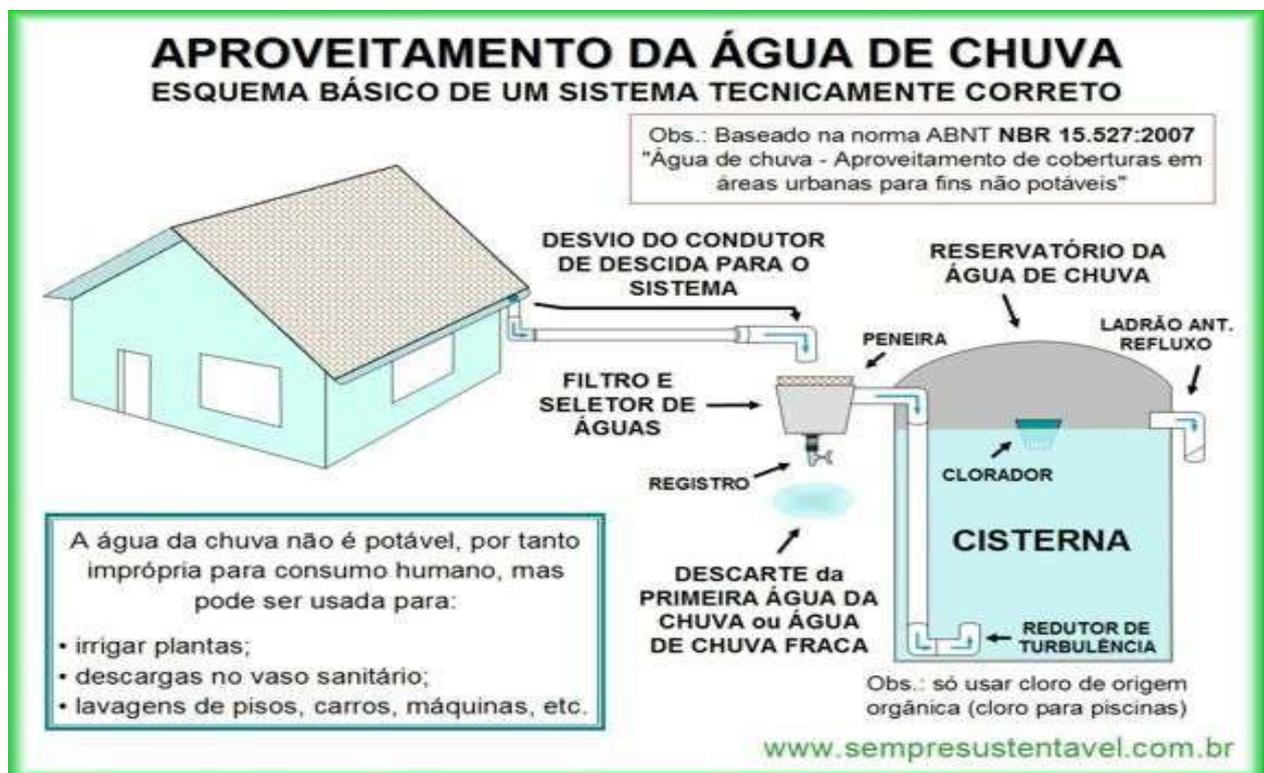
## **SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL QUANTO AO USO DE RECURSOS**

### Aproveitamento de água de chuva e jardins de chuva

O aproveitamento da água da chuva é uma das principais ideias sustentáveis que mitigam os efeitos do uso indiscriminado da água, e conseqüentemente o impacto de crises hídricas, assim como, a redução de inundações em centros urbanos, que atualmente é considerado uma das maiores perturbações nos centros urbanos causadas por fenômenos naturais.

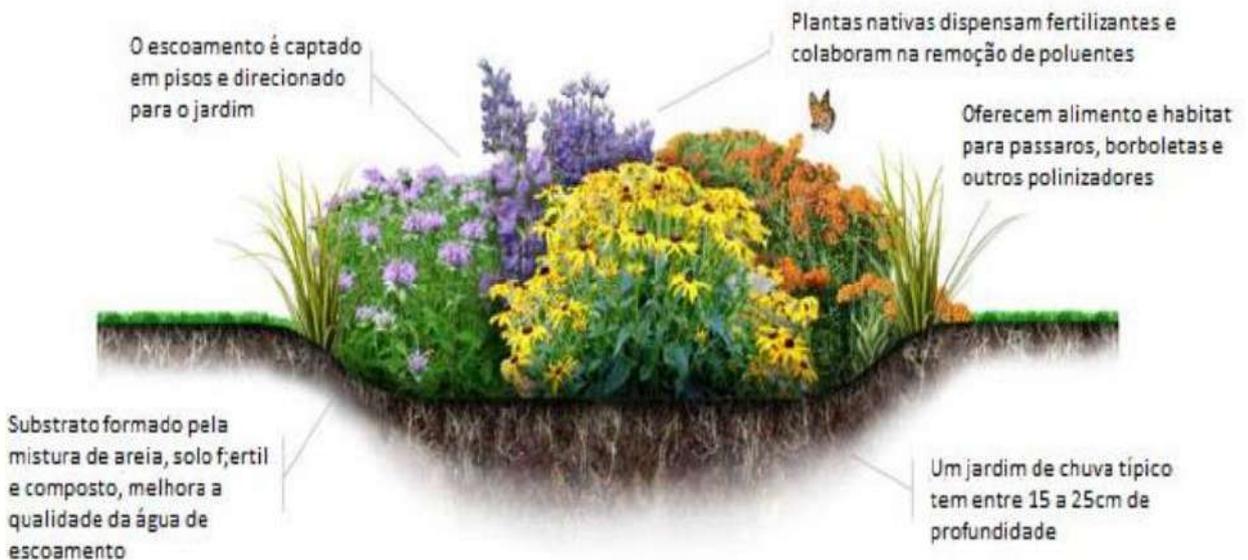
Métodos como sistemas de aproveitamento da água da chuva por mini cisternas (sistema que se utiliza de ferramentas para comportar até um certo volume de água) e jardins de chuva (áreas verdes alocadas em centros urbanos para absorção da água pluvial através de vegetação e/o solo permeável), são conhecidos como amenizadores desses impactos, tendo em vista que reduzem a vazão de água em períodos chuvas, incidentes em locais com drenagem pluvial defasada, como os centros urbanos já citados, seja pelo reaproveitamento da água para outros serviços, como lavagem de

espaços, e/ou por aumento da área permeável e posterior absorção pelo solo. Por este motivo, o IIFHES entende que é necessário realizar um estudo da área ocupada pela unidade, sejam as partes de construção quanto as partes verdes (jardins) para um projeto físico e viável, com auxílio da Engenharia, no dimensionamento das mini cisternas e manutenção da área verde.



### O que é um Jardim de Chuva?

É um jardim rebaixado que capta, limpa e infiltra água de chuva captada em telhados, pisos e vias pavimentadas



### Uso racional de energia elétrica

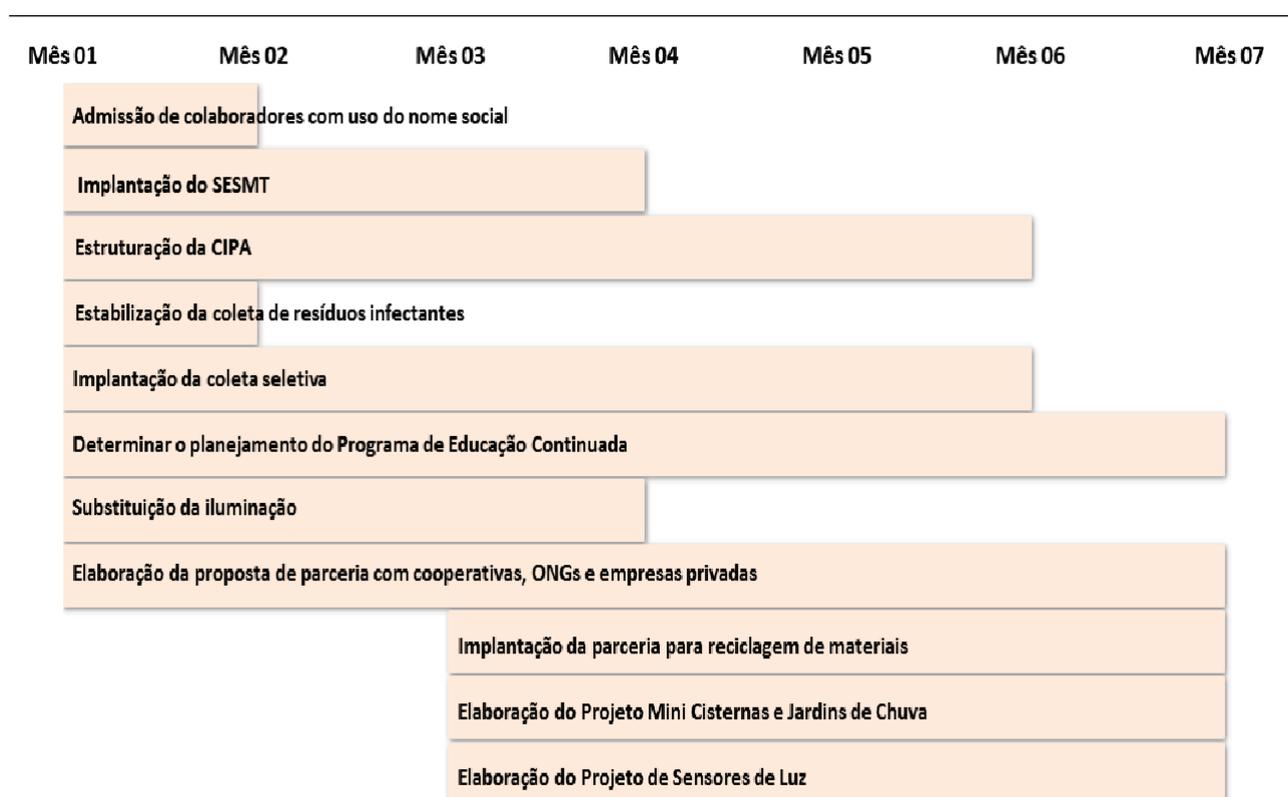
Entre os métodos citados anteriormente como uso de aparelhos com Selo Procel, diminuição no modo de “stand by” dos eletroeletrônicos e incentivo ao uso de lâmpadas compactas fluorescentes (CFL), a utilização de sensores de fotocélula – dispositivos utilizados para automatizar o acionamento da iluminação – é um recurso utilizado em ampla escala que visa reduzir o consumo de energia elétrica e a poluição luminosa, através da redução do tempo de uso da iluminação artificial.

Assim como o item de Aproveitamento de Água da Chuva, é necessário um estudo de viabilidade para implantação do projeto.

## ECONÔMICO

O IIFHES, como Associação Civil, estabelece que todos os fluxos dos seus processos, devem respeitar o estabelecido em Contratos firmados com os órgãos públicos em questão, através do cumprimento da legislação e da transparência de seus resultados, conforme relatado nesta Proposta Técnica, sempre priorizando o custo atrelado a eficiência de seus serviços, e pautados nos seus valores: saber aplicado ao fazer, trabalho em equipe, acessibilidade, visão social, conformidade e transparência.

Sendo assim, apresentamos abaixo o cronograma do Programa de Práticas de



Sustentabilidade que poderão ser implementadas, a depender de recursos e estrutura física da unidade.

CRONOGRAMA						
ATIVIDADES	MÊS 01	MÊS 02	MÊS 03	MÊS 04	MÊS 05	MÊS 06
Admissão de colaboradores com uso do nome social	100%					
Implantação do SESMT	40%	60%	100%			
Estruturação da CIPA	20%	40%	60%	80%	100%	
Estabilização da coleta de resíduos infectantes	100%					
Implantação da coleta seletiva	20%	40%	60%	80%	100%	
Determinar o planejamento do Programa de Educação Continuada	40%	80%	100%			
Substituição da iluminação	10%	30%	50%	60%	80%	100%
Elaboração da proposta de parceria com cooperativas, ONGs e empresas privadas	10%	30%	50%	60%	80%	100%
Implantação da parceria para reciclagem de materiais			10%	40%	70%	100%
Elaboração do Projeto Mini Cisternas e Jardins de Chuva			10%	40%	70%	100%
Elaboração do Projeto de Sensores de Luz			10%	40%	70%	100%

## POSSO AJUDAR?

Sistema nas Portarias (“Posso ajudar?”) para facilitar aos familiares e acompanhantes as visitas e a localização dos pacientes.

Nos sistemas tradicionais para gerenciamento de visitas existem várias dificuldades no processo, desde a existência de ruído provocado pelos visitantes aguardando o acesso à enfermaria, os visitantes que não atendem a proibição de entrada, ou o não cumprimento do número de visitas por paciente internado.

Outra das dificuldades que os familiares e acompanhantes de pacientes e os profissionais da unidade de saúde passam é quando em episódios de urgência o acompanhante pretende ter informações sobre o paciente.

É para solucionar estas dificuldades que se propõe associar a funcionalidades de gerenciamento e controle das visitas automatizando os processos de registro (cadastro) dos visitantes de cada paciente, seu controle de entrada e saída e também a funcionalidade de conseguir rastrear o paciente em episódio de urgência para poder prestar esclarecimentos sobre onde o paciente se encontra, tentando assim tranquilizar o acompanhante que está aguardando na sala de espera.

## **Funcionalidades**

### **1. Para visitantes a pacientes em leito de internação:**

- a. O visitante interage com o totem de autoatendimento e escolhe a opção “Visitantes/Acompanhante”, retira senha e aguarda a sua chamada na sala de espera;
- b. Ao ser chamado pelo balcão de atendimento, o visitante realiza o seu cadastro indicando o paciente a visitar, sendo impresso uma etiqueta colante com a identidade do visitante e o leito a visitar;
- c. O número de visitantes por quarto é controlado pela solução;
- d. Os visitantes aguardam a sua vez de subida à enfermaria;
- e. Ao sair, o visitante pode se dirigir ao atendimento para informar da sua saída e ser dada baixa no número de visitantes no leito. Se não realizar isso, o sistema

fará na mesma o *reset* das visitas no final do horário de visita. De seguida é exemplificado o fluxo da solução:

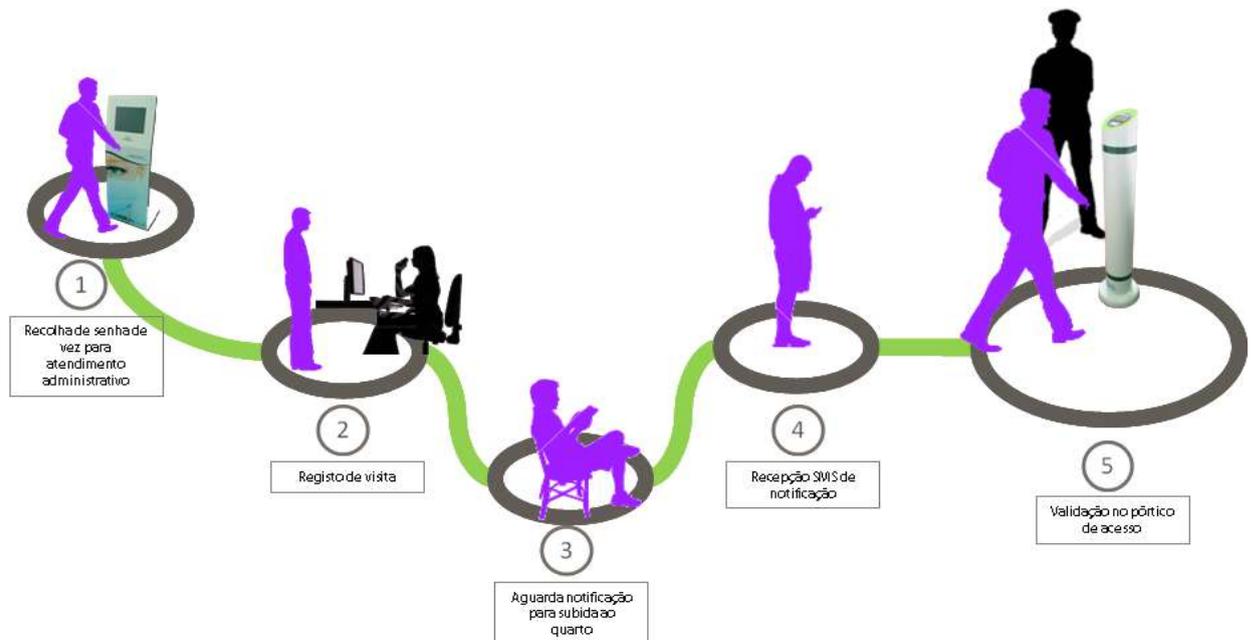


Diagrama fluxo da solução Gestão de Visitas

## **2. Para acompanhantes de pacientes em episódio de urgência:**

- No momento do cadastro (admissão) do paciente, o acompanhante informa os seus dados para ficar associado ao paciente quem é o acompanhante;
- É impressa uma etiqueta colante com a identidade do acompanhante e o nº de episódio e identidade do paciente que está acompanhando;

c. Ao se dirigir ao atendimento ou ao “Posso ajudar”, com a informação existente na etiqueta impressa, o profissional vai poder acessar no sistema e informar o acompanhante da localização do paciente:

- Aguardando classificação de risco;
- Em observação clínica;
- Em exames / procedimentos (não especificando quais);
- Em observação no leito (sala amarela / vermelha).

#### g) PROJETO DE ACREDITAÇÃO - ONA

Como unidade certificadora para o plano de acreditação da unidade, utilizaremos a ONA - ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. Os três níveis de acreditação da ONA são reconhecidos internacionalmente e certificados pela International Society for Quality in Health Care (ISQua).

*“Uma organização acreditada na metodologia ONA trabalha internamente a gestão de qualidade na assistência, a segurança do paciente e a avaliação de risco em vários processos. Quando uma instituição é certificada, transmite ao mercado segurança nessas questões”, analisa Andrea Righi, gerente de certificação da ONA.”*

O nível 1 trataria da estrutura em um conceito abrangente que aborda desde espaço físico até recursos humanos, legislação, conformidade regulamentar, entre outros.

O nível 2, além de incorporar os itens do nível anterior, adicionaria a verificação dos processos. Por último, o nível 3, além de atender aos requisitos anteriores, mostraria que a entidade conseguiu resultados diferenciados na assistência. Ao longo dos anos iniciais de atuação.

Para ajudar a cumprir o desafio de levar a cultura da qualidade ao conjunto das instituições de saúde do país, a ONA teve que inovar em sua estrutura. A primeira inovação veio por meio do ONA Educare, um programa de educação a distância baseado na web, com conteúdo sobre conceitos de qualidade, análise e avaliação para a acreditação, utilizando os critérios baseados na metodologia ONA.

“A ONA foi uma das primeiras instituições de saúde que apostou em educação a distância apoiada pela web. Usamos intensivamente a educação a distância para capacitar profissionais de saúde das vigilâncias sanitárias municipais e estaduais e também para a formação de avaliadores”, conta Fábio Gastal, que na época de criação do ONA Educare atuava como superintendente da organização.

Para a execução deste Plano de Acreditação Hospitalar – ONA, estimamos o orçamento inicial, onde investiremos em todas as áreas de atividades da instituição, incluindo aspectos estruturais e assistenciais, sempre com a autorização da secretaria de saúde.

Segue abaixo Plano de Ação para implantação do Projeto de Acreditação através da unidade certificadora ONA:

Objetivo	Ação	Início (Previsto)	Fim (Previsto)	Início (Real)	Fim (Real)	Quem	Status
ONA 1 ACREDITADO	Implantar padrões de qualidade e segurança definidos pela ONA, em todas as áreas de atividades da instituição, incluindo aspectos estruturais e assistenciais.	Imediato	Contínuo	A Combinar	A Combinar	Todos os setores da Unidade	A Iniciar
ONA 2 ACREDITADO PLENO	cumprir ou superar, em 80% ou mais, os padrões de qualidade e segurança; cumprir ou superar, em 70% ou mais, os padrões ONA de gestão integrada, com processos ocorrendo de maneira fluida e plena comunicação entre	Imediato	Contínuo	A combinar	A combinar	Todos os setores da Unidade	A Iniciar
ONA 3 ACREDITADO COM EXCELÊNCIA	Cumprir ou superar, em 90% ou mais, os padrões de qualidade e segurança; Cumprir ou superar, em 80% ou mais, os padrões de gestão integrada; Cumprir ou superar, em 70% ou mais, os padrões ONA de Excelência em Gestão, demonstrando uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional.	Imediato	Contínuo	A Combinar	A Combinar	Todos os setores da Unidade	A Iniciar

## h) PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO

O IIFHES tem como premissa que a estratégia do “Acolhimento” e projetos para a melhoria da “Humanização”, quando assimilados organicamente ao serviço, serão aspectos importantes relacionados à qualidade na organização da Atenção.

A unidade, deverá ser adequada para um padrão de ambiência e, principalmente, de acolhimento e gestão dentro de sua organização produtiva, de forma a responder, satisfatoriamente, às necessidades dos pacientes, contribuindo para recuperação e alta segura.

O Acolhimento será entendido como um processo que permeará toda a abordagem do paciente.

O processo de organização de Humanização para gerenciamento iniciará desde a sua chegada, na primeira escuta que será qualificada, permitindo a identificação da necessidade do usuário e sua Avaliação , que ficará sob responsabilidade de um profissional de saúde capacitado, capaz de orientar e direcionar a ação mais adequada, para resolução do problema ou situação apresentada.

Também faz parte o monitoramento do paciente durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta, com a finalidade de aumentar a eficiência e efetividade assistencial, por meio da minimização dos tempos de estadia para

níveis ótimos, redução das possibilidades de infecções e do uso desnecessário de insumos e intervenções médicas.

O programa de humanização a ser implantado para acolhimento e resolutividade das demandas do usuário com qualidade, será alicerçado nas diretrizes do Programa Nacional de Humanização da Assistência (PNHAH) que, inclui em seus objetivos:

- conduzir um processo permanente de mudança da cultura de atendimento à saúde, promovendo o respeito à dignidade humana;
- sensibilizar profissional e usuário para a importância e os benefícios do atendimento e do trabalho humanizado;
- garantir à instituição o papel de protagonista do processo de humanização de seus serviços.
- Nossa proposta para implantação do Serviço Humanizado, seguirá os seis passos sugeridos pelo Programa. Estes passos têm a finalidade de orientar a construção e implantação de um processo de humanização:

## **1º PASSO - Sensibilizar as Equipes**

Objetivos:

- sensibilizar as chefias para a importância e os benefícios da humanização dos serviços de saúde;
- obter apoio do corpo clínico e operacional para a implantação e a sustentação

permanentes das ações de humanização;

Metodologia:

- Reflexão conjunta sobre a questão da humanização e da realidade institucional em termos da humanização dos serviços de saúde
- Estratégias:
- Discussão do manual e das portarias de regulamentação do PNHAH
- Discussão sobre o conceito de humanização no PNHAH
- Apresentação do vídeo do PNHAH sobre experiências de humanização

## **2º PASSO - Constituir Grupos de Trabalho de Humanização**

Objetivo:

- Constituir um GT composto por profissionais de diferentes categorias e graus hierárquicos (direção, área clínica, área operacional, etc.), comprometidos com a ideia de humanização.

Metodologia:

- Levantamento e convite às lideranças de cada setor;
- Definição dos integrantes do GT;
- Elaboração do regulamento interno de formação, coordenação e funcionamento

do GT;

- Escolha de um coordenador para o GT;

Estratégias:

- Discussão em grupos
- Oficinas
- Reuniões por setores e serviços
- Assembleias

### **3º PASSO - Tomar os Parâmetros de Humanização para Avaliar a Realidades e Planejar Ações de Humanização**

Objetivos:

- Criar uma cultura de humanização e uma filosofia organizacional

humanizada Metodologia:

Utilização - pelo GT constituído na unidade - de parâmetros de humanização em duas linhas de avaliação:

- Avaliação das relações interpessoais profissional-usuário;
- Avaliação das ações de humanização.

Estratégias:

- a) Utilização dos Parâmetros de Humanização propostos pelo PNHAH para a avaliação das relações interpessoais profissional-usuário e das ações de humanização. Parâmetros para humanização do atendimento dos usuários:

Condições de acesso e prestação dos serviços:

- Fluxo da admissão
- Tempo de espera para atendimento;
- Acesso de acompanhantes e visitas;
- Sistema de realização de exames.

Qualidade das instalações, equipamentos e condições ambientais:

- Adequação/criação de áreas de espera;
- Sinalização das áreas e serviços;
- Instalações físicas e aparência;
- Equipamentos;
- Refeições;
- Meios para efetivação de queixas e sugestões;

Clareza das informações oferecidas aos usuários:

- Identificação dos profissionais;

- Informações aos familiares sobre o atendimento do usuário;
- Informações sobre prevenção de doenças e educação em saúde;
- Informações sobre outros serviços de saúde e serviços sociais disponíveis na comunidade.

Qualidade da relação entre usuários e profissionais:

- Eficiência, gentileza, interesse e atenção;
- Compreensão das necessidades dos usuários;
- Informações aos usuários, quanto a diagnóstico, tratamento e encaminhamento;
- Privacidade no atendimento.

b) Parâmetros para humanização do trabalho dos profissionais:

Gestão com a participação dos profissionais;

- Oportunidades de discussão da qualidade dos serviços prestados;
- Oportunidades de discussão das dificuldades na execução do trabalho de atendimento aos usuários;
- Manutenção de mecanismos para captação de sugestões para a melhoria do trabalho;
- Oportunidades de reconhecimento e resolução de conflitos e divergências;
- Aplicação sistemática de normas de

trabalho.

#### Condições de trabalho na instituição

- Áreas de conforto;
- Segurança;
- Equipamentos e materiais;
- Higiene.

#### Condições de apoio aos profissionais:

- Refeitório;
- Área de descanso e convivência;
- Programas de atendimento às necessidades psicossociais dos profissionais;
- Cursos ou treinamentos para aprimoramento profissional;
- Cursos ou treinamentos para melhoria da relação com os usuários.
- Qualidade da comunicação entre os profissionais
- Canais de informação e resolução de problemas e necessidades;
- Canais de informações oficiais da administração do serviço;
- Canais de informação e comunicação interna sobre programas e atividades.

#### Relacionamento interpessoal no trabalho:

- Confiança
- Integração grupal
- Cooperação
- Valorização do trabalho e motivação profissional
- Respeito
- Reconhecimento
- Motivação
- Realização
- Satisfação

#### **4º PASSO – Fazer um Diagnóstico em Termos de Serviços**

##### **Humanizados**

Objetivo:

- Reconhecer as potencialidades e as deficiências da instituição em termos da humanização dos serviços e de outras questões correlatas (ver parâmetros de humanização).

Metodologia sugerida:

- Análise da configuração organizacional do serviço;
- Levantamento das iniciativas de cunho humanizador desenvolvidas no serviço;
- Delineamento de um diagnóstico preliminar da humanização no serviço:

levantamento das potencialidades e deficiências relativas à humanização do atendimento e das relações de trabalho no serviço;

- Mapeamento dos desafios a serem enfrentados.

Estratégias sugeridas:

- Levantamento de informações sobre a história da fundação da instituição, assim como das vicissitudes de seu desenvolvimento e de seu estado atual;
- Caracterização do serviço, por exemplo: frequência de atendimentos/procedimentos de cada serviço do Hospital, número e qualificação dos funcionários, qualidade das instalações e equipamentos, serviços oferecidos, programas específicos em andamento, plano de cargos e salários, epidemiologia, etc.;
- Visita aos diversos setores e serviços;
- Atenção especial com a porta de entrada e avaliação de riscos;
- Aplicação de pesquisa do PNHAH sobre satisfação dos usuários e dos profissionais de saúde;
- Levantamento de carências e de potencialidades por setores e serviços;
- Mapeamento de iniciativas de humanização em vigência no serviço

## **5º PASSO – Elaboração e Implantação de Plano Operacional de Ação de Humanização**

#### Objetivos:

- Elaborar um plano de ação de humanização, de curto, médio e longo prazo, levando em consideração as prioridades e as necessidades específicas do serviço, bem como as ações de humanização já existentes
- Implantar o plano de ação de humanização no serviço.

#### Metodologia sugerida:

- Metodologia participativa, em duas direções correlacionadas:
  - a) humanização do atendimento ao usuário;
  - b) humanização do trabalho do profissional de saúde

Articulação do plano de humanização proposto com as iniciativas já existentes

#### Estratégias sugeridas:

- Reuniões do GT para estabelecimento de prioridades, metas e ações, segundo os parâmetros de humanização propostos pelo PNHAH;
- Ampliação e institucionalização das iniciativas já existentes;
- Apresentação formal do plano de humanização às chefias constituídas e ao coletivo de profissionais;
- Discussão da implantação do plano operacional de humanização por setores

e serviços de forma a obter o compromisso e a participação ativa do maior número de pessoas;

- Desenvolvimento de processo de comunicação e reflexão sobre a dinâmica institucional e a dinâmica das relações de trabalho;
- Construção de redes internas de comunicação (ouvidoria, banco de ideias, etc.);
- Divulgação para todo o serviço das iniciativas de humanização existentes e a serem desenvolvidas;
- Construção de matérias de divulgação (boletins, cartazes, bottons, faixas, murais, eventos, jornadas ou outros);
- Participação da comunidade em eventos, ações e campanhas de humanização no serviço;
- Parcerias com instituições públicas e privadas e com movimentos comunitários.

## **6º PASSO - Avaliação de Resultados da Implantação do Processo de Humanização**

Objetivos:

- Avaliar permanentemente as ações de humanização em desenvolvimento e as novas propostas de humanização dos serviços;
- Redirecionar as ações de humanização, a partir dos resultados alcançados e do grau de envolvimento dos vários setores e serviços do serviço;
- Avaliar o desempenho do GT em termos de seus objetivos e funções;

- Avaliar a participação do serviço na Rede Nacional de Humanização.

Metodologia sugerida:

- Análise das dificuldades e erros;
- Identificação de oportunidades de melhoria;
- Pesquisa de satisfação de profissionais e usuários.

Estratégias sugeridas:

- Avaliação das ações a partir dos parâmetros de humanização do PNHAH.

Visando melhorar as relações no ambiente hospitalar, o IIFHES tem como proposta implantar 4 formas de boas práticas para garantir mais rapidez e eficiência na recepção:

#### **I) Treinamento com a equipe**

Para garantir um bom atendimento hospitalar será realizado treinamento da equipe desde os profissionais que estão na sala de recepção até o pessoal da limpeza. Investindo em capacitações para cada área e o incentivo a comunicação dentro do

ambiente de trabalho. Quando os colaboradores conseguem se entender, trocar ideias e informações com facilidade, o resultado também é visto na recepção do hospital.

Todos os colaboradores deverão se tratar com cordialidade e respeito, pois as discrepâncias nessas questões podem ser observadas pelos pacientes.

Com base na Política Nacional de Humanização será demonstrado a equipe da recepção que as pessoas devem ser bem tratadas e acolhidas quando chegarem ao hospital, pois o primeiro atendimento é crucial para criar uma boa impressão sobre o lugar.

A mesma cordialidade deverá ocorrer no atendimento telefônico.

## **II) Sistema de ramal**

O sistema de ramais permitirá a comunicação entre os setores. Com ele, será possível redirecionar ligações, dar mais agilidade no atendimento e reduzir os gastos na conta de telefone.

Essa alternativa evitará chamadas inconvenientes em microfones dentro do hospital, que poderá incomodar pacientes em recuperação.

Tecnologia para organizar os dados.

A adoção do uso de softwares possibilitará o armazenamento das informações do paciente de forma organizada e segura. Será possível encontrar todos os dados, resultados de exames e histórico do paciente em um único local.

### **III) Esteja aberto para receber sugestões**

Será aberto a possibilidade para que o serviço receba sugestões e críticas para melhorar o atendimento hospitalar. Para tanto, estará disponível uma caixinha para que os pacientes deixem seus comentários sobre a atuação de profissionais e a qualidade do espaço oferecido.

Esta ferramenta será importante para a avaliação dos processos de trabalho, da equipe e da gestão do hospital.

### **IV) Instrução com definição de horários, critérios e medidas de controle de risco para as visitas ao usuário**

Será disposto em local de fácil acesso os horários de visita, código de conduta dos visitantes e demais regras relativas estarão expostas para garantir a ciência prévia de todos. Essas informações também serão repassadas no acolhimento e na equipe que atua na sala de espera.

Pelos locais nos quais os visitantes transitarem lembretes serão afixados acerca do volume da voz, da manutenção da limpeza e conservação, e demais restrições específicas para o equipamento.

Critérios para ter acesso às dependências da unidade:

Todos os visitantes deverão passar pelas Portarias, para terem acesso ao local desejado.

Comunidade Interna (Funcionários e Prestadores de Serviços lotados):

- Estar portando documento oficial com foto ou seu próprio crachá, o qual deverá estar posicionado no peito, em situação visível sem nada a encobri-lo, para efeito da perfeita identificação e estar com vestimenta adequada ao ambiente hospitalar (evitando saia curta, decote grande, roupas transparentes, bermuda, camiseta sem mangas, entre outras);
- Não estar portando armas de fogo ou outra de qualquer natureza;
- Não apresentar sintomas de embriaguez ou transparecer que tenha utilizado drogas ilícitas;
- Não estar fumando;

- Comunidade Externa

- Ser previamente identificado e estar portando documento oficial com foto no Serviço de Recepção;
- Estar portando no peito, em situação visível, desprovido de qualquer obstáculo

que concorra para encobri-lo, parcial ou totalmente, o crachá correspondente à sua área (setor / enfermaria) de destino;

- Estar no horário de visita ou devidamente autorizado pela chefia do setor/enfermaria;
- Ser comprovadamente maior de 18 anos, em caso de acompanhante, e maior de 14 anos, para visita;
- Apresentar-se com vestimenta adequada ao ambiente hospitalar (evitando saia curta, decote grande, roupas transparentes, bermuda, camiseta sem mangas, entre outras);
- Não estar portando qualquer gênero alimentício, exceto quando aprovado formalmente pelo Serviço de Nutrição e Dietética;
- Não apresentar sintomas de embriaguez ou transparecer que tenha utilizado drogas ilícitas;
- Não estar fumando;
- Não estar portando aparelhos eletroeletrônicos, a menos que tenha sido previamente autorizado pela Gerência de Enfermagem ou da Recepção;
- Não estar abalado emocionalmente de forma a prejudicar o paciente internado a ser visitado;
- Militares ou membro de Poder Judiciário devem apresentar sua “carteira funcional”, que comprove tal situação, e ter justificativa para entrar.

Observações:

- Não será permitido o comércio de produtos ou serviços dentro do espaço físico da Instituição, quer seja realizado por representantes comerciais ou pelos próprios funcionários da Instituição, de acordo com o inciso XVIII, Art.117, da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.
- Os visitantes oficiais poderão ter acesso às dependências, desde que estejam acompanhados de um colaborador designado pela direção.

É de responsabilidade dos recepcionistas e vigilantes:

- Verificar se nas dependências do Hospital as pessoas estão portando o crachá de forma visível. Caso não estejam, solicitar a correção e / ou apresentação;
- Controlar as entradas / saídas das portarias, não permitindo o acesso de pessoas sem identificação;
- Exigir a identificação, quando julgar necessário;

Na atividade de controle da portaria, se o funcionário for ofendido, desacatado ou ocorrer outra situação que agrida sua integridade física ou moral e em casos de indisciplina no cumprimento desta Norma Procedimental, solicitar de imediato a presença de sua chefia.

### C.3.1.2. PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E CONTINUADA.

O IIFHES , entende a importância do processo educativo se propõe a implantar e executar as ações de Educação Permanente em Saúde na unidade. A definição



pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano.

A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde.

A educação permanente propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços. Propõe-se, portanto, que os processos de capacitação do pessoal da saúde sejam estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da

própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS.

As demandas para capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente a partir dos problemas da organização do trabalho, considerando a necessidade de prestar atenção relevante e de qualidade, com integralidade e humanização.

A lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. Essa abordagem pode propiciar a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde; de trabalhar em equipes matriciais e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde, bem como a constituição de práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas.

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

Propõe-se, portanto, que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde. Neste caso, a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e o desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS.

## **Metodologia**

A gestão da Educação Permanente em Saúde será feita por meio de um Grupo de Gestores nomeados pela Diretoria, que são instâncias de articulação interinstitucional, como rodas para a Gestão da Educação Permanente em Saúde, que deverá:

- I. Organizar espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras;
  
- II. Identificar necessidades para a construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, da qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, do

domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no SUS;

- III. Identificar temas e conteúdo a serem trabalhados com os profissionais, com formato de curso;
- IV. Melhorar a qualidade dos serviços, mediante um processo educativo permanente e comprometido com a prática do trabalho;
- V. Desenvolver Equipes (de atenção, de gestão) em qualquer esfera do sistema;
- VI. Aumentar a resolutividade das ações frente aos problemas prevalentes;
- VII. Fortalecer o processo de trabalho das equipes da Unidade;
- VIII. Fortalecer o compromisso com a saúde da população por parte dos membros da equipe.

Atividades de educação permanente serão realizadas ou recomendadas em diferentes momentos e de forma sistemática para os todos os públicos, com foco na manutenção e ampliação da cultura de segurança com conceitos gerais e específicos

setoriais na segurança do paciente e gerenciamento de riscos, especialmente em relação aos 5 protocolos de segurança que estão em desenvolvimento e constituem foco principal do presente plano.

A área de Educação Permanente do IIFHES, tem por finalidade promover a melhoria da qualidade da assistência, buscando oportunidades de ensino, mediante o desenvolvimento dos profissionais do corpo assistencial.

A importância da educação permanente do profissional no local de trabalho facilitará a transformação do potencial em comportamento e atitudes objetivas, através, de constantes reciclagens e atualizações, gerando melhorias e otimizando os resultados da assistência e todas as demais áreas.

A Educação Permanente é o componente essencial dos programas de formação e desenvolvimento de recursos humanos das instituições. O desenvolvimento da equipe de saúde é um dos fatores que deve assegurar a qualidade do atendimento ao usuário e a sobrevivência da unidade de saúde neste cenário de mudanças e competitividade.

A garantia da qualidade dos serviços prestados se dá através de programas de capacitação bem organizados com monitorização e avaliação dos resultados dos cuidados, com declínio de riscos através da padronização do processo e equipes adequadamente treinadas.

Desta forma percebemos a necessidade de incorporar na prática o eixo pedagógico que se trata de uma mudança paradigmática, no sentido de perceber o trabalhador na sua totalidade, compreendendo que este necessita estar continuamente em processo de crescimento pessoal e profissional, elaborando um diagnóstico do perfil da sua práxis. A busca pelo aprimoramento daqueles que trabalham nas unidades de saúde dar-se-á não apenas pela oferta de educação continuada, mas também pela oportunidade dos profissionais sentirem-se agentes do seu próprio aprendizado.

Proporcionar o desenvolvimento pessoal e profissional da equipe, ampliando seus conhecimentos e habilidades técnicas, através de um cronograma de treinamentos teóricos e práticos, bem como selecionar e capacitar pessoas para atender e levar ao paciente a assistência de qualidade.

Estruturar um serviço que atenda às necessidades dos profissionais da assistência.

Conscientizar da importância do desenvolvimento prático, qualificando e capacitando profissionais buscando reter talentos para a empresa.

Desta forma, percebendo a necessidade de incorporar na prática o eixo pedagógico que se trata de uma mudança paradigmática, o responsável de cada setor se encarregará de levantar as necessidades de treinamentos buscando abranger os seguintes critérios:

- Rotinas de trabalho relacionadas ao setor e rotinas sistêmicas, que serão aplicáveis a toda organização; Demandas identificadas nas Avaliações de Desempenho de cada colaborador;
- Comportamentais;
- Treinamentos obrigatórios por Lei.

Melhoria de processos referentes os indicadores de resultado, relatos de não conformidade, pesquisa de satisfação do cliente interno e pesquisa de clima.

No modelo de Gestão da IIFHES, a educação é fundamentada pela prática, através de estágios curriculares, visitas técnicas, pós graduação, além de um programa de educação permanente para os colaboradores.

Todos os profissionais da unidade, estarão em constante atualização, seja através de literatura especializada, problematização em serviço, ensino à distância, participação em congressos e outros eventos relacionados. Mantendo os colaboradores atualizados, os profissionais deverão estudar a aplicabilidade dos novos conceitos ou tecnologias no âmbito da saúde hospitalar e coletiva.

Neste contexto, propomos um Setor de Educação Permanente, especificamente para promover ensino, pesquisa e atividade de extensão.

A qualificação do cuidado e a ampliação do acesso estão entre os principais temas trabalhados pelo IIFHES. Pensando na qualificação dos profissionais e dos processos de trabalho e do cuidado em saúde, propomos a realização de atividades formativas para discussão de temas relevantes ao Sistema Único de Saúde e ao município, listados a seguir:

- **Acolhimento e Humanização:** Política Nacional de Humanização e integralidade no cuidado à saúde. Esta atividade visa ampliar o acesso aos serviços de saúde, qualificando o acolhimento realizado pelas equipes, principalmente para os profissionais que atuam na recepção e triagem, fortalecendo, assim, o vínculo usuário-serviço-trabalhador;
- **Acidentes com perfuro-cortantes:** prevenção de acidentes com perfuro-cortantes, reforçando as diretrizes treinamento da NR32;
- **Classificação de risco segundo Protocolo de Manchester.** Esta atividade visa qualificar o atendimento na Emergência, diminuindo o tempo de espera para atendimento, bem como a orientação do usuário;
- **Protocolos clínicos do atendimento de urgência e emergência (identificação de sintomas clínicos, atendimento e encaminhamento na rede):** AVC, dor torácica, IAM e politrauma;
- **Protocolos clínicos de atendimento:** infecção de vias aéreas superiores, infecção

de trato urinário, isolamento e infecção hospitalar, passagem de sonda, úlcera por pressão, prevenção de queda e percepção de riscos;

- Protocolos, fluxos e rotinas: comunicação de óbito, alta hospitalar, registro e organização do prontuário;
- Indicadores de saúde e faturamento;
- Lavagem de mãos: campanha de conscientização para o correto procedimento de lavagem de mãos. Essa atividade visa atuar no controle de infecção hospitalar;
- Assistência farmacêutica: Uso de medicamentos específicos (antibióticoterapia), fluxos de medicamentos não atendidos pela REMUME, medicamentos com condições específicas de prescrição e dispensa.

O processo de mudança organizacional é estruturado na educação construtivista, na consultoria de procedimentos, nos valores individuais e na convergência dos objetivos.

A Alta administração –, Gerência, Coordenação, Corpo Clínico devem estar cientes e comprometidos com a proposta, cedendo um tempo para isto, tendo vontade para promover mudança e se responsabilizem por todo o processo, sendo este um fator crítico de sucesso.

O aprendizado é baseado na experiência e não só em conhecimentos intelectualizados.

As atividades serão orientadas para a ação dentro da Organização, tendo o coordenador como um facilitador do processo e a organização como o sujeito das ações, ou seja, vivenciamos os métodos e ferramentas e as pessoas da organização praticam e concretizam as ações de mudanças. Há ênfase em mudar atitudes e comportamentos.

#### OBJETIVO GERAL

Capacitar todas as forças produtivas para o desenvolvimento de um processo planejado de mudanças organizacionais, envolvendo gestão estratégica, humanização do atendimento, gestão do ambiente e processos.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Contribuir ativamente para a modernização e desenvolvimento do setor saúde;
- ✓ Proporcionar o desenvolvimento científico, gerencial, técnico e emocional dos profissionais;
- ✓ Contribuir para a oferta de serviços eficazes, capazes de satisfazer as reais necessidades dos pacientes;
- ✓ Identificar, compreender e facilitar os processos e fatores críticos presentes na relação entre profissionais e administração;
- ✓ Refletir sobre os fatores intra e interpessoais que afetam as relações humanas;

- ✓ Desenvolver um sistema de gestão do ambiente que promova o bem-estar, a segurança e satisfação dos usuários;
- ✓ Desenvolver um sistema de gestão de processos com vistas à melhoria contínua.

## ESTRUTURA NECESSÁRIA

O programa de educação permanente contará com uma área dedicada ao Ensino e pesquisa e contará com apoio de um comitê científico constituído por todos os gerentes e responsáveis de serviço que fazem parte da nossa equipe. Este Núcleo será responsável por todo o Programa de Educação Permanente.

## PERFIL TÉCNICO DA LIDERANÇA EM EDUCAÇÃO PERMANENTE

- ✓ Experiência e Domínio em métodos de Gestão pela Qualidade;
- ✓ Domínio ferramentas de qualidade, Ciclo de Aprendizagem e condução de reuniões;
- ✓ Habilidade e conhecimento científico/técnico na aplicação de diversos modelos de intervenção, conforme as fases e os ciclos da organização e do indivíduo;
- ✓ Conhecimento e prática na aplicação de dinâmicas e técnicas vivenciais de grupo;
- ✓ Habilidades para lidar com estratégias e atitudes comportamentais e com os conflitos existentes entre grupos x organização;

- ✓ Conhecimento científico e técnico em modelos de intervenção de educação construtivista; Habilidade interpessoal e experiência na resolução de conflitos e métodos de tomadas de decisão.

## DINAMICA INICIAL DE TRABALHO

De acordo com a metodologia sugerida, a liderança em questão seguirá os seguintes passos: Entrevista com Diretoria Geral e Gerência operacional e administrativa de cada lote.

Entrevista com os Coordenadores e demais profissionais da unidade.

Visita in loco, às instalações da unidade, visando observar a estrutura física, os processos de trabalho, e a cultura organizacional.

Reunião para apresentação das percepções levantadas pela liderança em Educação permanente durante o processo de diagnóstico.

## PRAZO

O prazo esperado para a obtenção dos primeiros resultados é em torno do primeiro ano de treinamento em Serviço. Este prazo é necessário, já que nos primeiros meses as lideranças estarão em contato com toda a unidade, promovendo palestras, encontros e discussões, percebendo as demandas de cada setor, para então obter os resultados em conjunto.

## PROGRAMA DE TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS

O objetivo do Programa é definir diretrizes para o Desenvolvimento de Pessoas do IIFHES , estabelecer estratégias e explicitar aos colaboradores os critérios que o norteiam.



Anualmente o IIFHES realizará o Levantamento das Necessidades de Treinamento a fim de elaborar o Plano de Desenvolvimento de Pessoas (PDP), que se define pelo conjunto de programas de treinamento planejados para o decorrer do ano, com custos e com cronograma da realização das atividades.

### LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES DE TREINAMENTO

O processo de levantamento de necessidades resultará em um conjunto de informações relativas ao treinamento e desenvolvimento de pessoal, tais como:

- ✓ Justificativa das necessidades;

- ✓ Pessoas envolvidas no processo;
- ✓ Tipos de ações possíveis;
- ✓ Prioridade de atendimento;
- ✓ Sugestões de instituições patrocinadoras do evento;
- ✓ Matriz de Competências, Perfil ocupacional de entrada x Qualificação Profissional: Síntese das responsabilidades, escolaridade, experiência, conhecimentos básicos, habilidades e requisitos desejáveis para o ocupante do cargo e a qualificação de cada colaborador neste perfil;
- ✓ Diagnóstico: Análise das causas de déficits de desempenho ou da diferença entre o nível real e o nível desejado das competências profissionais dos colaboradores do IIFHES.

O diagnóstico irá abranger dois níveis:

- I. Organizacional – Análise em nível macro organizacional das necessidades de treinamento, voltado ao atendimento dos objetivos estratégicos;
- II. Individual e de Equipe – Voltado para o estabelecimento das competências necessárias para cada colaborador ou para cada área, com vistas ao Plano

Estratégico estabelecido pelo IIFHES.

## AVALIAÇÃO DE EFICÁCIA DO PROGRAMA

É posterior a realização da ação. É realizada pela liderança do colaborador que participou do evento. Objetiva verificar a aplicação dos conteúdos apreendidos.

Trata-se de averiguar até que ponto o treinamento produziu as modificações desejadas e se os resultados obtidos contribuíram efetivamente para os objetivos do IIFHES.

Para efeito de análise, deverão ser considerados:

- ✓ Avaliações do aprendizado;
- ✓ Avaliação de satisfação;
- ✓ Produtividade alcançada antes e depois; Resultado da avaliação de desempenho;
- ✓ Clima de trabalho;
- ✓ Relacionamento interpessoal;
- ✓ Aplicação dos conhecimentos obtidos.

## PROGRAMA DE RETENÇÃO DE TALENTOS

O programa concede meios atrativos de crescimento, incentivo e desenvolvimento profissional e pessoal, valorizando, reconhecendo e motivando os

nossos colaboradores, fortalecendo o vínculo do IIFHES, com os nossos colaboradores a fim de diminuir a perda de recursos qualificados para outras instituições, obter melhores resultados organizacionais, reduzir o turnover, os custos e gerar maior credibilidade e confiança da instituição perante os colaboradores.

A retenção de talentos inicia-se desde o momento da admissão, onde o colaborador é acolhido e orientado através do Programa de Integração do Novo Colaborador. O intuito é proporcionar uma inserção eficaz que lhe possibilite efetuar o seu desenvolvimento e a sua aculturação aos valores éticos, profissionais e à missão do IIFHES. Posteriormente ele é supervisionado por um profissional mais experiente, que será responsável por orientá-lo durante a execução de suas atividades nos primeiros meses de trabalho, assim como ajudá-lo a se inserir socialmente na empresa.

A área de Gestão de Pessoas cria condições para a retenção de talentos a partir do momento em que proporciona aos colaboradores pleno conhecimento das oportunidades de crescimento profissional dentro do IIFHES na divulgação de todos os processos seletivos públicos externos e internos.

Buscamos valorizar, reconhecer, motivar e encorajar o colaborador na exploração de sua capacidade potencial em busca de maior conhecimento e desenvolvimento através do Programa de Avaliação e Acompanhamento de Resultados. Esta ferramenta permite identificar aspectos de natureza interpessoal, organizacional, ambiental que influenciam no desempenho dos colaboradores.

O programa possibilita avaliar e acompanhar o desempenho dos trabalhos das

equipes envolvidas e da eficácia organizacional, definir metas e objetivos dos colaboradores com o seu superior imediato e levantar os dados necessários para tornar efetiva a promoção dos colaboradores. Possibilita, ainda, apontar os índices de qualidade de vida, condições de trabalho e as necessidades de treinamento.

Através do levantamento de necessidade de treinamento é possível definir os investimentos necessários no desenvolvimento das competências estratégicas para atender aos objetivos organizacionais a curto, médio e longo prazo.

Incentivamos a multiplicação de palestras ou treinamentos realizados pelos próprios colaboradores sobre temas que dominam, reconhecendo e destacando mensalmente os melhores funcionários.

Promovemos, ainda, reuniões periódicas entre gestores para multiplicação de boas práticas e encontros com o presidente para discussão do Planejamento Estratégico da organização e apresentação de críticas e sugestões.

Adotamos práticas de visitas semanais às unidades, onde aplicamos o check list com os Gerentes e colaboradores, para que tenhamos um retrato fiel da realidade daquela unidade e possamos corrigir e ajudar nas soluções dos problemas levantados. Realizamos uma breve pesquisa de clima com colaboradores externos e com usuários a fim de descobrir como estão suas expectativas, intensificar a credibilidade da organização e ouvir sugestões de melhoria. Por fim, no intuito de integrar as pessoas, possuímos um canal direto de comunicação com a área de gestão de pessoas, onde os funcionários podem debater sobre assuntos diversos, tirar dúvidas, fazer críticas,

sem a obrigatoriedade de identificação.

O nosso maior objetivo é garantir satisfação no ambiente de trabalho onde o equilíbrio entre as obrigações profissionais e pessoais estejam presente.

### **C.3.1.3. COMISSÕES OBRIGATÓRIAS E GRUPOS DE TRABALHO.**

A seguir apresentaremos a ORGANIZAÇÃO do plano específico com definição das comissões obrigatórias e grupos de trabalhos que serão implantados na Unidade.

#### **COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR**

##### **CONTEÚDO**

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar é o órgão que assessora a autoridade máxima da instituição, desenvolvendo e executando sistematicamente, ações de controle e redução máxima de infecções hospitalares, regida atualmente pela portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998 do Ministério da Saúde.

##### **MEMBROS COMPONENTES**

Será constituída por membros da área da saúde, com formação superior, formalmente designados por atos próprios registrados em ATA, constituindo-se de membros executores – no mínimo 02 (dois) técnicos de nível superior, sendo

preferencialmente, um enfermeiro, com carga horária à ser definida pelo número de leitos e consultores representantes dos seguintes serviços: médico, enfermagem, farmácia, laboratório e administração.

## **OBJETIVOS DA COMISSÃO**

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar deverá elaborar, implementar, manter e avaliar programas de controle de infecção hospitalar, adequados às características e necessidades da unidade, reduzindo ao máximo possível incidência e gravidade das infecções hospitalares, contemplando ações relativas a:

- Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecções Hospitalares, de acordo com as determinações do Ministério da Saúde;
- Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico operacionais, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- Capacitação dos profissionais da Unidade para a prevenção e controle das infecções hospitalares;
- Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;

- Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIH;
- Realizar investigação epidemiológica de casos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;
- Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima da Unidade, a situação do controle das infecções;
- Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso na Unidade, por meio de medidas adequadas;
- Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das infecções;
- Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;
- Elaborar regimento interno para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

- Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;
- Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização e/ou produtos industrializados.

## **FREQUÊNCIA DE REUNIÕES**

As reuniões serão mensais, ou em menor tempo caso seja necessário, julgado por algum membro da Comissão.

## **CONTROLE DAS MESMAS PELA DIREÇÃO**

Todas as reuniões, sejam ordinárias ou extraordinárias, serão registradas em Ata e arquivadas na Direção da Unidade, deverão constar minimamente os membros presentes e assinaturas, os assuntos deliberados, as recomendações e pareceres.

➤ **CRONOGRAMA DE ATIVIDADES E IMPLANTAÇÃO**

<b>CRONOGRAMA DE ATIVIDADES</b>	
<b>ATIVIDADES</b>	<b>PERIODICIDADE</b>
Relatório informando a situação das infecções hospitalares	Mensal
Investigação epidemiológica de casos e surtos	Semanal
Treinamento em todos os setores assistenciais	Semanal
Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções na unidade	Diário
Acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores epidemiológicos de infecção hospitalar.	Diário
Reunião com os componentes	Mensal
Ata de Reunião	Mensal
Relatório de Auditoria	Semestral

## **COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA**

### CONTEÚDO

A Comissão de Ética médica (CEM) constitui, por delegação do Conselho Regional de Medicina, uma atividade das instituições médicas, estando a ele vinculadas. Têm funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina em sua área de abrangência.

Vinculada ao Conselho Regional de Medicina e devem manter sua autonomia em relação às instituições onde atuam, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à Direção do estabelecimento.

### **MEMBROS COMPONENTES**

As comissões de Ética Médica serão compostas por 1 (um) presidente, 1 (um) secretário e demais membros efetivos e suplentes. Nas instituições com até 15 (quinze) médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição da CEM. Na instituição que possuir de 16 (dezesesseis) a 99 (noventa e nove) médicos, a CEM deverá ser composta por 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes.

Cabe ressaltar que não poderão integrar a CEM os médicos que exercerem cargo de Direção Técnica, Clínica ou Administrativa na instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional.

Quando os investidos nas funções acima após terem sido eleitos, os membros efetivos serão substituídos pelos suplentes, tendo o mandato da CEM a vigência de 30 (trinta) meses.

No caso de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a comissão procederá a convocação do suplente respeitando a ordem de votação para a carga concorrida, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo oficializar tal decisão ao Conselho Regional de Medicina imediatamente após o feito. Se o membro da CEM deixar de fazer parte do Corpo clínico do estabelecimento de saúde, seu mandato cessará automaticamente.

Já nos casos de vacância do cargo de presidente ou secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato. Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da CEM, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos de membros efetivos ou suplentes.

No caso de três Convocações consecutivas, não havendo nenhum inscrito, a unidade deverá encaminhar ao CRM uma ata relatando a situação e a impossibilidade encontrada em cumprir a Resolução do CFM nº1.657/2002, anexando ao documento os 3 Editais publicados. Assim feito o CRM deverá encaminhar um representante na unidade, e este será o responsável por designar o médico que irão compor a CEM da instituição.

## OBJETIVOS DA COMISSÃO

Em relação a sua atribuição compete à Comissão de Ética Médica (CEM):

- 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 CRM quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;
- Comunicar ao CRM o exercício ilegal da profissão;
- Comunicar ao CEM as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;
- Comunicar ao CRM 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 CRM, sem emitir juízo;

- Verificar se a instituição onde atua está regularmente inscrita no CEM e em dia com as suas obrigações;
- Colaborar com o CRM na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;
- Elaborar e encaminhar ao CRM relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição onde atua;
- Atender as convocações do CRM;
- 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 usuários da instituição de saúde onde atua sobre questões referentes à Ética Médica.

## **FREQUÊNCIA DE REUNIÕES**

A Comissão se reunirá ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que convocado pelo Presidente ou por requerimento da maioria de seus componentes.

## **CONTROLE DAS MESMAS PELA DIREÇÃO**

Todas as reuniões, sejam ordinárias ou extraordinárias, serão registradas em Ata e arquivadas na Direção da Unidade, deverão constar minimamente os membros presentes e assinaturas, os assuntos deliberados, as recomendações e pareceres.

## **➤ CRONOGRAMA DE ATIVIDADES E IMPLANTAÇÃO**

<b>CRONOGRAMA DE ATIVIDADES</b>	
<b>ATIVIDADES</b>	<b>PERIODICIDADE</b>
Fiscalizar o exercício da atividade médica	Diária
Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica	Mensal
Instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício	Quando for necessário
Promover debates sobre temas da ética médica	Mensal
Ata de Reunião	Mensal
Reunião com os coordenadores médicos	Mensal
Relatório de Auditoria	Semestral

## **COMISSÃO DE ÉTICA ENFERMAGEM**

### CONTEÚDO

A Criação de uma Comissão de Ética (CEE) objetiva criar um grupo de trabalho nos padrões preconizados pela Resolução COFEN Nº 593/2018, suprimindo as demandas éticas institucionais e aproximando e realizando o intercâmbio da categoria de enfermagem com o Conselho Regional, a fim de discutir o exercício da profissão em

conformidade com os preceitos éticos. A CCE tem como finalidade igualmente divulgar, fomentar e estimular o desenvolvimento de estudos e análises das questões éticas, técnicas e administrativas próprias da prática do exercício profissional.

## **MEMBROS COMPONENTES**

Em instituições compostas a partir de 50 (cinquenta) profissionais a Comissão de Ética de Enfermagem será constituída por, no mínimo, 3 (três) e no máximo 11 (onze) profissionais de Enfermagem, facultada a eleição de suplentes, sempre respeitando o número ímpar de efetivos, entre enfermeiros e técnicos e auxiliares de enfermagem.

A Comissão de Ética de Enfermagem será composta por presidente, secretário e membro, dentre os profissionais mais votados, cabendo ao Enfermeiro o cargo de presidente. (RESOLUÇÃO COFEN Nº 593/2018).

As eleições para constituição da CEE serão convocadas até 60 (sessenta) dias antes do dia do pleito, mediante edital público, firmado pelo Enfermeiro RT, a ser fixado em todos os setores em que sejam prestados serviços de enfermagem na Unidade de saúde.

O Enfermeiro RT constituirá comissão eleitoral para encaminhamento do pleito. Cabe à comissão eleitoral receber os pedidos de inscrição e sobre eles decidir. O voto será em cédula depositado em urna indevassável. Serão considerados eleitos os candidatos que obtiverem o maior número de votos válidos.

A cópia de todo o processo eleitoral deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Enfermagem para análise, avaliação e parecer de Conselheiro para aprovação do nome dos profissionais eleitos, em Plenário, podendo para tanto utilizar o meio eletrônico.

O mandato dos membros eleitos da CEE será de 3 (três) anos, admitida apenas uma reeleição. Toda Comissão de Ética deverá haver um Presidente cujas funções precípuas são:

- Presidir e orientar as reuniões ordinárias e extraordinárias;
- Convocar os membros para as reuniões ordinárias e extraordinárias;
- Organizar e encaminhar os relatórios;
- Deter o “voto de qualidade”, quando ocorrer de empate em deliberações diversas.

#### **OBJETIVOS DA COMISSÃO**

- Realizar reunião ordinária mensal e extraordinária, quando necessário;
- Representar o Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição na instituição de saúde em se tratando de temas relacionados à divulgação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;

- Divulgar e zelar pelo cumprimento da Legislação de Enfermagem ora vigente;
- Identificar as ocorrências éticas e disciplinares na instituição de saúde onde atua;
- Receber denúncia de profissionais de enfermagem, usuários, clientes e membros da comunidade relativa ao exercício profissional da enfermagem;
- Elaborar relatório, restrito à narrativa dos fatos que ensejaram a denúncia, anexando documentação, se houver, relativa a qualquer indício de infração ética;
- Encaminhar o relatório ao Conselho Regional de Enfermagem e ao Enfermeiro Responsável Técnico (RT) da instituição, para conhecimento, nos casos em que haja indícios de infração ética ou disciplinar;
- Propor e participar em conjunto com o Enfermeiro RT e Enfermeiro responsável pelo Serviço de Educação Permanente de Enfermagem, ações preventivas e educativas sobre questões éticas e disciplinares;
- Junto ao Centro de Estudos / Setor de Educação Permanente / Continuada da Instituição realizar cursos, seminários, palestras e outros eventos que visem a

contribuir para o crescimento dos profissionais de enfermagem da instituição, no aspecto técnico e ético, solicitando apoio ao COREN e as entidades de representação classista;

- Assessorar a Diretoria / Chefia / Coordenadora de Enfermagem da Instituição, nas questões ligadas à ética profissional;
- Divulgar as atribuições da CEE;
- Participar das atividades educativas do Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição e atender as solicitações de reuniões e convocações inerentes às atribuições da CEE, inclusive promover e participar de treinamento e capacitação;
- Elaborar relatório anual de atividade a ser encaminhado ao Conselho Regional de Enfermagem;
- Apresentar anualmente relatório de suas atividades ao Conselho Regional de Enfermagem;
- Realizar votação dos relatórios de casos em aberto

- Realizar discussões sobre problemas existentes na Unidade de saúde e formas de resolvê-los;
- Outras deliberações pertinentes ao perfil da CEE.

## **FREQUÊNCIA DE REUNIÕES**

As Reuniões da CEE serão mensais em cronograma determinado pelo Presidente da Comissão na ocasião da primeira reunião.

Caso ocorra algum evento que demande reunião da Comissão de Ética de Enfermagem antes da próxima reunião ordinária, poderá ocorrer reunião extraordinária desde que haja requisição de 2/3 dos membros.

## **CONTROLE DAS MESMAS PELA DIREÇÃO**

Todas as reuniões, sejam ordinárias ou extraordinárias, serão registradas em Ata e arquivadas na Direção da Unidade, deverão constar minimamente os membros presentes e assinaturas, os assuntos deliberados, as recomendações e pareceres.

➤ **CRONOGRAMA DE ATIVIDADES E IMPLANTAÇÃO**

<b>CRONOGRAMA DE ATIVIDADES</b>	
<b>ATIVIDADES</b>	<b>PERIODICIDADE</b>
Ata de Reunião	Mensal
Reunião com os componentes	Mensal
Relatório anual de atividade a ser encaminhado ao COREN	Anual
Apurar previamente as infrações e irregularidades em que estejam envolvidos profissionais de enfermagem	Semanal
Encaminhar ao COREN listagem dos profissionais de enfermagem lotados na instituição	Semestral
Treinar os enfermeiros	Semanal

## **COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

### CONTEÚDO

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos – (CGR) surge da necessidade de criação de ações que viabilizem a implantação, execução e manutenção do Plano de Gerenciamento de Resíduo de Serviços de Saúde (PGRSS), documento responsável pela conduta para a minimização ou não geração de resíduos, através de diretrizes compatíveis com as normas legais para o manejo dos mesmos. Regulamentada pela RDC ANVISA 222 de 28 de março de 2018 e pela Resolução CONAMA 358 de 29 de abril de 2005.

### **MEMBROS COMPONENTES**

A Comissão será formada preferencialmente por profissionais multidisciplinares, tais quais, representantes dos setores de: farmácia, laboratório, administração e segurança do trabalho.

### **OBJETIVOS DA COMISSÃO**

Dentre seus objetivos estão; diagnosticar não conformidades, propondo medidas preventivas e corretivas, assim como, orientando e supervisionando o manejo dos resíduos de serviços de saúde, com o intuito de:

- Prevenir riscos à saúde e ao meio ambiente, por meio do correto gerenciamento

dos resíduos gerados pelos serviços de saúde;

- Racionalizar o consumo de material, evitando desperdícios;
- Maximizar a segregação dos resíduos recicláveis;
- Instrumentalizar as pessoas para aderirem ao programa de coleta seletiva e cumprir a legislação vigente.

## **FREQUÊNCIA DE REUNIÕES**

A Comissão se reunirá ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que convocado pelo Presidente ou por requerimento da maioria de seus componentes.

## **CONTROLE DAS MESMAS PELA DIREÇÃO**

Todas as reuniões, sejam ordinárias ou extraordinárias, serão registradas em Ata e arquivadas na Direção da Unidade, deverão constar minimamente os membros presentes e assinaturas, os assuntos deliberados, as recomendações e pareceres.

## **➤ CRONOGRAMA DE ATIVIDADES E IMPLANTAÇÃO**

### Cronograma de Implantação do PGRSS

Descrição da Fase	Sem1	Sem2	Sem3	Sem4	Sem5	Sem6	Sem7	Sem8	Sem9	Sem10	Sem11	Sem12	Sem13	Sem14	Sem15	Sem16	Sem17	Sem18	Sem19	Sem20	Sem21	Sem22	Sem23	Sem24	Sem25	Sem26	Sem27	Sem28	Sem29	Sem30	Sem31	Sem32	Sem33	Sem34	Sem35	Sem36	Sem37	Sem38	Sem39	Sem40	Sem41	Sem42	Sem43	Sem44	Sem45	Sem46	Sem47	Sem48													
<b>Diagnóstico da Gestão de Resíduos na US</b>																																																													
Visitas de Inspeção na US																																																													
Elaboração e entrega do Relatório "Diagnóstico da Gestão de Resíduos na US"																																																													
<b>Definição da Equipe de Trabalho</b>																																																													





## **COMISSÃO DE ÓBITOS**

### CONTEÚDO

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da instituição.

As Resoluções CREMESP Nº 114/2005, CREMERJ nº 40/1992, CREMEPE nº 02/2005, CRM/PB nº 138/2009 e CREMERN nº 002/2011 tornam obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Óbitos em estabelecimentos hospitalares, no âmbito de suas jurisdições e a Portaria MS nº 3123 de dezembro de 2006 estabelece a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito para o Processo de Contratualização dos Hospitais do Sistema Único de Saúde.

### **MEMBROS COMPONENTES**

A comissão de revisão de óbitos será criada por designação da Direção da Unidade, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro mecanismo que a unidade julgar

adequado. A duração do seu mandato deverá ser coincidente com o mandato da Diretoria Clínica da unidade.

O número de membros da Comissão de Revisão de Óbitos será determinado pela Diretoria de cada instituição, de acordo com suas características.

Em relação a sua composição, o número de membros da comissão não poderá ser inferior a três. A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática. Será enviado ao Conselho Regional de Medicina um ofício subscrito pela Direção Técnica da instituição, com o número do CRM dos médicos componentes da Comissão de Revisão de Prontuários Médicos, esclarecendo sua forma de escolha (nomeação, aclamação ou eleição).

## **OBJETIVOS DA COMISSÃO**

A Comissão de Revisão de Óbitos deve desenvolver as seguintes atribuições:

- Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos à óbitos que lhe forem enviados;
- Deverá avaliar a totalidade de óbitos e dos laudos necroscópicos quando existirem;

- Elaborar normas de auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
- Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas;
- Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo Serviço de Verificação de óbitos;

- Zelar pelo sigilo ético das informações;
- Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado;
- Assessorar a direção de Departamento Técnico ou Clínica da instituição em assuntos de sua competência;
- Definir anualmente metas de melhoria e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação da Educação Permanente;
- Desenvolver Atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes da instituição;
- Deverá enviar seus relatórios ao Diretor Clínico e à Comissão de Ética Médica.

## **FREQUÊNCIA DE REUNIÕES**

Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade de cada unidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas

reuniões bimensais. Essas reuniões deverão ser registradas em ata pelo secretário da comissão e arquivada em local próprio previamente estabelecido.

## **CONTROLE DAS MESMAS PELA DIREÇÃO**

Todas as reuniões, sejam ordinárias ou extraordinárias, serão registradas em Ata e arquivadas na Direção da Unidade, deverão constar minimamente os membros presentes e assinaturas, os assuntos deliberados, as recomendações e pareceres.

### ➤ **CRONOGRAMA DE ATIVIDADES E IMPLANTAÇÃO**

<b>CRONOGRAMA DE ATIVIDADES</b>	
<b>ATIVIDADES</b>	<b>PERIODICIDADE</b>
Analisar 100% dos óbitos	Mensal
Revisar por amostragem os prontuários dos pacientes internados e pós alta da unidade	Semanal
Relatório detalhado sobre o perfil epidemiológico dos óbitos	Semestral
Reunião com todos os membros	Mensal
Verificar possíveis dúvidas com os médicos	Semanal

responsáveis	
Realizar Auditoria	Semestral
Ata da Reunião	Mensal

## COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

### CONTEÚDO

A Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) tem por finalidade atender a resolução CFM nº 1638/2002 que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico (que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo).

É uma comissão assessora vinculada diretamente à Direção do Estabelecimento, a qual cabe designar seus membros, seja por indicação técnica, por eleição do corpo clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado.

### MEMBROS COMPONENTES

- ✓ A Comissão será coordenada por um médico.

- ✓ Outros profissionais da área da saúde poderão compor o rol de membros da Comissão de Revisão de Prontuários Médicos;
- ✓ Um médico que exercerá a função de Coordenação da comissão;
- ✓ Um enfermeiro da unidade, que exerça função assistencial;
- ✓ Um funcionário do setor de faturamento, quando a unidade possuir esse setor;
- ✓ E/ou um funcionário responsável pela manutenção e guarda dos prontuários.

A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática. Cabe ressaltar que deverá ser enviado ao Conselho Regional de Medicina um ofício subscrito pela Direção Técnica da instituição, com o número do CRM dos médicos componentes da Comissão de Revisão de Prontuários Médicos, esclarecendo sua forma de escolha (nomeação, aclamação ou eleição).

## **OBJETIVOS DA COMISSÃO PARA O PRIMEIRO ANO DE CONTRATO**

A Comissão de Revisão de Prontuários possui as seguintes atribuições:

Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou de 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);
- Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;
- Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que 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 obrigatórias também a assinatura e o respectivo número do CRM;
- Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita da história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou remoção para outra

unidade;

- Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e da Direção técnica da unidade;
- Deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

## **FREQUÊNCIA DE REUNIÕES**

Quanto a periodicidade das reuniões, estas devem acontecer conforme a necessidade, sendo obrigatória uma reunião ordinária a cada dois meses e extraordinariamente quando convocada pelo presidente da CRP.

## **CONTROLE DAS MESMAS PELA DIREÇÃO**

Todas as reuniões, sejam ordinárias ou extraordinárias, serão registradas em Ata e arquivadas na Direção da Unidade, deverão constar minimamente os membros presentes e assinaturas, os assuntos deliberados, as recomendações e pareceres.

➤ **CRONOGRAMA DE ATIVIDADES E IMPLANTAÇÃO**

<b>CRONOGRAMA DE ATIVIDADES</b>	
<b>ATIVIDADES</b>	<b>PERIODICIDADE</b>
Analisar 100% dos prontuários	Mensal
Revisar por amostragem os prontuários dos pacientes internados e pós alta da unidade	Semanal
Relatório detalhado sobre os dados do prontuário	Semestral
Reunião com todos os membros	Mensal
Verificar possíveis dúvidas com os médicos responsáveis	Semanal
Realizar Auditoria	Semestral
Ata da Reunião	Mensal

 **COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES**

CONTEÚDO

A Comissão Interna de Prevenção a Acidentes – CIPA foi estabelecida pela Norma Regulamentadora (NR) nº 3.214, de 08 de junho de 1978, do Ministério do Trabalho, a qual estabelece que seu objetivo é prevenir acidentes e/ou doenças decorrentes das atividades laborais, tornando-as permanentemente compatíveis com a vida e saúde do colaborador. Aplica-se à qualquer empresa/instituição que admitam trabalhadores como empregados.

### **MEMBROS COMPONENTES**

Será composta por representantes do empregador e dos empregados, dimensionados de acordo com o quantitativo de RH esperado para cada unidade e diretrizes estabelecidas pela mesma normativa, entre titulares e suplentes, no qual, os representantes dos empregados são eleitos por votação direta entre os colaboradores, com mandato de 01 ano.

Entre as características dos componentes da CIPA estão: proatividade, espírito de equipe, pleno conhecimento do ambiente de trabalho e liderança situacional, colaborando na detecção e conseqüentemente neutralização das fontes de riscos, assim como a dispersão entre os funcionários, das normas de segurança para manutenção e promoção da saúde do trabalhador.

### **OBJETIVOS DA COMISSÃO**

Os principais objetivos da Comissão são:

- Elaborar planos que viabilizem ações preventivas relativas à saúde e segurança do trabalhador;
- Divulgar e promover o cumprimento das NR's, assim como cláusulas de acordo e convenções coletivas relativas à segurança e saúde do trabalhador;
- Identificar os riscos do processo de trabalho, elaborando mapas de riscos (representação ilustrativa dos riscos presentes nos diferentes setores, através do layout da empresa), com a participação do maior número de trabalhadores;
- Colaborar no desenvolvimento e implementação do PPRA e PCMSO e de outros programas relacionados à saúde do trabalhador;
- Participar anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção a AIDS;
- Realizar, a cada reunião, a avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que forem identificadas periodicamente.

É importante ressaltar que, serão promovidos treinamentos à cada membro da CIPA, perfazendo a carga horária determinada de 20 horas, à serem cumpridas em expediente normal da empresa em local apropriado, assim como as reuniões ordinárias mensais, estipuladas por calendário preestabelecido.

### **FREQUÊNCIA DE REUNIÕES**

Serão realizadas reuniões ordinárias mensais, estipuladas por calendário preestabelecido. Em caso de denúncia de risco grave e iminente, solicitação expressa de uma representação e/ou acidente grave ou fatal, deverá ocorrer reunião extraordinária da Comissão, evidenciando seu objetivo na promoção e saúde do trabalhador.

### **CONTROLE DAS MESMAS PELA DIREÇÃO**

Todas as reuniões, sejam ordinárias ou extraordinárias, serão registradas em Ata e arquivadas na Direção da Unidade, deverão constar minimamente os membros presentes e assinaturas, os assuntos deliberados, as recomendações e pareceres.

#### **➤ CRONOGRAMA DE ATIVIDADES E IMPLANTAÇÃO**

<b>CRONOGRAMA DE ATIVIDADES</b>	
<b>ATIVIDADES</b>	<b>PERIODICIDADE</b>

Ata de Reunião	Mensal
Reunião com os componentes	Mensal
Relatório trimestral de atividade a serem Desenvolvidas	trimestre
Apurar previamente as infrações e irregularidades	Semanal
Realizar educação permanente com os colaboradores	Mensal
Treinar a equipe	Semanal

## **COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPIA**

### CONTEÚDO

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é um órgão assessor da Diretoria Técnica responsável pelo desenvolvimento de ações para garantir o acesso e o uso seguro e racional de medicamentos. É estratégica e estabelece um instrumento para que o gestor possa tomar decisões mais uniformes e segundo diretrizes estabelecidas.

### **MEMBROS COMPONENTES**

Esta comissão possui como membros os seguintes representantes:

- 01 membro da parte técnica;
- 01 membro da administração;
- 01 membro da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);
- 01 Farmacêutico;
- 01 Médico da clínica médica;
- 01 Enfermeiro.

A comissão contará com apoio de núcleo operativo composto de um farmacêutico designado pelo coordenador da Farmácia. O Presidente poderá ser designado pelo Diretor técnico dentre os membros da Comissão, ou ser eleito pelos próprios membros da mesma.

As reuniões ordinárias da CFT ocorrerão a cada dois meses na sala de reuniões da Diretoria. O presidente poderá convocar reuniões extraordinárias com antecedência de 72 horas. As resoluções serão tomadas com número mínimo de 4 (quatro) membros convocados; não havendo quórum, será feita nova convocação.

Quanto as atribuições da CFT, estas estão definidas de acordo com as funções exercidas:

- Presidente

- Convocar e presidir as reuniões da Comissão de Farmácia e Terapêutica;
  - Dirigir os trabalhos da Comissão;
  - Indicar o seu substituto, entre os Membros da Comissão;
  - Representar a Comissão perante a Diretoria técnica;
  - Subscrever os documentos e resoluções da Comissão de Farmácia e Terapêutica;
  - Estabelecer a pauta para as reuniões ordinárias e extraordinárias;
  - Distribuir tarefas para os membros da Comissão.
- 
- Farmacêutico do Núcleo Operativo
    - Participar das reuniões da Comissão;
    - Realizar revisões bibliográficas sobre medicamentos;
    - Desenvolver em conjunto com os demais membros da CFT programas educativos relacionados com o uso racional de medicamentos;
    - Manter a Comissão informada a respeito de: lançamentos de medicamentos, alteração de formulação de medicamentos e normatizações do Ministério da

Saúde;

- Garantir a utilização de medicamentos com base na correta avaliação, seleção e emprego terapêutico na unidade;
  - Elaborar relatórios referentes a consumo de medicamentos na instituição;
  - Manter atualizada a relação de medicamentos padronizados;
  - Analisar preliminarmente as solicitações de inclusão/exclusão de medicamentos, agregando, principalmente, informações sobre custo e fornecedores disponíveis no mercado;
  - Auxiliar a Comissão na publicação de boletins informativos;
  - Elaborar informações técnicas para a equipe de enfermagem sobre medicamentos incluídos na padronização;
  - Prestar apoio logístico ao secretário da Comissão.
- Secretário
    - Registrar em atas as resoluções da Comissão de Farmácia e Terapêutica;
    - Receber e expedir a documentação da Comissão;
    - Manter arquivo da documentação.

- Todos os Membros da Comissão
  - Comparecer às reuniões convocadas;
  - Colaborar com os trabalhos da Comissão;
  - Divulgar junto a seus pares as deliberações da Comissão;
  - Substituir o presidente nos seus impedimentos por delegação escrita ou verbal.

## **OBJETIVOS DA COMISSÃO**

Os objetivos da Comissão de Farmácia e Terapêutica são:

- Assessoramento técnico à gerencia de assistência farmacêutica;
- Definir critérios para uso de medicamentos e produtos afins;
- Elaborar e incentivar a adoção de protocolos terapêuticos e diretrizes terapêuticas;
- Avaliar pedidos de inclusão e exclusão de medicamentos da relação de medicamentos essenciais;
- Contribuir com as ações de farmacovigilância;
- Propor normas e procedimentos relacionados a seleção, distribuição, prescrição e administração de medicamentos, agentes diagnósticos e saneantes;

- Assessorar a administração e os profissionais de saúde quanto às questões relacionadas a medicamentos;
- Assessorar quanto às questões relacionadas a pesquisas que utilizam medicamentos;
- Divulgar informações sobre medicamentos;
- Desenvolver programas educacionais na área de terapêutica farmacológica e utilização racional de medicamentos.

## **FREQUÊNCIA DE REUNIÕES**

A Comissão se reunirá ordinariamente uma vez a cada dois meses e, extraordinariamente, sempre que convocado pelo Presidente ou por requerimento da maioria de seus componentes.

## **CONTROLE DAS MESMAS PELA DIREÇÃO**

Todas as reuniões, sejam ordinárias ou extraordinárias, serão registradas em Ata e arquivadas na Direção da Unidade, deverão constar minimamente os membros presentes e assinaturas, os assuntos deliberados, as recomendações e pareceres.

## **➤ CRONOGRAMA DE ATIVIDADES E IMPLANTAÇÃO**

<b>CRONOGRAMA DE ATIVIDADES</b>	
<b>ATIVIDADES</b>	<b>PERIODICIDADE</b>
Ata de Reunião	Mensal
Reunião com os componentes	Mensal
Relatório trimestral de atividade a serem Desenvolvidas	trimestre
Apurar previamente as infrações e irregularidades	Semanal
Realizar educação permanente com os colaboradores	Mensal
Treinar a equipe	Semanal

## **NÚCLEO DE ENGENHARIA CLÍNICA**

### **CONTEÚDO**

A Engenharia Clínica é o setor responsável pela gestão das tecnologias utilizadas nas atividades produtivas de procedimentos ligados à assistência ao paciente, estabelecendo as estratégias de gestão da vida útil dessas tecnologias incorporadas através de rotinas de manutenções preventivas e corretivas. Também é do escopo da

engenharia clínica analisar várias opções de escolha de tecnologias existentes no mercado, definindo as especificações técnicas detalhadas dos equipamentos para aquisição e repassar para a comissão de compras. É um importante componente na gestão hospitalar pois age nas causas-raízes dos eventos adversos promovendo a sua mitigação e prevenção, sendo assim propomos em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde a implantação deste Núcleo.

## **MEMBROS COMPONENTES**

Compõem o Núcleo de Engenharia Clínica:

- O chefe do Setor de Engenharia Clínica, como coordenador;
- Um representante da Enfermagem;
- Um representante da Direção Médica;
- Um representante da Direção administrativa.

## **OBJETIVOS DA COMISSÃO**

Suprir a unidade quanto às necessidades de implantação, manutenção e recuperação do parque tecnológico.

- Elaborar, em consonância com a Direção da Unidade, o Plano de Manutenção do

Parque Tecnológico da unidade;

- Subsidiar tecnicamente o processo de aquisição de equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos;
- Subsidiar tecnicamente o processo de contratação de serviços de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos;
- Acompanhar o recebimento e distribuição de equipamentos médico hospitalares, laboratoriais e odontológicos entregues na unidade, bem com as instalações nas suas unidades;
- Acompanhar a execução dos serviços de manutenção preventiva e corretiva em equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos realizados por empresas contratadas;
- Promover e apoiar programas de capacitação de recursos humanos na operação e manutenção dos equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos na unidade;
- Coordenar a política de avaliação e incorporação de novas tecnologias em saúde,

no que se refere aos equipamentos médico-hospitalares e laboratoriais da unidade;

- Subsidiar tecnicamente a elaboração dos projetos de arquitetura e engenharia no que se refere à instalação de equipamentos médico hospitalares e laboratoriais da unidade.

## **FREQUÊNCIA DE REUNIÕES**

As Reuniões Comissão de Humanização da Assistência Hospitalar serão mensais em cronograma determinado pelo Presidente da Comissão na ocasião da primeira reunião.

## **CONTROLE DAS MESMAS PELA DIREÇÃO**

Todas as reuniões, sejam ordinárias ou extraordinárias, serão registradas em Ata e arquivadas na Direção da Unidade, deverão constar minimamente os membros presentes e assinaturas, os assuntos deliberados, as recomendações e pareceres.

### ➤ **CRONOGRAMA DE ATIVIDADES E IMPLANTAÇÃO**

<b>CRONOGRAMA DE ATIVIDADES</b>
---------------------------------

<b>ATIVIDADES</b>	<b>PERIODICIDADE</b>
Ata de Reunião	Mensal
Reunião com os componentes	Mensal
Realizar o Plano de Manutenção do Parque Tecnológico	Semanal
Realizar calibragem dos equipamentos de cada setor	Quinzenal
Realizar educação permanente com os colaboradores	Mensal

## **NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

### **CONTEÚDO**

O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente cuida de todos os processos existentes, inerentes à prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, tendo como diretrizes:

- Sedimentar a cultura e a prática de qualidade e segurança na instituição;
- Capacitar o corpo profissional para a prática com qualidade e segurança;
- Padronizar os processos de notificação de eventos adversos e proposição de

ações de melhoria;

- Garantir o gerenciamento de riscos na instituição;
- Monitorar os indicadores de qualidade dos serviços;
- Garantir a implantação das metas internacionais de segurança;
- Promover a comunicação dos processos de melhoria da qualidade em toda a instituição.

A melhoria da qualidade visa à construção de um sistema planejado estimulando a participação e a auto avaliação, incentivando as mudanças de atitudes e comportamentos a partir do incentivo à educação de todos os profissionais de saúde no aprimoramento dos processos de atendimento.

Cabe ao núcleo reunir um grupo de trabalho voltado à melhoria de serviço interno, aperfeiçoamento de protocolos, qualificação do cuidado em saúde, prevenção e redução de danos ao paciente.

A Comissão também é responsável por difundir a Cultura de Segurança do Paciente na Unidade, através de diferentes estratégias de sensibilização (treinamentos, palestras, oficinas, lembretes visuais, dentre outros). Cabe ainda ao Núcleo implementar as seis metas internacionais de segurança do paciente:

Meta 1 - Identificação Correta dos Pacientes;

Meta 2 - Comunicação Efetiva;

Meta 3 - Melhorar a Segurança dos Medicamentos de Alta Vigilância;

Meta 4 - Cirurgia Segura;

Meta 5 - Redução do risco de infecções associadas aos cuidados em saúde;

Meta 6 - Prevenção de danos decorrentes de quedas.

Vale ressaltar que a criação desse núcleo se encontra em consonância com a RDC nº 36 de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

## **MEMBROS COMPONENTES**

O Núcleo de Segurança do Paciente deve ser composta no mínimo por um profissional responsável com participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde. O restante da Comissão deve ser constituído e nomeado pela direção do serviço de saúde, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

### Membros Efetivos:

- Diretor Geral;

- Coordenador de Serviço Médico;
- Coordenador de Serviço de Enfermagem;
- Um membro da Equipe de Gerência de Risco;
- Um membro da Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Um membro da Comissão de Revisão de Óbito;
- Um membro da Comissão de Análise de Prontuário;
- Um membro da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Membros Consultivos:

- Um membro Representante do Núcleo de Saúde do Trabalhador;
- Um membro Representante da Comissão de Proteção Radiológica;
- Um membro Representante da Comissão de Biossegurança;
- Um membro Representante da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;
- Um membro Representante da Comissão de Gerenciamento de Resíduos.

**OBJETIVOS DA COMISSÃO**

- Promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;
- Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
- Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
- Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;

- Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;
- Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.
- Estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- Estabelecer estratégias e ações para integrar os diferentes processos de gestão

de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;

- Implementar protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
- Garantir a segurança na identificação do paciente;
- Garantir a segurança cirúrgica;
- Garantir a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- Garantir a segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
- Garantir a segurança no uso de equipamentos e materiais;
- Manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;
- Criar protocolos para prevenção de quedas dos pacientes;
- Criar protocolos para prevenção de úlceras por pressão;
- Criar protocolos para prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- Criar protocolos para segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- Criar protocolos e realizar treinamentos visando comunicação efetiva entre

profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;

- Criar protocolos para estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.
- Realizar o monitoramento dos incidentes e eventos adversos.

## **FREQUÊNCIA DE REUNIÕES**

As Reuniões do Núcleo de Segurança do Paciente serão mensais em cronograma determinado pelo Presidente da Comissão na ocasião da primeira reunião.

Caso ocorra algum evento que demande reunião do Núcleo de Segurança do Paciente antes da próxima reunião ordinária, poderá ocorrer reunião extraordinária desde que haja requisição de 2/3 dos membros efetivos.

## **CONTROLE DAS MESMAS PELA DIREÇÃO**

Todas as reuniões, sejam ordinárias ou extraordinárias, serão registradas em Ata e arquivadas na Direção da Unidade, deverão constar minimamente os membros presentes e assinaturas, os assuntos deliberados, as recomendações e pareceres.

É necessário um trabalho contínuo de sensibilização, comunicação, envolvimento, liderança efetiva da direção, treinamentos, presença ativa do staff e responsáveis dos setores rumo à excelência.

➤ **CRONOGRAMA DE ATIVIDADES E IMPLANTAÇÃO**

<b>CRONOGRAMA</b>	
<b>ATIVIDADES</b>	<b>PERIODICIDADE</b>
Relatório de não conformidades Encontradas na unidade	Semanal
Relatório de futuras melhorias	Mensal
Relatório de Prevalências encontradas nos setores	Semanal
Acompanhamento dos protocolos de Segurança do Paciente	Diário
Preenchimento das notificações de risco no Notivisa	Mensal
Ata de Reunião	Mensal
Reunião com os componentes	Mensal
Relatório de Auditoria	Semestral

## CONTEÚDO

O Núcleo Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) terá como uma das funções detectar e realizar a investigação das Doenças de Notificação Compulsória (DNC), atendidas na unidade.

A investigação epidemiológica de casos pode demonstrar o surgimento de novas doenças (doenças emergentes), a reemergência de outras e, até mesmo, mudanças na história natural de uma doença, com impacto importante para a saúde pública. Além disso, a notificação/investigação é imprescindível para o pagamento das contas hospitalares das referidas DNC.

O fluxo da notificação adotado deve seguir o desenvolvido para a unidade de saúde, após serem inseridos no SINAN NET (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), para a Secretaria Municipal de Saúde, e esta se responsabiliza por enviá-los para a Secretaria Estadual de Saúde com posterior envio para a Secretaria de Vigilância em Saúde do MS.

Os aspectos teóricos relacionados às práticas rotineiras do NVE, tais como definição de caso, descrição da doença, modo de transmissão, período de incubação, diagnóstico laboratorial, tratamento e medidas de controle estão disponíveis no Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, que deverá ser permanentemente consultado pela equipe.

Discutir com a Secretaria Municipal de Saúde a operacionalização das atividades da vigilância epidemiológica, apropriando-se do fluxo de notificação e investigação e

registro das informações nos sistemas disponíveis (SINAN, SIH, SINASC, SIM, dentre outros).

## **MEMBROS COMPONENTES**

O núcleo será composto por técnicos com formação superior e média e com conhecimento em vigilância epidemiológica, sendo o coordenador um profissional de nível superior.

A equipe deve ser dimensionada e estruturada de acordo com as necessidades e em consonância com a secretaria municipal de saúde. O NVE deve contar com equipe multidisciplinar, objetivando o aprimoramento contínuo dos processos de trabalho e desenvolvimento assistencial da unidade. Técnicas e conceitos oriundos da Epidemiologia, do Planejamento, das Ciências Sociais e da Tecnologia de Informação são elementos a serem incorporados para o alcance deste propósito.

## **OBJETIVOS DA COMISSÃO**

- Notificação de doenças e agravos;
- Investigação de doenças e agravos;
- Participação em investigação de surtos;
- Consolidação, em análise e divulgação da informação;

- Monitoramento;
- Realização de estudos epidemiológicos;
- Avaliação das ações de VE por meio de indicadores;
- Participação em atividades de imunização dos profissionais da unidade;
- Recomendação e promoção das medidas de controle;
- Retroalimentação;
- Vigilância Sentinela.

## **FREQUÊNCIA DE REUNIÕES**

A Comissão se reunirá ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que convocado pelo Presidente ou por requerimento da maioria de seus componentes.

## **CONTROLE DAS MESMAS PELA DIREÇÃO**

Todas as reuniões, sejam ordinárias ou extraordinárias, serão registradas em Ata e arquivadas na Direção da Unidade, deverão constar minimamente os membros presentes e assinaturas, os assuntos deliberados, as recomendações e pareceres.

➤ **CRONOGRAMA DE ATIVIDADES E IMPLANTAÇÃO**

<b>CRONOGRAMA</b>	
<b>ATIVIDADES</b>	<b>PERIODICIDADE</b>
Relatório das Notificações Realizadas	Semanal
Relatório de futuras melhorias	Mensal
Relatório de Prevalências encontradas nos setores	Semanal
Preenchimento das notificações	Diário
Ata de Reunião	Mensal
Reunião com os componentes	Mensal
Relatório de Auditoria	Semestral

 **COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA**

**CONTEÚDO**

A Criação de uma Comissão de Humanização da Assistência é a composição de um grupo sistematizado, participativo e deliberativo, que de forma organizada e democrática se destina a executar uma política Institucional de sensibilização, implementação e implantação da Humanização na assistência plena à saúde, conforme preconizado pela Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.

A comissão tem igualmente como seu norte otimizar a qualidade da assistência prestada ao usuário, e melhorar a qualidade de trabalho dos profissionais de saúde, compreendendo que a Humanização engloba os diferentes sujeitos envolvidos no processo de trabalho.

## **MEMBROS COMPONENTES**

Pela proposta de trabalho da Comissão é importante que seus membros sejam convidados pelos Chefes de área de acordo com seu perfil profissional ou que sejam voluntários para integra-la, não cabendo eleição.

A comissão de Humanização terá no mínimo um representante das seguintes áreas:

- Um membro da Direção Geral;
- Um membro da Coordenação Médica;
- Um membro da Coordenação de Enfermagem;
- Um membro da Coordenação Administrativa;
- Um membro da Gerência de Risco;
- Um membro do Setor de Recursos Humanos;
- Um membro da Comissão de Farmácia e Terapêutica;

- Um membro do Serviço Social;
- Um membro da equipe de apoio Técnico administrativa.

A Comissão deve, entre os membros de sua composição, definir um Presidente que terá em suas atribuições:

- Convocar as reuniões da Comissão;
- Representar a Comissão de Humanização de forma oficial internamente e externamente quando se fizer necessário;
- Executar e prestar contas das atividades da Comissão de Humanização para a Direção da Instituição quando solicitado;
- Homologar e encaminhar as decisões e deliberações da comissão às instâncias competentes;
- Ter sob sua responsabilidade e guarda os relatórios, atas e documentos da comissão.

## **OBJETIVOS DA COMISSÃO**

- Difundir uma nova cultura de humanização na Instituição;
- Fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes;
- Estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimentos e experiências no âmbito da Humanização;
- Desenvolver um conjunto de indicadores de resultados e sistema de incentivos ao tratamento humanizado;
- Estabelecer estratégias e mecanismos envolvendo e integrando os diferentes setores hospitalares para que tornem os serviços prestados mais humanizados;
- Definir metas para humanizar o processo de atenção à saúde;
- Promover estratégias de comunicação, envolvimento e integração entre os diferentes setores, bem como entre profissionais e usuários do serviço;
- Programar e realizar treinamentos sobre o tema humanização;
- Planejar, organizar e coordenar eventos e atividades voltadas à humanização no âmbito da unidade de saúde;

- Buscar a participação de entidades da sociedade civil e da comunidade nas ações de humanização dos serviços;
- Fomentar a participação da Instituição na rede nacional de Humanização;
- Avaliar os projetos a serem implantados, de acordo com os parâmetros de humanização propostos.

## **FREQUÊNCIA DE REUNIÕES**

As Reuniões Comissão de Humanização da Assistência serão mensais em cronograma determinado pelo Presidente da Comissão na ocasião da primeira reunião.

## **CONTROLE DAS MESMAS PELA DIREÇÃO**

Todas as reuniões, sejam ordinárias ou extraordinárias, serão registradas em Ata e arquivadas na Direção da Unidade, deverão constar minimamente os membros presentes e assinaturas, os assuntos deliberados, as recomendações e pareceres.

## **COMISSÃO DE PRONTUÁRIO CLÍNICO**

## **CONTEÚDO**

A Comissão de Prontuário Clínico é um órgão de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, que tem por objetivo analisar e acompanhar os prontuários médicos.

A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

- Identificação do usuário 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;
- Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o usuário, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe;
- Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do usuário, bem como a prescrição médica consignando data e hora;
- Tipo de Alta.

## **MEMBROS COMPONENTES**

A composição inicial da Comissão será de membros do Corpo Clínico, Serviço de Arquivo Médico, Faturamento e Enfermeiro.

A Direção Médica constituirá formalmente a Comissão de Revisão de Prontuário Clínico, nomeando os componentes (titulares e suplentes) por meio de ato próprio e propiciando a infraestrutura necessária à sua correta operacionalização.

Será elaborado um instrumento como norteador da Comissão para avaliação dos prontuários.

## **ORGANIZAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DE TAREFAS**

Os prontuários serão analisados quanto ao número de atendimentos médicos e de enfermagem nos diversos setores da unidade e quanto ao preenchimento dos dados de identificação.

As omissões no campo “Enfermagem” serão analisadas entre os preenchimentos dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, com avaliação da escrita nas evoluções e prescrições, uso do carimbo, informações de transferências para outros setores e detalhamento da alta ou óbito.

As omissões nos campos “Médicos” serão observadas entre as prescrições e evoluções realizadas nos diversos setores da unidade, com análise do correto preenchimento com letra legível e uso do carimbo nos relatos da anamnese, antecedentes e hábitos de vida, exame físico, formulação de hipóteses diagnósticas e condutas adotadas.

Aspectos que a comissão julgar serem importantes para a melhoria do Prontuário Médico serão comunicados à Diretoria Geral da unidade, se necessário serão solicitadas e agendadas reuniões com o Serviço de Arquivo Médico, Comissão de Revisão de Óbitos, Comissão de Ética, ou Diretoria.

## **OBJETIVOS DA COMISSÃO**

Constituir compromisso com a melhoria da qualidade de serviços prestados ao usuário, ao corpo clínico, à administração da unidade de saúde e à sociedade, pela instituição de instrumento de consulta, avaliação, ensino, pesquisa, auditoria e estatística, que demonstra o padrão de atendimento oferecido, dispõe dados comprobatórios para reivindicações e, nas sindicâncias, para apurações de fatos desencadeantes de processo.

- Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando à qualidade;
- Assessorar a Direção em assuntos de sua competência;
- Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade de saúde com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas;
- Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;

- Desenvolver atividades de caráter técnico e científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a unidade.

## **FREQUÊNCIA DE REUNIÕES**

A Comissão realizará reuniões mensais, com data, local e horário, previamente definidos e informados.

Coordenação e Controle: convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão. As reuniões da Comissão serão registradas em atas resumidas e arquivadas. Os assuntos tratados pela Comissão serão guardados em sigilo ético por todos os membros.

## **CONTROLE DAS MESMAS PELA DIREÇÃO**

As reuniões da Comissão serão registradas em atas resumidas e arquivadas. Os assuntos tratados pela Comissão serão guardados em sigilo ético por todos os membros.

## **PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DESTA COMISSÃO**

A seguir apresentaremos a proposta de Regimento Interno para a comissão:

### **CAPÍTULO I – NOME:**

## COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS (CRP)

### **CAPÍTULO II - FINALIDADE:**

Atender a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.638/2002, 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.

A Comissão de Revisão de Prontuários (CRP) é um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção Técnica.

Os serviços prestados pela CRP não serão remunerados, sendo considerado de relevante interesse público.

### **CAPÍTULO III - COMPOSIÇÃO:**

A composição mínima da comissão deverá ser de 2 (dois) membros médicos, 1 (um) membro da Alta Gestão e 2 (dois) membros enfermeiros, que serão nomeados pelo Responsável Técnico da unidade, cuja presidência deverá ser exercida, exclusivamente, por um médico.

A comissão definirá os cargos de vice-presidente e de secretário.

#### **CAPÍTULO IV - MANDATO:**

O mandato da comissão será de 24 (vinte e quatro) meses e poderá ser renovado por decisão do Responsável Técnico.

#### **CAPÍTULO V- FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:**

A Comissão de Revisão de Prontuários reunir-se-á uma vez por mês e extraordinariamente quando convocada pelo presidente.

A ausência de um membro em 3 (três) reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 (seis) reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 (doze) meses acarretará sua exclusão automática da participação da CRP.

Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, definidos pela maioria presente, poderão realizar a reunião.

As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em

prazo preestabelecido, não superior a 15 (quinze) dias. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais habilitados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Todos os membros deverão guardar sigilo ético no que se refere aos assuntos abordados pela CRP.

Além das reuniões ordinárias, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Responsável Técnico, Alta Gestão, pelo Coordenador, pelo Presidente ou Vice Presidente da CRP.

As informações e os indicadores operacionais deverão ser enviados para a Direção Técnica, bem como para o Administrador da unidade, cuja periodicidade será trimestral para as informações concernentes ao prontuário e semestral para os indicadores operacionais.

## **CAPÍTULO VI - ATRIBUIÇÕES:**

São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuário:

- I - Registrar em formulário próprio a avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:
- a) Identificação do paciente em todos os impressos, termo geral de internação, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo, consentimentos específicos quando necessários, 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 da avaliação médica e de enfermagem e registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora e do atendimento;
  - d) Preenchimento completo do sumário de alta;
  - e) Ordenação do prontuário.

- II - Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e nos sistemas, bem como divulgar a necessidade de conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.
- III - Assessorar a Alta Gestão em assuntos de sua competência.
- IV - Manter estreita relação com as demais Comissões da unidade.
- 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.
- VII - Coletar e processar os dados, proceder à análise estatística, divulgá-los e avaliá-los a cada trimestre.

São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

- I. Convocar e presidir as reuniões;
- II. Indicar seu vice-presidente;
- III. Representar a comissão junto à Direção Geral da Instituição, ou indicar seu representante;

- IV. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta; e
- V. Fazer cumprir o regimento.

Nas decisões da comissão, havendo empate, sem prejuízo de seu voto, o Presidente exercerá o voto de qualidade.

Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente, que assumirá as atividades deste.

São atribuições e competências da secretária da Comissão:

- I. Organizar a ordem do dia;
- II. Receber e protocolar os processos e expedientes;
- III. Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- IV. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- V. Organizar e manter o arquivo da comissão;
- VI. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço; e

- VII. Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

## **CAPÍTULO VII. DISPOSIÇÕES GERAIS:**

Artigo 22º: Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRP, em conjunto com a Alta Gestão e submetidos ao Responsável Técnico a quem competirá a palavra final.

Este regimento deverá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

O Regimento entrará em vigor após aprovação do Responsável Técnico.

### ➤ **CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DAS COMISSÕES**

De acordo com as atividades prevista e para o pleno funcionamento das comissões, propomos o seguinte cronograma de implantação:

**CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DAS ATIVIDADES DAS COMISSÕES (em %)**

Atividades	Meses												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12 Em diante	
Núcleo de Vigilância Epidemiologia	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Comissão de Farmácia e Terapia	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Núcleo de Segurança do Paciente	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Núcleo de Engenharia Clínica	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Comissão de Revisão de Óbitos	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Comissão de Ética Médica	0	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Comissão de Ética de Enfermagem	0	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Comissão de Humanização da Assistência	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Comissão Revisão de Prontuário	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Comissão de Prontuário	0	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Clinico													
Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Saúde	0	30	60	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

### **C.3.2. ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA UNIDADE.**

O número de médicos por plantão, de leitos de observação, a capacidade da sala de urgência e o número de atendimentos/dia, devem observar o disposto na Portaria MS 1.601, de 7 de julho de 2011.

O modelo de assistência a ser organizado, terá por princípios básicos, a Universalidade e integralidade do Sistema Único de Saúde - SUS e a Política de Humanização, doutrinado quanto a prestação dos cuidados, provendo suporte para a assistência, através de modelo de gestão em saúde, com toda a estrutura organizacional, operacional e os protocolos e procedimentos das atividades correlatas.

Desta forma a unidade terá um alto padrão assistencial, fortemente ligado à produção de benefícios na atenção à saúde da população, atuando junto à comunidade, estando o IIFHES apta a zelar pelo bem público, preservando o patrimônio, possuindo a habilidade necessária para a execução dos serviços assistenciais inclusive para a expansão de atividades de urgência e emergência, 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 unidade prestará apoio diagnóstico por imagem e exames laboratoriais nas 24 horas do dia de acordo com suas necessidades clínicas para investigação diagnóstica.

A unidade 24h realizará 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, observando o que segue:

- Atendimento de Urgência e Emergência adulto e pediátrico.
- Acolhimento e Classificação de Risco.
- Procedimentos médicos no atendimento de urgência

A observação compreende a prestação de assistência à saúde no período previsto de até 24 horas, oferecendo atendimento assistencial integral necessário, dentro do escopo da unidade, para obter o diagnóstico e resolver as queixas do paciente com o emprego de terapêuticas necessárias. Após o período de observação com realização de exames e terapêutica, caso o diagnóstico não tenha sido elucidado ou a queixa resolvida, o paciente deverá ser encaminhado para internação nos serviços hospitalares, por meio do Complexo Regulador Municipal.

No período de Observação, estão incluídos:

- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer.
- Tratamento farmacoterapêutico necessário, de acordo com a padronização da Unidade, RENAME e REMUME, Federal e Municipal, respectivamente, conforme determinado pelo SUS – Sistema Único de Saúde.

- Cuidados e procedimentos assistenciais necessários ao cliente.
- Assistência Nutricional necessária durante o período de observação.
- Direito a acompanhante durante o período da observação, conforme regras estabelecidas devido às condições especiais do usuário (as normas que estabelece o direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS - Sistema Único de Saúde).

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. Estão incluídos:

- Eletrocardiograma;
- Coleta de material e realização de exames;
- Exames de radiologia geral;
- Suturas e curativos – recursos da OS;
- Inalação/aplicação de medicamentos/reidratação;
- Pequenos procedimentos médicos.

Atribuições:

Estas Unidades, integrantes do Sistema Urgências e Emergências e de sua respectiva rede assistencial, devem estar aptas a prestar atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados.

São estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família e as Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências, com importante potencial de complacência da enorme demanda que hoje se dirige aos prontos socorros, além do papel ordenador dos fluxos da urgência.

Assim, têm como principais missões:

- ✓ Atender aos usuários do SUS portadores de quadro clínico agudo de qualquer natureza, dentro dos limites estruturais da unidade e, em especial, os casos de baixa complexidade, à noite e nos finais de semana, quando a rede básica e o Programa de Saúde da Família não estão ativos;
- ✓ Descentralizar o atendimento de pacientes com quadros agudos de média complexidade;
- ✓ Dar retaguarda às unidades básicas de saúde e de saúde da família;
- ✓ Diminuir a sobrecarga dos hospitais de maior complexidade;
- ✓ Ser entreposto de estabilização do paciente crítico para o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel.

- ✓ Desenvolver ações de saúde através do trabalho de equipe interdisciplinar, sempre que necessário, com o objetivo de acolher, intervir em sua condição clínica e referenciar para a rede básica de saúde, para a rede especializada ou para internação hospitalar, proporcionando uma continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população usuária (beneficiando os pacientes agudos e não-agudos e favorecendo, pela continuidade do acompanhamento, principalmente os pacientes com quadros crônico- degenerativos, com a prevenção de suas agudizações frequentes);
- ✓ Articular-se com unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, e com outras instituições e serviços de saúde do sistema loco regional, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência;
- ✓ Ser observatório do sistema e da saúde da população, subsidiando a elaboração de estudos epidemiológicos e a construção de indicadores de saúde e de serviço que contribuam para a avaliação e planejamento da atenção integral às urgências, bem como de todo o sistema de saúde. (PORTARIA 2048 MS).

De igual forma, a Qualidade dos serviços assistenciais a serem prestados pelo IIFHES, terá fortalecimento na interação com os usuários e implementação e estabelecimento de Comissões Técnicas, como espaço organizacional para as funções

do Serviço de Atendimento ao Usuário e estabelecimento de processo de gestão para avaliar a qualidade destes serviços prestados nas áreas de assistência.

As Equipes de assistência terão suas responsabilidades compartilhadas entre membros de equipes e entre gestores e equipes, atribuídas a cada categoria profissional a partir das responsabilidades exaradas dos diplomas legais do exercício profissional.

Todas as áreas de assistência priorizarão o aprendizado contínuo e permanente, para fortalecimento da competência estrutural desses Recursos Humanos, a fim de aprimorar os conhecimentos e habilidades necessárias para o desenvolvimento dos trabalhos e segurança do paciente.

As rotinas e fluxos operacionais a serem implementadas, serão um conjunto de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e serão apresentadas a toda equipe técnica da unidade.

Para continuidade nos serviços prestados pela UPA, aprimoraremos o Sistema de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Riscos nos serviços de urgência – Política de Humanização do Ministério da Saúde.

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ético/estético/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e como

ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços.

O acolhimento como diretriz é um regime de afetabilidade construído a cada encontro e por meio dos encontros, que se produz, portanto, na construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde.

O acolhimento é também um dispositivo de intervenção que possibilita analisar o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e que pressupõe a mudança das relações profissional/usuário/rede social e profissional/profissional por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e como participante ativo no processo de produção da saúde.

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética; não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica necessariamente o compartilhamento de saberes, angústias e invenções; quem acolhe toma para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com a resolutividade necessária para o caso em questão.

Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois se constitui numa ação de inclusão que não se esgota na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

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 uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com responsabilização e resolutividade e, quando for o caso de orientar o usuário e a família para a continuidade da assistência em outros serviços, requer o estabelecimento de articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de urgência pressupõe que todos serão acolhidos por um profissional da equipe de saúde. Este profissional vai escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar risco e vulnerabilidade, e acolher também a avaliação do próprio usuário; vai se responsabilizar pela resposta ao usuário, e para isso vai necessariamente colocar em ação uma rede multidisciplinar de compromisso coletivo com essa resolução.

Muitos serviços de atendimento às urgências convivem com grandes filas onde as pessoas disputam o atendimento sem critério algum a não ser a hora da chegada. A não distinção de riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns casos se agravem na fila, ocorrendo às vezes até a morte de pessoas pelo não atendimento no tempo adequado.

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares,

sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento.

Não é menos importante esta relação para fora da unidade. Desenvolver articulações com a atenção básica, ambulatorios de especialidade, serviços de atenção e internação domiciliar, etc. Promove uma reinserção do usuário em áreas do sistema que qualificam a alta do usuário da unidade de urgência e emergência, produzindo possibilidades de vínculo e responsabilização.

A sustentação de uma rede loco-regional de urgência e emergência envolvendo unidades hospitalares e atenção pré-hospitalar fixa e móvel, além de todos os outros equipamentos correlatos, promove acesso qualificado a esta rede, induzido pelo planejamento adequado na medida das necessidades que se apresentam e das ofertas possíveis.

O Acolhimento com Avaliação de Risco configura-se, assim, como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização das portas de urgência e na implementação da produção de saúde em rede, pois extrapolam o espaço de gestão local afirmando, no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência do macro e micropolíticas.

O acolhimento com Avaliação de Risco envolve atitudes que devem ser observados por todos os colaboradores:

- ✓ O tratamento ser humanizado;
- ✓ O uso do bom senso;
- ✓ A harmonia e a perfeita integração entre profissionais;
- ✓ A cooperação entre os colegas;
- ✓ A divisão igualitária dos trabalhos;
- ✓ A conscientização dos deveres do profissional;
- ✓ Saber que estamos lidando com seres humanos;
- ✓ Dedicção máxima para salvarmos vida.

O acolhimento também envolve especificar colaboradores de apoio ao paciente nas diversas áreas da Unidade.

Em praticamente todas as ações propostas pela PNH – Política Nacional de Humanização, do Ministério da saúde, o acolhimento aparece como ponto de destaque como “postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, a partir da análise dos processos de trabalho, favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços”.

Apesar de o acolhimento ser constituinte de todas as práticas de atenção e gestão, os serviços de urgência foram eleitos como foco por apresentarem alguns desafios a serem superados no atendimento em saúde: superlotação, processo de trabalho

fragmentado, conflitos e assimetrias de poder, exclusão dos usuários na porta de entrada, desrespeito aos direitos desses usuários, pouca articulação com o restante da rede de serviços, entre outros. Assim, surge a proposta do Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência, buscando “novas formas de agir em saúde que levem a uma atenção resolutiva, humanizada e acolhedora a partir da compreensão da inserção dos serviços de urgência na rede local”.

O mesmo tem a finalidade de funcionar como guia orientador para a atenção e gestão na urgência. Propõe eixos e áreas que evidenciam os níveis de risco dos pacientes. A proposta de desenho se desenvolve em dois eixos: o do paciente grave, com risco de morte - eixo vermelho (subdividido em áreas, aqui denominadas vermelha, amarela e verde), e o do paciente aparentemente não-grave, mas que necessita ou procura o atendimento de urgência - eixo azul, conforme anexo com rotina.

Levando em consideração que o Acolhimento com Classificação de Risco é um dispositivo de melhoria da qualidade dos serviços de urgência que permite e instiga diversas mudanças nas práticas e que é um importante instrumento na construção de redes de atenção, algumas etapas para sua implementação são importantes, conforme sugestão do próprio PNH, a fim de garantir o envolvimento de gestores, trabalhadores e usuários:

- V. Sensibilização dos gestores, gerentes, chefes, dirigentes, demais trabalhadores e usuários dos sistemas de urgência e emergência e atenção hospitalar, em todos os níveis de atenção e gestão locais, por meio de encontros amplos e abertos, para construir a adesão ao processo de Acolhimento com Classificação de Risco e de Construção de Redes;
- VI. Realização de oficinas de trabalho para implementação do Acolhimento com Classificação de Risco, direcionadas aos trabalhadores de todas as áreas direta ou indiretamente envolvidas com o serviço de urgência nas unidades hospitalares e não hospitalares;
- VII. Realização de capacitação específica da enfermagem para a utilização do protocolo de classificação de risco;
- VIII. Acompanhamento, monitoramento e avaliação sistemática das ações para melhorias e correções de rumo que se façam necessárias. Além disso, a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco pode ser potencializada pela adoção das seguintes iniciativas:
- IX. Elaboração de um “Manual de Informações sobre o SUS Local”, atualizado sistematicamente, que servirá de apoio aos profissionais que orientam os fluxos entre serviços diversos.

- X. Capacitação técnica - incluindo suporte básico e suporte avançado de vida - para todos os profissionais que atuam na urgência, inclusive aqueles que não são profissionais de saúde estritamente (assistentes sociais, administrativos, porteiros e outros)".

Importante salientar, ainda, que, por se tratar de um conceito novo, além da explicação individualizada dos profissionais aos pacientes e acompanhantes, será afixado um banner explicativo na sala de espera da UPA, sempre no intuito de buscar que o usuário tenha informação, segurança e acolhimento.

O Acolhimento pressupõe a criação de espaços de encontros entre os sujeitos. Espaços de escuta e de recepção que proporcionem a interação entre usuários e trabalhadores, entre trabalhadores e trabalhadores – equipes – e entre os próprios usuários, que sejam acolhedores também no sentido de conforto, produzido pela introdução de vegetação, iluminação e ventilação naturais, cores, artes e demais questões já colocadas.

No âmbito de Unidades de Pronto Atendimento falamos do Acolhimento com a Classificação de Risco, ferramenta utilizada para proporcionar a atenção por nível de gravidade. A Classificação de Risco considera minimamente as seguintes áreas de atendimento: área de emergência e área de pronto atendimento. Nesse sentido é importante que se tenham propostas arquitetônicas com um arranjo que esteja de acordo com o arranjo proposto na atenção e que auxilie na resolutividade do atendimento e organização do processo de trabalho dentro desses setores de urgência e emergência.

O Acolhimento, além de entendido enquanto processo que permeia toda a abordagem do usuário/comunidade, também é um espaço específico onde se realiza a primeira escuta e é identificada a necessidade do usuário, assim como classificado o risco, por um profissional de saúde que o orientará e direcionará ao local mais adequado para resolução do seu problema, na própria unidade ou externamente, com garantia do atendimento. Esse espaço deve ser adequado considerando tanto as dimensões de fluxos quanto de privacidade e conforto tanto para usuários quanto para os profissionais que o recebem.

Considerando esses pressupostos e nessa perspectiva a presente proposta objetiva manter as seguintes ações estratégicas previamente pactuadas nesta proposta de trabalho. Sendo elas:

O IIFHES adotará as principais ações estratégicas:

1. Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;
2. Propor e implementar medidas de Humanização da Atenção às Urgências;

3. Prestar serviços de prestação continuados, conectividade (sistema de informatização interna), informática, alimentação, logística, serviços médicos, além da contratação de todo e qualquer serviço (que impacte positivamente no alcance dos indicadores e metas) viabilizados pela economicidade e eficiência financeira da gestão do contrato;
4. Aquisição de materiais necessários para o desenvolvimento dos serviços da unidade;
5. Fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Rede de Atenção Básica à Saúde;
6. Fornecer Ambulância para atuar como retaguarda no serviço de Urgência e Emergência;
7. Realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade;
8. Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à unidade;
9. Prestar apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos;
10. Manter pacientes em observação, por período de até 24 (vinte e quatro) horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica;

11. Encaminhar para internação em serviços hospitalares, por meio das centrais reguladoras, os casos necessários;
12. Prover atendimento e/ou encaminhamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à Rede de Urgência e Emergência (RUE) a partir da complexidade clínica, cirúrgica e traumática do usuário;
13. Contra referenciar para os demais serviços de atenção integrantes da RUE, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo;
14. Solicitar retaguarda técnica ao SAMU sempre que a gravidade ou complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da unidade.
15. Implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, com estabelecimento do potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, de modo a priorizar atendimento em conformidade com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso;
16. Estabelecer e adotar o cumprimento de protocolos de atendimento clínico, de classificação de risco e de procedimentos administrativos;
17. Garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da unidade;

18. Atendimento acolhedor e resolutivo baseado nos critérios de risco com os seguintes objetivos:

- Redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso;
- Atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco;
- Implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo;
- Garantia dos direitos dos usuários;
- Valorização do trabalho na saúde.

19. Garantir o direito do usuário, seguindo as seguintes diretrizes:

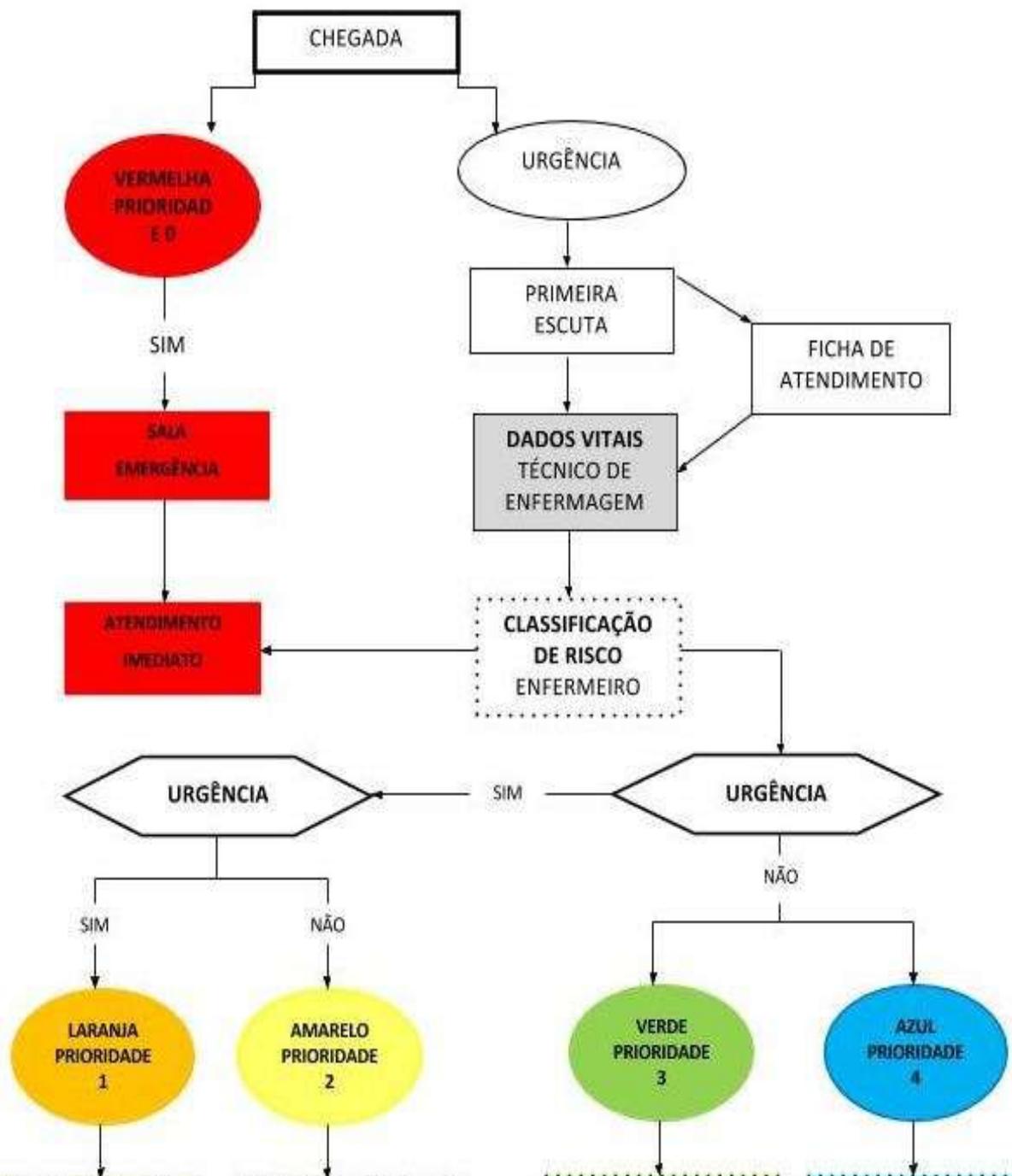
- ✓ Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde;
- ✓ Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema;
- ✓ Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação;
- ✓ Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos;

- ✓ Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada;
- ✓ Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos;
- ✓ Cartão do SUS:



20. Organizar processo de trabalho e espaço físico identificados por cores: **azul, verde, amarelo e vermelho**;
21. Informar aos pacientes e familiares a expectativa de atendimento e tempo de espera a fim de diminuir a ansiedade gerada;
22. Esclarecer a comunidade sobre a forma de atendimento através de informes diários;
23. Realizar, quando necessário, o **encaminhamento responsável** com garantia de acesso à rede de atenção;
24. Mudança na relação entre profissional de saúde e usuário, a partir de parâmetros éticos, humanitários e de solidariedade (inclusão);

25. Aumentar da satisfação do usuário;
26. Diminuir o risco de morte;
27. Reduzir o do tempo de espera;
28. Detectar de casos que se agravarão se o atendimento for postergado;
29. Estabelecer de fluxos, protocolos de atendimento e classificação de risco;
30. Qualificar as equipes de Acolhimento e Classificação de Risco (recepção, enfermagem, orientadores de fluxo, segurança);
31. Implantar Sistema de informações para encaminhamentos específicos;
32. Quantificar dos atendimentos diários e perfil da clientela e horários de pico;
33. Adequar, se necessário a estrutura física;
34. Realizar o atendimento das demandas de acordo com o seguinte fluxograma de ações:



➤ **DESCRIÇÃO DO FLUXOGRAMA ACIMA**

- ✓ Todo cidadão que chegar ao pronto socorro será atendido pela equipe de acolhimento.
- ✓ As emergências irão para a sala própria, ou seja, sala vermelha.
- ✓ As demandas identificadas como sociais, informais, e administrativas serão encaminhadas às respectivas salas.
- ✓ Pessoas em situação de urgência serão conduzidas para a sala de classificação de risco.
- ✓ A equipe de classificação receberá o paciente, fará avaliação breve da situação e a classificará usando os protocolos padronizados. Posteriormente registrará a avaliação e encaminhará o paciente ao local de atendimento.
- ✓ Reavaliações estão previstas, uma vez que a classificação é dinâmica.

Etapas	Ações	Sujeito da ação
--------	-------	-----------------

<b>Acesso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Receber o paciente;</li> <li>• Prestar os cuidados necessários, proporcionando segurança ao paciente;</li> <li>• Aproximar-se da família, confortando-a e esclarecendo as normas e rotinas da instituição;</li> <li>• Adequar o ambiente de forma que os familiares tenham conforto enquanto aguardam informações.</li> </ul>	Equipe de saúde
<b>Escuta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivar paciente e familiar a questionarem sobre suas dúvidas, iniciando a educação em saúde desde a internação;</li> <li>• Estabelecer uma relação de confiança na qual o paciente e família sintam-se seguros e que possam expressar suas dúvidas, medos e angústias.</li> </ul>	Equipe de saúde
<b>Diálogo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar a família sobre o que está acontecendo com o paciente, enfatizando que tudo está sendo feito para manter a sua saúde usando palavras de fácil compreensão.</li> </ul>	Equipe de saúde
<b>Apoio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oferecer apoio e conforto ao paciente e família;</li> <li>• Orientar a família sobre as condições do paciente antes da visita;</li> <li>• Identificar as necessidades de informação e amparo do paciente e família, buscando ajudá-los a satisfazer tais necessidades.</li> </ul>	Equipe de saúde
<b>Vínculo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar sobre os benefícios do tratamento e as complicações que podem ocorrer;</li> <li>• Flexibilizar o horário da visita quando houver necessidade;</li> <li>• Estar aberto ao outro.</li> </ul>	Enfermeiro da unidade

## ❖ OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os conceitos utilizados em nossos objetivos específicos, portanto, são:

- **Foco nos resultados**: centros de resultado e estabelecimento de indicadores, com base em resultados e custos, satisfação, desenvolvimento organizacional e processos internos;
- **Flexibilidade**: descentralização da decisão, autonomia na gestão dos centros de resultados;

- **Integração Organizacional**: estrutura organizacional com poucos níveis hierárquicos, construção de equipes de trabalho com capacidade de auto-gestão;
- **Qualidade dos serviços**: fortalecimento dos momentos de interação com clientes, estabelecimento de Comissões Técnicas, espaço organizacional para as funções do Serviço de Atendimento ao Cliente; estabelecimento de processo de gestão para avaliar a qualidade dos serviços prestados na unidade;
- **Equipes**: responsabilidade compartilhada entre membros de equipes e entre gestores e equipes, atribuição de responsabilidades às equipes sobre a qualidade dos serviços;
- **Aprendizado**: fortalecimento da estrutura de Recursos Humanos, gestão de competências - conhecimentos e habilidades necessárias para o desenvolvimento dos trabalhos.

Assim sendo, nossos objetivos específicos são:

- Atendimento a todas as metas estipuladas com aumento de qualidade de atendimento;
- Agilidade dos processos administrativos, tais como compra de materiais e medicamentos necessários para um bom atendimento;

- Agilidade na manutenção, reposição e conserto de equipamentos médicos (Engenharia Clínica) de qualidade;
- Garantia na manutenção predial durante toda vigência do contrato diminuindo custos operacionais e encargos ao erário público;
- Agilidade no processo de contratação de recursos Humanos para melhor atendimento a população;
- Implantação de um canal efetivo para ouvir os usuários, buscando mais rápido a solução para os problemas da sociedade em relação à saúde;
- Respeito a todos os contratos com a diminuição dos custos ao erário público;
- Motivação dos funcionários em virtude de ter sua situação trabalhista regularizada.

Contudo, a obtenção de resultados é o foco, com a flexibilização organizacional, aprendizado e possibilidade de inserir novos comportamentos e inovando assim na prática organizacional.

#### ❖ **METODOLOGIA DO TRABALHO**

A Metodologia de Gestão adotada será baseada no **Modelo de Gestão – 5As**:

## **ACOLHIMENTO**

Nesta linha de processo, são trabalhados os aspectos objetivos, subjetivos e humanos inerentes ao recebimento dos pacientes na unidade, envolvendo dentre outros fatores: receber bem, produzir registros corretos, prestar informações no tempo e na forma adequada, demonstrar presteza e disponibilidade. A transformação dos profissionais se dará por meio de uma ação permanente de educação em serviço, treinamento de posturas e valorização das relações humanas no ambiente hospitalar.

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ético/estético/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e como ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços.

O acolhimento como diretriz é um regime de afetabilidade construído a cada encontro e por meio dos encontros, que se produz, portanto, na construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde.

O acolhimento é também um dispositivo de intervenção que possibilita analisar o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e que pressupõe a mudança das relações profissional/usuário/rede social e profissional/profissional por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e como participante ativo no processo de produção da saúde.

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética; não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica necessariamente o compartilhamento de saberes, angústias e invenções; quem acolhe toma para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com a resolutividade necessária para o caso em questão.

Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois se constitui numa ação de inclusão que não se esgota na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

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 uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com responsabilização e resolutividade e, quando for o caso de orientar o usuário e a família para a continuidade da assistência em outros serviços, requer o estabelecimento de articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de urgência pressupõe que todos serão acolhidos por um profissional da equipe de saúde. Este profissional vai escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar risco e vulnerabilidade, e acolher também a avaliação do próprio usuário; vai se responsabilizar pela resposta ao usuário, a para isso vai necessariamente

colocar em ação uma rede multidisciplinar de compromisso coletivo com essa resolução. Muitos serviços de atendimento às urgências convivem com grandes filas onde as pessoas disputam o atendimento sem critério algum a não ser a hora da chegada. A não distinção de riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns casos se agravem na fila, ocorrendo às vezes até a morte de pessoas pelo não atendimento no tempo adequado.

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como:

- ✓ Garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado;
- ✓ Informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera;
- ✓ Promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo;
- ✓ Dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado;
- ✓ Aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento.

Não é menos importante esta relação para fora da unidade. Desenvolver articulações com a atenção básica, ambulatórios de especialidade, serviços de atenção e internação domiciliar, etc. Promove uma reinserção do usuário em áreas do sistema que qualificam

a alta do usuário da unidade de urgência e emergência, produzindo possibilidades de vínculo e responsabilização. A sustentação de uma rede loco-regional de urgência e emergência envolvendo unidades hospitalares e atenção pré-hospitalar fixa e móvel, além de todos os outros equipamentos correlatos, promove acesso qualificado a esta rede, induzido pelo planejamento adequado na medida das necessidades que se apresentam e das ofertas possíveis.

O Acolhimento com Avaliação de Risco configura-se, assim, como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização das portas de urgência e na implementação da produção de saúde em rede, pois extrapolam o espaço de gestão local afirmando, no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência do macro e micropolíticas.

O acolhimento com Avaliação de Risco envolve atitudes que devem ser observados por todos os colaboradores:

- ✓ O tratamento ser humanizado;
- ✓ O uso do bom senso;
- ✓ A harmonia e a perfeita integração entre profissionais;
- ✓ A cooperação entre os colegas;
- ✓ A divisão igualitária dos trabalhos;
- ✓ A conscientização dos deveres do profissional;
- ✓ Saber que estamos lidando com seres humanos;

- ✓ Dedicção máxima para salvarmos vida.

**Acolhimento de apoio ao paciente:** Tem como objetivo acolher os pacientes em todas as situações que se fizerem necessário para um bom andamento no atendimento.

## **ABASTECIMENTO**

Na implementação de práticas consagradas em Gestão de Suprimentos, o objetivo é aperfeiçoar a utilização e garantir o melhor insumo, no tempo e na quantidade adequados, para o desenvolvimento das práticas profissionais. Estabelecer indicadores, treinar os profissionais e utilizar mecanismos modernos de controle e previsão de uso e interagir proativamente com fornecedores, reduzindo as não conformidades e os problemas que podem afetar a segurança de pacientes e colaboradores, investigando o modelo de gestão de estoques em materiais e medicamentos de uso hospitalar adotado na unidade.

Tem como foco a área de materiais da unidade envolvendo compras, almoxarifado, farmácia hospitalar e dispensário de medicamentos, visando identificar as possíveis disfunções existentes. Toma como referência as modernas técnicas da engenharia de produção e os modelos teóricos de gestão de estoques disponíveis, oferecendo condições que permitirão, se implementadas as ações sugeridas, transformar a gestão de estoques de materiais de uso hospitalar, numa administração produtiva e de qualidade, trazendo benefícios para todos os envolvidos no processo.

A finalidade básica da administração de suprimentos consiste em colocar os recursos necessários ao processo produtivo com qualidade, em quantidades adequadas, no tempo correto e com o menor custo. Materiais e medicamentos são produtos que podem ser armazenados ou que serão consumidos imediatamente após a sua chegada. Baseado nesse conceito estão excluídos os materiais considerados permanentes, como equipamentos médico-hospitalares, mobiliário, veículos e semelhantes, e incluídos, portanto, os demais produtos, como medicamentos, alimentos, material de escritório, de limpeza, de conservação e reparos, de uso cirúrgico, etc. A gestão adequada deste arsenal de produtos é indispensável para o bom funcionamento da rotina hospitalar e envolve uma série de aspectos.

Cada grupo possui determinadas peculiaridades gerenciais, como giro, preço, consumo e prazos de entrega, com uma variedade significativa. A necessidade de manter disponível todos os itens na mesma proporção da sua utilização e a forma como estes são distribuídos entre os diversos setores da organização são aspectos que obrigam as instituições a trabalhar com estoques mínimos, mas que proporcionem segurança no ambiente complexo que são os Hospitais. Controlar e planejar custos são atividades fundamentais da área de suprimentos.

Diversos recursos contribuem para a otimização dos resultados, tais como o cadastro de requisições por usuário, o agrupamento de requisições para melhor compra, emissão de planilhas comparativas de preços; seleção e envio de cotações para fornecedores, análise da melhor cotação por produto ou por fornecedor, follow-up de pedidos emitidos

(ordem de compra), efetivações de previsões financeiras, emissão de ordem de compra e histórico de fornecedor ou produto, entre outros.

A modernização dos processos nesta área terá uma série de vantagens, a exemplo da diminuição dos níveis de estoque, maior eficiência nas compras e seleção de fornecedores, confiabilidade nas informações, qualidade, rastreabilidade das não conformidades nos processos e eliminação do retrabalho com conferência e recebimento inadequados.

A eficiência no gerenciamento de todos os materiais e medicamentos é indispensável para manter o estoque em níveis adequados, melhorar o planejamento de compras e controlar a validade dos medicamentos e materiais.

**Indicadores de suprimentos:**

- I. Mapa Materiais Comprados no Mês;
- II. Mapa Materiais Gastos por Setor;
- III. Mapa Movimento Mensal de Materiais;
- IV. Mapa Consumo Mensal de Materiais;
- V. Mapa Movimento Mensal de Medicamentos;
- VI. Mapa Consumo Mensal de Medicamentos;
- VII. Custos de Administração e Controle dos Estoques:

- Índice Rotação Estoques;
- Índice Financiamento Estoques;
- Índice Endividamento Estoques.

**VIII.** Análise das Compras Anuais x Estoque Mínimo;

**IX.** Rotação dos Estoques;

**X.** Fórmulas de Apuração do Custo Unitário:

- FIFO, LIFO, NIFO;
- Custo Médio Simples;
- Custo Médio Ponderado;

**XI.** Inventários;

**XII.** Auditoria na Administração de Materiais;

**XIII.** Curva ABC.

## **ADMINISTRAÇÃO**

Pensar na gestão de uma unidade é, antes de tudo, tentar estabelecer, da forma mais clara possível, quais os mecanismos de coordenação adotados para gerir, da melhor maneira possível, o seu cotidiano. Convivem nelas, múltiplas formas de coordenação, apoiadas em lógicas bem diferentes.

Nos últimos anos, mudanças dramáticas têm ocorrido nos serviços de saúde. Por um lado, a crescente pressão da demanda e a luta pela universalização de acesso aos serviços de saúde. Por outro lado, o rápido desenvolvimento e inovação, na tecnologia médica, fazendo com que os custos do setor venham crescendo com velocidade cada vez mais elevada, descolando-se dos demais setores de economia. Nesse contexto de pressão crescente para melhor gestão de custos, associado a um processo de regulamentação cada vez mais forte, temos presenciado um esforço grande pela profissionalização do setor, em busca de melhores níveis de eficiência e eficácia organizacional.

Nesse cenário, as técnicas e ferramentas disponíveis no campo da gestão têm amplamente adotadas como forma de melhoria dos processos, redução de custos, aumento da produtividade e consequente melhoria da sua competitividade no setor. Os processos relacionados com a gestão estratégica (gerenciamento, operacionalização e execução das ações) incluem-se nesse movimento e podem contribuir para um melhor posicionamento da organização e assim viabilizar os meios para alcançar o novo patamar de desempenho desejado.

Os modelos administrativos visam ajudar dirigentes e analistas de políticas públicas a fazer uso eficaz das informações e percepções disponíveis no momento da escolha. O bom processo valoriza a busca eficiente de dados e de objetivos, institui equilíbrio nas reflexões, dando chances razoáveis à manifestação de todas as idéias, perspectivas e percepções.

Neste modelo, serão definidas todas as premissas administrativas, regimentais e documentais da gestão hospitalar, abrangendo todos os setores, sistemas de documentação e arquivos, os trâmites burocráticos e boas práticas administrativas, desenvolvimento do conceito de custos hospitalares, formação gerencial para as chefias, estabelecimento de metas de qualidade para todos os setores, criação de um painel de indicadores institucionais, planejamento estratégico, ferramentas de melhoria.

## **ASSISTÊNCIA**

O sistema de saúde brasileiro é hoje, assim, palco da disputa entre modelos assistenciais diversos, com a tendência de reprodução conflitiva dos modelos hegemônicos, ou seja, o modelo médico assistencial privatista (ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico) e o modelo assistencial sanitarista (campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária), ao lado dos esforços de construção de “modelos” alternativos.

Esse modelo tem contemplado tentativas de articular ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, em uma dupla dimensão, individual e coletiva, que passaram a ser operacionalizadas no processo dos serviços de saúde. “Desse modo, ao nível micro, vem se acumulando experiência na construção de modelos alternativos” ao modelo assistencial hegemônico, incorporando, de certa forma, métodos, técnicas e instrumentos provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em

saúde. Estas experiências apontam possibilidades concretas de construção de um modelo de atenção à saúde voltado para a qualidade de vida.

O IIFHES, adota vários protocolos assistenciais e valoriza as premissas de segurança no ambiente de uma unidade, aqui a ordem é garantir a segurança tanto para os pacientes como para os profissionais, pois este processo é complexo, e exige uma gestão diferenciada de Riscos, para isso é preciso repensar a estruturas, com a intenção de melhorar as práticas de qualidade e assistência ao paciente. Por isso, desenvolverá na unidade, treinamentos alinhados com as premissas de segurança e prevenção de riscos da ONA – resultando na implantação de regras que promovam a segurança nos procedimentos assistenciais.

❖ **DESCRIÇÕES DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS DAS UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:**

**Sala de Acolhimento/Classificação de Risco**



É obrigatória a implantação, nos ambientes da unidade, ter um sistema de classificação de pacientes de acordo com a gravidade do agravo à saúde que apresentam, que deve ser realizado por profissionais médicos ou enfermeiros capacitados. O paciente classificado por enfermeiro não pode ser liberado ou encaminhado a outro local sem ser consultado por médico.

A classificação deve obrigatoriamente ser feita em local que assegure a privacidade e o sigilo do paciente, podendo este ter duas ou mais salas de classificação para os momentos de maior fluxo de atendimento, resguardadas as condições de privacidade.

Ao chegar à UPA, o acesso dos pacientes ao Setor de Classificação de Risco deve ser imediato. Assim, o tempo de espera para ser classificado deverá tender a zero, com

os tempos de espera diferenciais para acesso ao médico não ultrapassando, na categoria de menor urgência, 120 minutos.

O médico poderá, no contato com o paciente, rever a classificação para fins de prioridade maior ou menor nas etapas subsequentes de atendimento. A classificação das necessidades urgentes do paciente define seu fluxo em todo o processo de atendimento, e todos os setores devem estar cientes dessa definição.

O bom uso da classificação afeta o fluxo e a qualidade assistencial dos pacientes no atendimento de emergência na UPA. Há diversas escalas de classificação que podem ser adotadas e que possuem especificidades importantes, devendo-se observar a distinção entre as escalas utilizadas para adultos e crianças, em saúde mental e em obstetrícia, para maior sensibilidade e especificidade.

Quando a classificação for realizada por enfermeiros, o protocolo adotado obrigatoriamente deverá ser baseado em sintomas, não podendo envolver diagnóstico médico.

### Sistema de fluxo

O acesso dos pacientes às UPAs se faz por demanda espontânea ou por meio de Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência. Os pacientes demandados de Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência podem ser pré-classificados, dependendo do contato prévio da regulação médica.

Os pacientes pré-classificados podem ter acesso direto à sala de estabilização de pacientes graves. Os demais pacientes deverão passar pelo processo de Acolhimento com Classificação de Risco.

No fluxo geral do atendimento de urgência nas UPAs, após a Classificação de Risco, os pacientes poderão seguir três fluxos conforme sua condição:

- Pacientes graves;
- Pacientes com potencial de gravidade;
- Pacientes sem potencial de gravidade.

O algoritmo abaixo descreve o fluxo dos pacientes na UPA, de acordo com sua classificação.

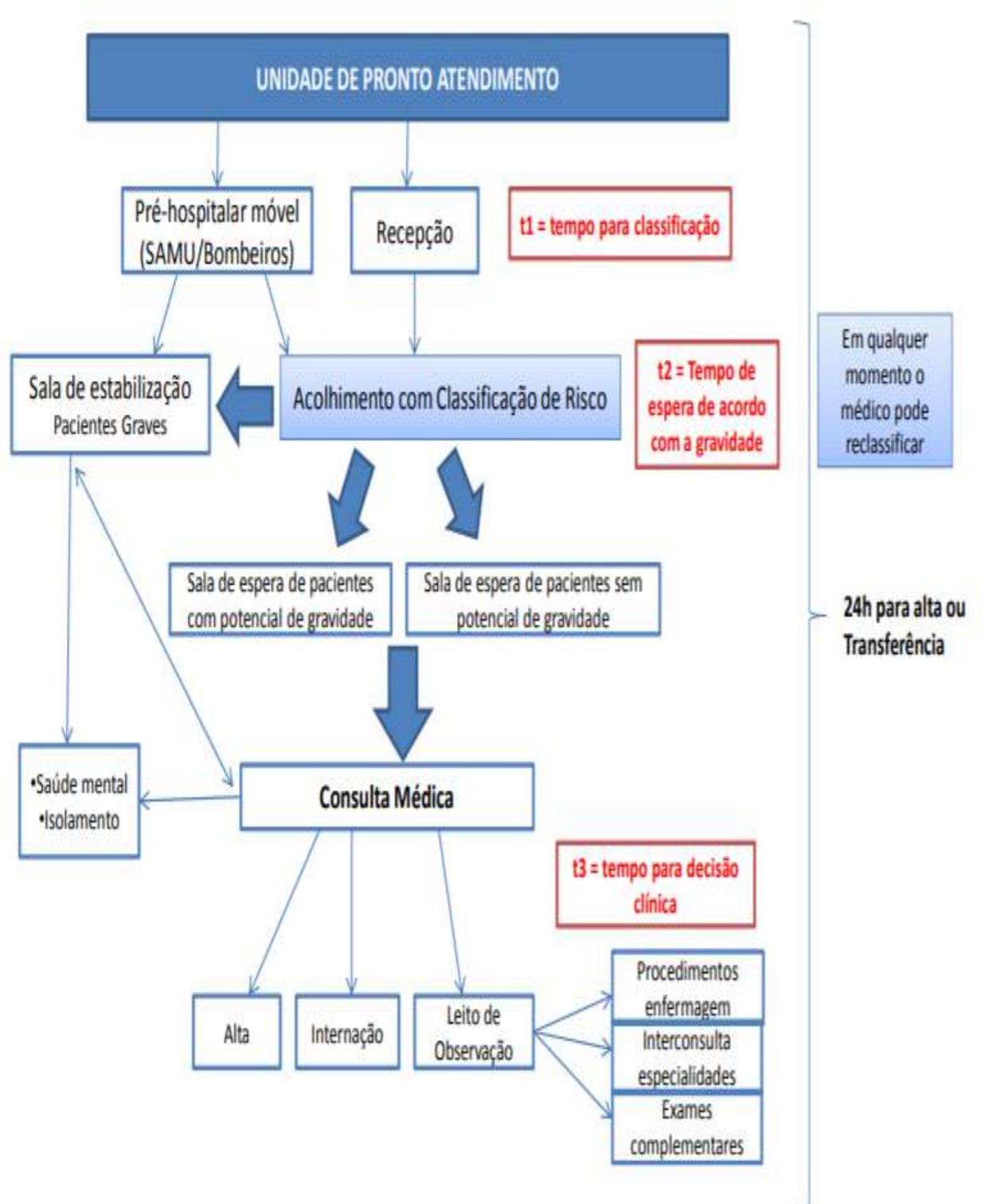


Figura 1 – Fluxo de atendimento

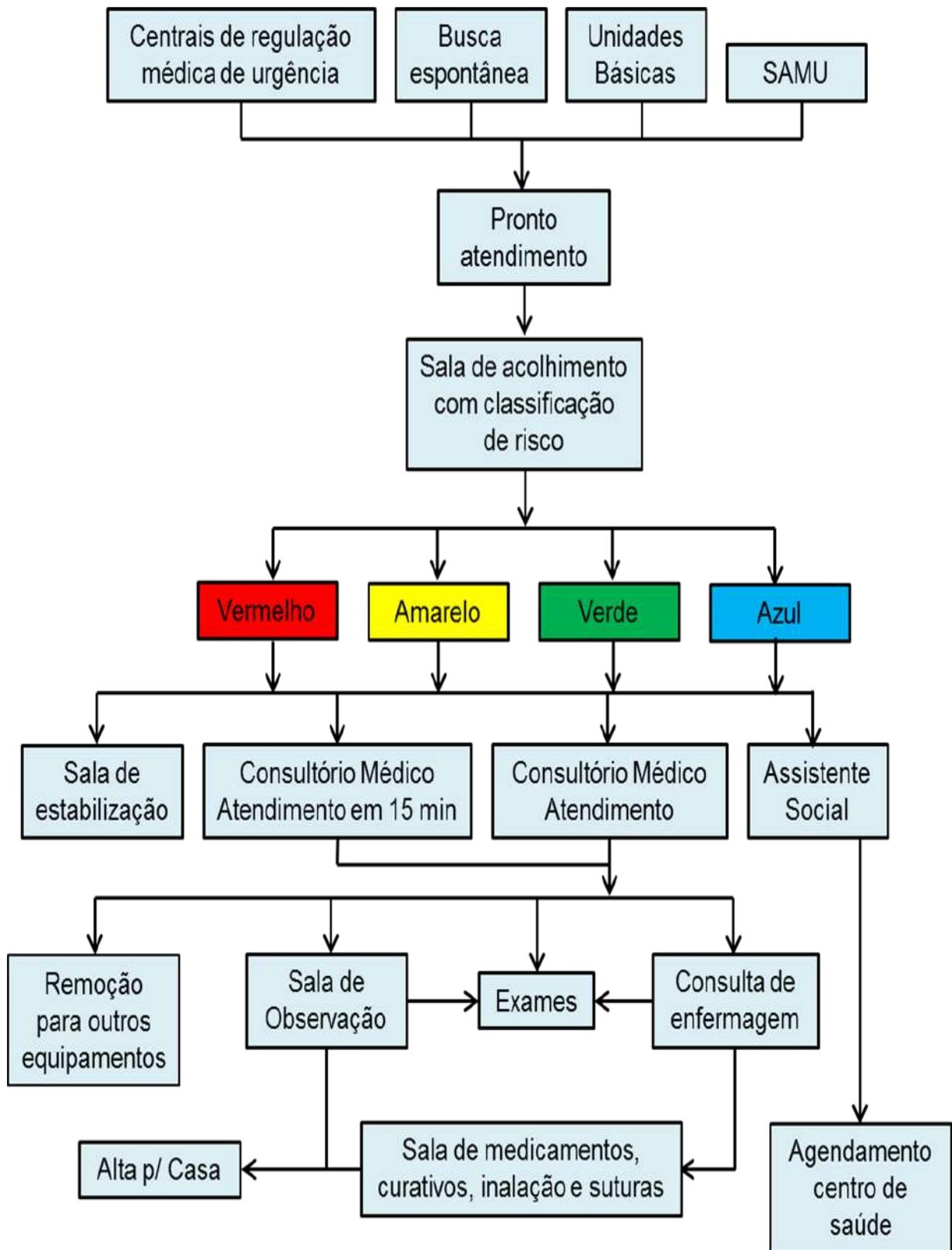


Figura 2 – Fluxo de atendimento com classificação de risco

## Sala de medicação;



A sala de medicação contribui para que, através da padronização dos procedimentos, todos os usuários tenham acolhimento adequado aos padrões de qualidade e humanização.

### Aplicação:

Equipe de enfermagem.

### . Diretrizes Normativas:

Nº	Ação (O quê)		Atribuição (Quem)	Informações Complementares (Como).
1	Acolha o paciente com receita e/ou pedido de exames	↓	Técnico de Enfermagem	Receber o paciente com sua receita e/ou pedido de exames e acomodá-lo em local apropriado para realização do procedimento;
2	Preencha o livro de registro;	↓	Técnico de Enfermagem	Preencher o <a href="#">ENF.URG-RG-07-Registro de Medicação</a> e <a href="#">ENF.URG-RG-08-Registro de Coleta de Exames</a> .
3	<b>Se medicação</b> 4	<b>Se exames</b> 8	Técnico de Enfermagem	-
4	Cheque a receita e realizar aprazamento se necessário;	↓	Técnico de Enfermagem	Observar antes de preparar medicação: validade, medicação, dose, via de administração, diluição, data, paciente. Ver 5.1.
5	Prepare medicação	↓	Técnico de Enfermagem	Realizar lavagem das mãos, separar os materiais e medicações a serem utilizados no procedimento;
6	Administre a medicação	↓	Técnico de Enfermagem	Administrar medicação em via conforme prescrição médica.
7	Oriente o paciente quanto os efeitos adversos	↓ 11	Técnico de Enfermagem	Observar alterações do estado geral do paciente durante procedimento e orientar sobre possíveis reações adversas.
8	Identifique tubetes e/ou frasco coletor	↓	Técnico de Enfermagem	Nome, prontuário, tipo de exame, data e unidade de saúde.
9	Separe materiais para coleta	↓	Técnico de Enfermagem	- Coleta de sangue: tubete identificado, seringa, agulha, luva de procedimento, garrote; algodão embebido em álcool 70%; - Coleta de urina: entregar frasco coletor ao paciente e orientar como proceder a coleta no banheiro.
10	Realize a coleta	↓	Técnico de Enfermagem	Lavar as mãos antes do procedimento e iniciar coleta de acordo com o tipo de exame. Conforme <a href="#">ENF.URG-IT-14 Coleta de sangue para Exames Laboratoriais</a>

11	Despreze materiais e organize bancada	↓	Técnico de Enfermagem	- desprezar perfurocortante no coletor de material perfurocortante; - proceder a limpeza da bancada com álcool 70%; - proceder a lavagem das mãos.
12	Armazene material coletado	↓	Técnico de Enfermagem	Juntamente com o pedido do médico, armazenar os materiais coletados em local apropriado até que seja recolhido pelo laboratório.
13	Entregue material ao laboratório	↓	Técnico de Enfermagem	As amostras são recolhidas pelo motorista do laboratório, que deve assinar livro de protocolo onde são lançados todos os materiais para serem enviados. Se for após as 23h, solicitar que o laboratório vá fazer coleta das amostras no local.
14	Despreze materiais e organize bancada	↓	Técnico de Enfermagem	Desprezar perfuro-cortante no coletor de material perfuro-cortante; proceder limpeza da bancada com álcool 70%, proceder lavagem das mãos.
15	Organize setor e reposição de bancada.	↓ FIM	Técnico de Enfermagem	Repor materiais e manter ambiente organizado. <a href="#">ENF.URG-IT-07 Limpeza e Organização da Sala de Medicação e Coleta.</a>

### Disposições Gerais:

O usuário deverá retirar a medicação na farmácia da unidade, após consulta médica.

### Conscientização:

O não cumprimento desse procedimento tal qual está descrito poderá resultar em:

- ✓ Aumento no risco de infecções;

- ✓ Risco de vida ao paciente devido a possíveis reações adversas relacionadas às medicações utilizadas;
- ✓ Perda de qualidade no atendimento resultando em pouca eficiência clínica;
- ✓ Danos à imagem e credibilidade dos profissionais de saúde;
- ✓ Usuários atendidos fora dos padrões de acolhimento preconizados pelo SUS.

Principais atividades:

- ✓ 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, fluxômetros 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, dânuas, 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;

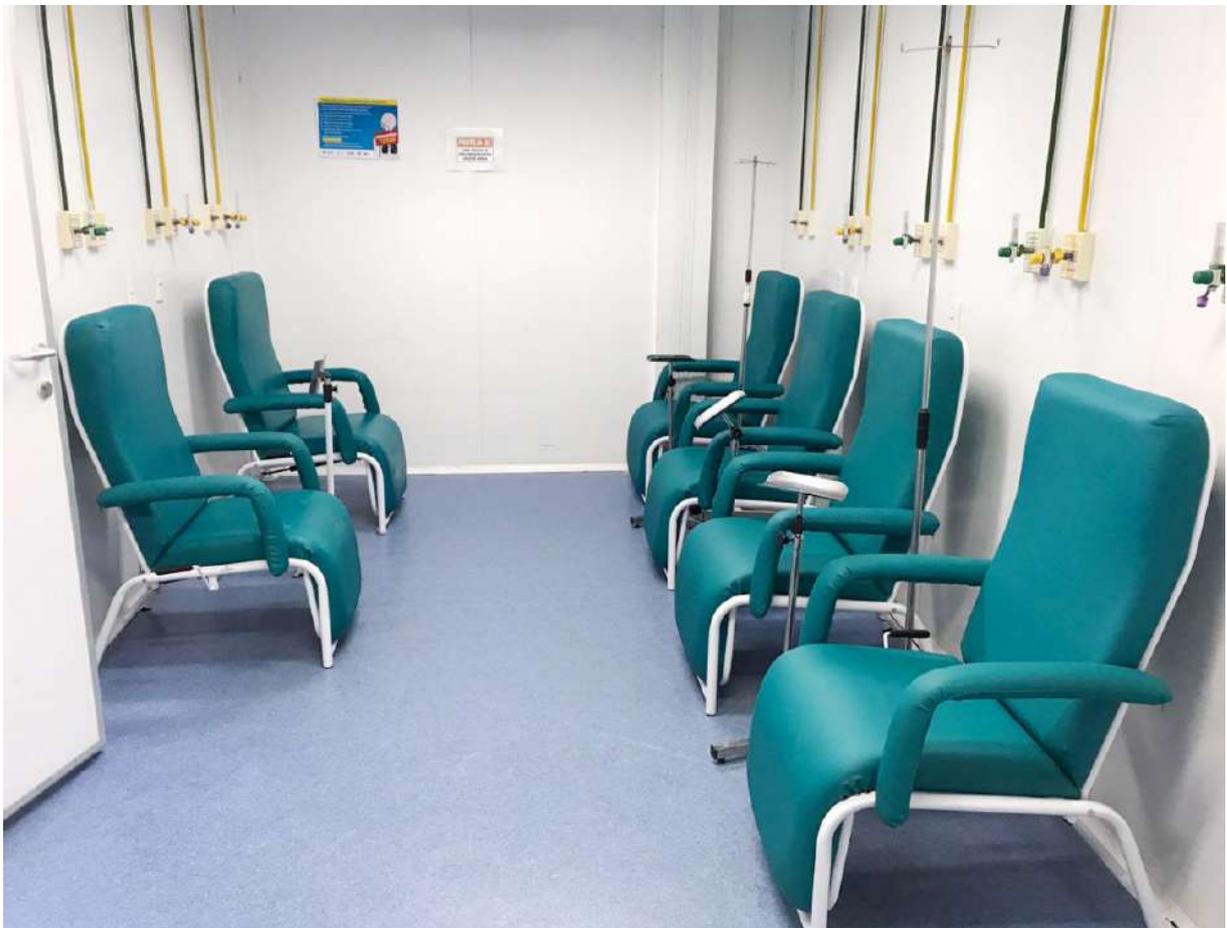
- ✓ Comunicar ao médico e enfermeira QUALQUER alteração com o paciente;
- ✓ Auxiliar médico e enfermeira em procedimentos preparando o material a ser utilizado;
- ✓ Manter ambiente limpo e organizado;
- ✓ Os empréstimos de materiais permanente ou MAT/MED somente com MEMORANDO e autorização do enfermeiro;
- ✓ 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;
- ✓ Solicitar presença de familiares para efetuar internação hospitalar 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.

*Resultado Esperado:*

Organizar a rotina da Unidade Observação para manter organizado o fluxo.

**Sala de medicação IM/ inalação**



A sala de nebulização e inalação da UPA, é onde ocorre a administração de medicamentos nas vias respiratórias superiores (VAS), com a utilização de dispositivo que libera medicações aerossóis que chegam ao tecido epitelial mucoso do trato respiratório.

Um nebulizador transforma a medicação líquida em um aerossol – partículas sólidas suspensas em um gás – uma espécie de névoa (fumaça) composta de pequenas partículas que pode ser inalada.

Contribui para que, através da padronização dos procedimentos, todos os usuários da Saúde tenham acolhimento adequado aos padrões de qualidade e humanização.

### Objetivos

- ✓ Umidificar as vias aéreas superiores;
- ✓ Aliviar inflamações e congestões;
- ✓ Fluidificar secreção de vias aéreas superiores;
- ✓ Estimular a tosse;
- ✓ Diminuir edema em vias aéreas superiores;
- ✓ Administrar medicações por via respiratória.

## Aplicação

A equipe de enfermagem e médicos.

## Materiais necessários

- ✓ Bandeja;
- ✓ Fonte de oxigênio ou ar comprimido;
- ✓ Intermediário (chicote) de oxigênio ou de ar comprimido;
- ✓ Solução prescrita em uma seringa com identificação;
- ✓ Seringa para medir a dose se necessário;
- ✓ Nebulizador com máscara;
- ✓ Fluxômetro de oxigênio ou de ar comprimido.

## Técnica para realizar a nebulização

- ✓ Higienizar as mãos;
- ✓ Explicar o procedimento ao paciente ou familiar;

- ✓ Separar os materiais necessários na bandeja;
- ✓ Levar o material até o paciente;
- ✓ Realizar a higiene das mãos;
- ✓ Colocar o paciente em posição de fowler;
- ✓ Conectar a inalador a fonte de oxigênio ou de ar comprimido;
- ✓ Colocar o medicamento dentro do copo do nebulizador;
- ✓ Abrir válvula do fluxômetro entre 6 a 8 l / min;
- ✓ Observar a formação de névoa (fumaça);
- ✓ Em casos de criança, retire a chupeta;
- ✓ Adaptar a máscara do inalador ao paciente, utilizando o elástico e tendo o cuidado de manter o copo do nebulizador na posição vertical;
- ✓ Manter a inalação até que termine a solução e acabe a névoa (fumaça) observando possíveis eventos adversos relacionados ao medicamento;
- ✓ Fechar a válvula do fluxômetro quando acabar a administração;
- ✓ Desconectar a extensão do inalador;
- ✓ Deixar paciente em posição confortável;

- ✓ Recolher material utilizado;
- ✓ Realizar higiene das mãos.

**OBS 1:** Quando acabar a administração, o equipamento deve ser limpo. A limpeza após cada nebulização é muito importante, pois evita que bactérias e germes se proliferem no local.

**OBS 2:** O nebulizador (copo para colocar o medicamento) deve ser trocado a cada uso (conforme rotina de cada instituição).

**OBS 3:** Trocar os intermediários conforme rotina da unidade, quando o paciente estiver de alta hospitalar ou quando for suspenso a terapêutica com nebulização.

#### Nebulização e os Cuidados de Enfermagem

- ✓ Conferir a prescrição médica;
- ✓ Certificar-se que a montagem do kit de nebulizador ficou estável;
- ✓ Interromper a medicação se ocorrer reações ao medicamento e comunicar imediatamente ao médico responsável;
- ✓ Realize a higiene das mãos utilizando a técnica correta sempre antes e depois de manipular o equipamento;
- ✓ O uso do nebulizador é individual;

- ✓ Registrar o procedimento e possíveis reações adversas no prontuário conforme protocolo institucional.

### Diretrizes Normativas

Nº	Ação (O quê)		Atribuição (Quem)	Informações Complementares (Como)
1	Acolha o paciente com sua prescrição ou receita	↓	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem	Receber o paciente com sua receita ou prescrição médica e acomodá-lo em local apropriado para realização do procedimento.
2	Preencha o registro de nebulização	↓	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem	<a href="#">ENF.APS-RG-02 REGISTRO DA SALA DE INALAÇÃO</a>
3	Separe materiais e medicação para procedimento	↓	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem	Separar e montar o kit de nebulização conforme faixa etária de usuário (pediátrico ou adulto) assim como medicação a ser utilizada conforme prescrição ou receita médica.
4	Prepare medicação e instale equipamento	↓	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem	Preparar a medicação de acordo com a dosagem prescrita no copo do kit e montar o circuito conectando-o ao fluxômetro.
5	Registrar a medicação	↓	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem	Checar na receita data, horário realizado, nome e assinatura.
6	Oriente o paciente quanto ao procedimento	↓	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem	Orientar o usuário à permanecer com a máscara junto a face, mantendo a respiração eupneica durante todo o procedimento, assim como postura adequada mantendo vias aéreas permeáveis.
7	Inicie a nebulização	↓	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem	Ligar o fluxômetro e observar possíveis alterações e/ou queixas do usuário durante realização do procedimento. Solicitar presença do enfermeiro ou médico em caso de possíveis alterações com o usuário.
8	Desligue o aparelho e libere o paciente	↓	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem	Desligar o fluxômetro, observar estado geral do pacientes e possíveis queixas.
9	Realize a desinfecção de materiais	↓	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem	Desconectar o circuito para a desinfecção dos materiais. Ver 5.1

## Disposições Gerais

### **Desinfecção do kit de nebulização**



- ✓ Lavar o kit utilizado com água corrente e sabão;
- ✓ Imergir em solução de hipoclorito 1.0% durante 30 minutos;

- ✓ Enxaguar kit em água corrente; - Secar o kit com pano limpo destinado a este setor, com troca diária;
- ✓ Realizar a secagem das conexões conectando-a no ar comprimido por alguns segundos até que todo o vestígio de água seja eliminado;
- ✓ Armazenar em um recipiente plástico com tampa.

### **Organização da Sala de Nebulização**

- ✓ Realizar assepsia da bancada com álcool 70% e pano limpo;
- ✓ Organizar e separar os materiais do kit no local adequado;
- ✓ Realizar conferência de medicações utilizadas na sala de nebulização de acordo com quantidade e validade e armazenar em local adequado;
- ✓ Realizar troca do soro fisiológico, seringa, agulha de aspiração e hipoclorito a cada 24 horas, identificando a troca com data, hora e nome do funcionário responsável por sua realização;
- ✓ Lavar o recipiente plástico com água e sabão, enxaguar, secar semanalmente ou conforme a necessidade.

## Conscientização

O não cumprimento desse procedimento tal qual está descrito poderá resultar em:

- ✓ Aumento do risco de infecções;
- ✓ Risco de vida ao paciente devido a possíveis reações adversas relacionadas às medicações utilizadas;
- ✓ Perda de qualidade no atendimento resultando em pouca eficiência clínica;
- ✓ Danos à imagem e credibilidade dos profissionais de saúde;
- ✓ Usuários atendidos fora dos padrões de acolhimento preconizados pelo SUS.

## Sala de Curativo e Sutura



A Sala de Sutura e Curativo, contribui para que, através da padronização dos procedimentos, todos os usuários da Rede Municipal de Saúde tenham acolhimento adequado aos padrões de qualidade e humanização.

### **Diretrizes Normativas**

Nº	Ação (O quê)		Atribuição (Quem)	Informações Complementares (Como).
1	Receber o paciente com necessidade de curativo;		↓ Enfermeiro triagem	Ver 5.1
2	Curativo de Rotina?	Sim ↓ 3 Não ↓ 5	Enfermeiro da triagem	-
3	Período noturno ou em finais de semana e feriados?	Sim ↓ 5 Não ↓ 4	Enfermeiro da triagem	-
4	Encaminhar o paciente para Unidade Básica;		↓ FIM Enfermeiro triagem	Horário de atendimento da UBS: oriente o paciente para procurar a Unidade Básica de Saúde de referência. OBS. Esta orientação é fundamental para a conscientização dos usuários do SUS no sentido de que busquem o Acolhimento correto, onde será atendido com maior agilidade;
5	Encaminhar para sala de curativo;		↓ Equipe de enfermagem	Acompanhar o paciente até a sala de curativo, onde aguardará atendimento médico ou realizará o curativo de rotina; (noturno, finais de semana e feriados).
6	Fazer os preparativos para atendimento médico;		↓ Equipe de enfermagem	- Trauma aberto: limpeza e anti-sepsia; - Trauma fechado: limpeza; - Queimaduras: classificar e aguardar médico;
7	Necessita de sutura?	Não ↓ 8 Sim ↓ 9	Equipe de enfermagem	-
8	Proceder conforme prescrição médica;		↓ 12 Equipe de enfermagem	Conforme orientação médica, após a realização do curativo. Ver 5.2
9	Sutura simples		↓ Equipe de enfermagem	Preparar instrumental cirúrgico e medicação a ser utilizada Ver disposições gerais 5.2.1

10	Necessita de procedimento complexo	↓	Enfermeiro e ou médico	Ver disposições gerais 5.3
11	Necessita de imobilização?	Sim ↓ 12	Equipe de enfermagem	-
12	Realizar os procedimentos;	↓	Equipe de enfermagem/ Médico	Conforme orientação médica. Ver disposições gerais 5.3 5.4 e 5.5.
13	Registrar o atendimento no livro de registro;	↓	Equipe de enfermagem	Conforme <a href="#">ENF.URG-RG-22-Registro da Sala de Curativo.</a>
14	Organizar o local de trabalho e equipamentos.	↓ FIM	Equipe de enfermagem	Conforme <a href="#">ENF.URG-IT-08-Limpeza e Organização da Sala de Curativo.</a>

### Disposições Gerais

#### Atendimento de paciente para curativo

ONDE	COMO
Sala de emergência	1. Realizar classificação de risco e, quando aplicável, encaminhar para a sala de curativo;
Triagem	1. Realizar a classificação de risco e dar encaminhamento; 2. Encaminhar diretamente para a sala de curativo dependendo da situação do paciente.

#### Curativo com sutura

Solicitar para o médico a prescrição de curativo para as UBS/UBSF e prescrever retirada de pontos.

### Encaminhamento do paciente

O que	Quem	Como
Ficha de referencia e contra referencia	Médico responsável	Solicitar vaga via SAMU Preencher com os dados e a clinica do paciente; procedimentos realizados.
Transporte por meios próprios	Paciente	Paciente leva em mãos a ficha de referência e contra referência para o destino

### Encaminhamento para unidade hospitalar

O que	Quem	Como
Disponibilidade de vagas	Médico	Verificar junto ao setor de regulação (SAMU) a disponibilidade de vagas e receber através do médico regulador a senha e local disponível para encaminhamento do paciente.
Ficha de Referência e contra referência	Médico	Preencher com os dados e a clinica do paciente; procedimentos realizados, numero da senha, local de destino e hora.
Transporte por meios próprios	Paciente	Paciente leva em mãos a ficha de referência e contra referência para o destino
Transporte de ambulância (suporte básico)	Socorrista e técnico de enfermagem	Acompanhar o paciente e levam em mãos a ficha de contra referência.
Transporte de ambulância suporte avançado	Socorrista, médico e enfermeiro	Acompanhar o paciente e levam em mãos a ficha de referência e contra referência

### Outros procedimentos realizados na Sala de Curativos

Diversos outros procedimentos podem ocorrer na sala de curativos, como por exemplo: drenagem de abscesso; retirada de corpos estranhos; limpeza do conduto auditivo e outros. Todos seguem o mesmo fluxo apresentado acima.

### **Técnica de realização de Curativo**

- ✓ 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 0,9%;

- ✓ Secar toda a pele ao redor da lesão;
- ✓ Aplicar cobertura indicada;
- ✓ Ao terminar o curativo: retirar as luvas, lavar as mãos, anotar no prontuário o aspecto da lesão (tipo de secreção, quantidade, característica do tecido);
- ✓ As soluções antissépticas degermantes 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.

### **Conscientização**

O não cumprimento desse procedimento tal qual está descrito poderá resultar em:

- ✓ Usuários atendidos fora dos padrões de acolhimento preconizados pelo SUS;
- ✓ Usuários atendidos sem que sejam consideradas as avaliações de risco;
- ✓ Danos permanentes para o usuário;
- ✓ Infecções diversas;

- ✓ Profissionais serem processados pelos usuários por atendimento inadequado;
- ✓ O não entrosamento da equipe por ausência de padronização dos procedimentos;
- ✓ Danos à imagem e credibilidade dos profissionais de saúde.

### **Descrição do Processo**

É de responsabilidade do profissional de enfermagem:

- Organizar a sala;
- Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início de cada plantão;
- Solicitar ao zelador que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal;
- Trocar as almotolias semanalmente colocando novas soluções, previamente limpos identificados e datados. As almotolias devem ser preenchidas 50% do volume;
- Verificar a data de validade de materiais esterilizados;
- Repor materiais necessários, conforme a rotina da unidade;
- Realizar os curativos conforme prescrição médica e/ ou do enfermeiro;

- Executar rotina de troca de curativo (conforme orientação do manual de normas técnicas);
- Colocar o material utilizado em solução com água e sabão, encaminhando-o ao expurgo ao término do plantão;
- Após a realização de curativos contaminados solicitar ao zelador limpeza concorrente e descontaminação se necessário;
- Desprezar o resíduo em recipiente adequado.

### **Sala de Coleta de Exames Laboratoriais**

Os exames de sangue fazem parte da rotina médica e são fundamentais para acompanhamento das nossas condições de saúde. Por meio de investigações no sangue é possível diagnosticar desde problemas comum até doenças mais graves.

Por isso, a coleta de sangue é um procedimento comum e realizado com bastante frequência em laboratórios de análises clínicas de uma Unidade.

A coleta de sangue é um procedimento feito por profissionais qualificados para tal função, pois além da questão técnica da forma como se faz a punção venosa, a pessoa deve saber como funciona o processo de análise do sangue para colher as amostras de maneira adequada.

Existem diferentes tipos de exames de sangue e para um exige-se uma amostra diferente.

A amostra colhida pelo profissional deve ter em vista o tipo de análise solicitada pelo médico e deve-se usar os materiais para coleta de sangue certos.

Passo a passo da coleta de sangue.

Podemos dizer que existem três **tipos de coleta de sangue**:

- ✓ Por meio de seringa e agulha,
- ✓ Coleta de sangue a vácuo e
- ✓ Punção digital.

Para estes procedimentos são adotados alguns métodos que são comuns a todos e outros específicos.

Coleta de sangue com seringa e agulha:

1. Confira se tem a disposição todos materiais que precisa;

2. Higienize as mãos;
3. Organize os materiais conforme a ordem de uso;
4. Explique ao paciente como será feita a coleta;
5. Confirme com ele os dados e cole as etiquetas nos tubos;
6. Coloque a luva e mostre ao paciente as seringas e agulhas nas embalagens antes de abrir;
7. Veja onde pode fazer a punção venosa;
8. Faça assepsia do local e garroteie o braço do paciente pedindo para ele feche a mão;
9. Tire a capa da agulha, faça a punção, solte o garrote e peça para o paciente abrir a mão;
10. Colete a quantidade de sangue necessária para a realização dos exames solicitados;
11. Quando terminar, retire a agulha, peça para que o paciente faça pressão por três minutos em média e acione o dispositivo de segurança da agulha;
12. Descarte a agulha e coloque o sangue em tubo de coleta fazendo a homogeneização recomendada;
13. Faça um curativo no paciente e oriente para que continue pressionando o local;

14. Descarte a seringa e as luvas.

#### Coleta de sangue a vácuo

A coleta de sangue a vácuo é feita seguindo os mesmos passos da coleta com seringa e agulha, sendo diferente apenas na manipulação dos materiais.

Neste caso, a agulha possui um suporte para encaixe dos tubos de coleta onde o sangue será armazenado.

Este procedimento permite que diferentes amostras sejam colhidas sem ter a necessidade de fazer uma nova **punção venosa**.

#### CONDIÇÕES PARA A COLETA

##### O que é necessário para a coleta de sangue?

- ✓ Sala bem iluminada e ventilada;
- ✓ Pia Cadeira reta com braçadeira regulável ou maca;
- ✓ Garrote;

- ✓ Algodão hidrófilo;
- ✓ Álcool iodado a 1% ou álcool etílico a 70%;
- ✓ Agulha descartável;
- ✓ Seringa descartável;
- ✓ Sistema a vácuo: suporte, tubo e agulha descartável;
- ✓ Tubos de ensaio com tampa;
- ✓ Pinça;
- ✓ Pipetas Pasteur;
- ✓ Etiquetas para identificação de amostras;
- ✓ Caneta;
- ✓ Recipiente de boca larga, com parede rígida e tampa, contendo hipoclorito de sódio a 2% Avental e máscara;
- ✓ Luvas descartáveis;
- ✓ Estantes para tubos.

O que deve ser feito antes da coleta da amostra de sangue?

Identifique os tubos para colocação da amostra. Escreva na etiqueta os dados do paciente: nome, número do registro, data de nascimento, sexo, data da coleta, número ou código de registro da amostra e o nome da instituição solicitante. Em algumas unidades, utiliza-se apenas códigos ou abreviaturas em lugar do nome do paciente.

## A COLETA COM SERINGA E AGULHA DESCARTÁVEIS

### Como fazer coleta de sangue com seringa e agulha descartáveis?

- 1- Coloque a agulha na seringa sem retirar a capa protetora, Não toque na parte inferior da agulha;
- 2- Movimente o êmbulo e pressione-o para retirar o ar;
- 3- Ajuste o garrote e escolha a vela;
- 4- Faça a anti-sepsia do local da coleta com algodão umedecido em álcool a 70% ou álcool iodado a 1 %. Não toque mais no local desinfetado;
- 5- Retire a capa da agulha e faça a punção;
- 6- Solte o garrote assim que o sangue começar a fluir na seringa;

- 7- Colete aproximadamente 10 ml de sangue. Em crianças, colete de 2 a 5 ml;
- 8- Separe a agulha da seringa com o auxílio de uma pinça, descarte a agulha em recipiente de boca larga, paredes rígidas e tampa, contendo hipoclorito de sódio a 2%;
- 9- Oriente o paciente a pressionar com algodão a parte puncionada, mantendo o braço estendido, sem dobrá-lo;
- 10- Transfira o sangue para um tubo de ensaio sem anticoagulante, escorra delicadamente o sangue pela parede do tubo. Este procedimento evita a hemólise da amostra. Descarte a seringa no mesmo recipiente de descarte da agulha.



### COLETA COM SISTEMA A VÁCUO E COLETA MÚLTIPLA

Como proceder quando a coleta é feita com sistema a vácuo?

- 1- Rosqueie a agulha no adaptador (canhão). Não remova a capa protetora de plástico da agulha;
- 2- Ajuste o garrote e escolha a veia;

- 3- Faça a antissepsia do local da coleta com algodão umedecido em álcool a 70% ou álcool iodado a 1%. Não toque mais no local desinfetado;
- 4- Remova o protetor plástico da agulha. Faça a punção;
- 5- Introduza o tubo no suporte, pressionando-o até o limite;
- 6- Solte o garrote assim que o sangue começar a fluir no tubo;
- 7- Separe a agulha do suporte com o auxílio de uma pinça. Descarte a agulha em recipiente de boca larga, paredes rígidas e tampa, contendo hipoclorito de sódio a 2%;
- 8- Oriente o paciente a pressionar com algodão a parte puncionada, mantendo o braço estendido, sem dobrá-lo.



### Como fazer uma coleta múltipla?

Utilize o sistema a vácuo. Troque os tubos à medida em que for colhendo as amostras desejadas. Todos os demais procedimentos são iguais ao do sistema a vácuo.

### DESCARTE DE REJEITOS PRODUZIDOS NA COLETA

Como é feito o descarte de agulhas, seringas, algodão e coágulos?

O descarte do lixo produzido deve ser feito de acordo com as normas estabelecidas para o trato do lixo hospitalar.

Todos os objetos perfurocortantes devem ser descartados em um recipiente de boca larga, paredes rígidas e tampa, contendo hipoclorito de sódio a 2%, que deve ser preparado diariamente.

Após imersão total por 24 horas, no mínimo, deve ser realizada a autoclavação desse material.

O algodão e os coágulos devem ser colocados em sacos plásticos e identificados como material potencialmente infectante.

Todo esse material deve ser encaminhado ao lixo hospitalar.

## DESCONTAMINAÇÃO DE MATERIAIS REUTILIZÁVEIS

Como é feita a descontaminação dos materiais reutilizáveis?

Os materiais reutilizáveis devem ser colocados em desinfetante próprio, pelo tempo de contato recomendado e depois autoclavados. A seguir, devem ser lavados normalmente como material médico-hospitalar.

### Sala de Emergência



A Sala de Emergência, SALA VERMELHA, é preparada para receber usuários críticos e semicríticos, provenientes do acolhimento, classificação de risco, sala

amarela, meios próprios e ambulâncias, após agravamento do estado clínico, para estabilização (tratamento intensivo).

Como objetivo, a sala vermelha deverá prestar assistência de forma dinâmica e sistematizada até estabilização hemodinâmica ou transferência hospitalar.

### Equipe multidisciplinar

- ✓ Médico;
- ✓ Enfermeiro;
- ✓ Técnico de Enfermagem.

### Procedimentos Sala Vermelha

1. Checar equipamentos em relação ao funcionamento carga/bateria e quantidade.  
  
Realizar check list pré-estabelecido. (Desfibrilador, respirador, monitor, eletrocardiógrafo, laringoscópio, lâminas, âmbú, circuitos de oxigênio, vácuo e aspiração;

2. Inspeccionar carro de PCR quanto a quantidade de insumos necessários e medicações. Realizar check list pré-estabelecido;
3. Organizar e manter 02 (dois) leitos preparados para receber usuários em PCR ou vítimas de trauma. (Ambú adaptado ao circuito de oxigênio com umidificador, laringoscópio, material para acesso venoso, prancha, material para intubação orotraqueal, material para aspiração de VAS...);
4. Certificar-se que a monitorização continua dos sinais vitais é eficaz, ajustando o monitor (horário de verificação da pressão arterial, derivação de ECG e alarmes);
5. Manter registros atualizados tais como: checagem da prescrição, evolução e sinais vitais;
6. Atentar para visualização e identificação de alteração do quadro clínico do usuário;
7. Atentar para validade das soluções e infusões mantendo as mesmas devidamente identificadas;

8. Manter acessos venosos devidamente identificados com data, nº do jelco e profissional;
9. Observar secreções e providenciar cuidados higiênicos e de conforto;
10. Prestar ao usuário grave, assistência de forma dinâmica até sua transferência hospitalar, instalando totais medidas de segurança e conforto;
11. Preparar corpo, caso óbito;
12. Providenciar limpeza terminal após alta, transferência ou óbito;
13. A transferência será solicitada pelo profissional médico através do serviço social (central de regulação de vagas). Para tal avaliar: condições da ambulância, profissional de enfermagem que acompanhará na remoção, reposição de material utilizado, exames necessários e anotar no livro do setor;
14. Nos casos de alta, o usuário será encaminhado para sala de observação (Amarela) para depois ser liberado;
15. Nos casos de óbito, o atestado será preenchido pelo profissional médico (declaração de óbito), o corpo preparado pela equipe de enfermagem e

encaminhado ao morgue. O serviço social fará contato com familiares e o médico comunicará o ocorrido.

## **EIXO VERMELHO = Emergência**

Local amplamente visível, distinto e exclusivo.

Acesso coberto para ambulâncias

Sinal sonoro disponível

Sala disponível



Recebimento e estabilização dos pacientes graves.

## **Atendimento de alta gravidade = Tecnologia avançada.**

- ✓ Materiais e equipamentos necessários;
- ✓ Privacidade dos pacientes;
- ✓ Acolhimento da rede social.





# Fluxograma Eixo Vermelho

- Todo cidadão que chegar ao Eixo Vermelho por meios próprios ou de ambulância do SAMU, GSE poderá ser avaliado pela equipe de acolhimento.
- As emergências irão para a sala própria, ou seja, sala vermelha.
- As demandas identificadas como menor urgências serão redirecionadas ao SPA para ser classificadas quanto ao risco.
- A equipe de classificação receberá o paciente, fará avaliação breve da situação e liberará a ambulância, em seguida o classificará usando os protocolos padronizados.
- Reavaliações estão previstas, uma vez que a classificação é dinâmica.

## Sala de Observação;

As Salas de Observação da unidade, são divididas em:

- Sala Amarela
- Sala de Isolamento

✓ **Área Amarela;** Pacientes críticos / semi-críticos.



## **SALA AMARELA DE OBSERVAÇÃO (PEDIÁTRICA)**

Na sala amarela observação pediátrica, deverá realizar de forma eficaz, realizando condutas que contribuam para melhora do quadro clínico do usuário, no menor espaço de tempo possível, até que o mesmo tenha alta ou seja transferida.

### **DEFINIÇÃO:**

Sala preparada para receber crianças até 13 (treze) anos (exceto puerpério) provenientes do acolhimento, classificação de risco e meios próprios.

### **EXECUTANTE:**

#### **Equipe multidisciplinar:**

- ✓ Médico Pediatra;
- ✓ Enfermeiro;
- ✓ Técnico de enfermagem;
- ✓ Assistente social.

## PROCEDIMENTOS

1. Recepcionar a criança de forma cordial, acomodar no leito, realizar exames físicos e procedimentos;
2. Orientar os responsáveis quanto aos procedimentos prescritos a serem realizados e como a mesma poderá ajudar;
3. Cumprir rigorosamente a prescrição médica;
4. Atentar para evolução ou involução do quadro clínico;
5. Visualizar a criança como um todo;
6. Realizar registros tais como: evolução, prescrição, checagem, anotações de sinais vitais e qualquer alteração ocorrida;
7. Realizar controle de livro próprio, tais como: admissão, alta, transferência, diagnóstico e responsável;
8. Realizar checagem de check List;
9. Realizar ou auxiliar o responsável, nos cuidados de higiene;

10. Responsabilizar-se por documentos e exames a serem enviados durante transferência ou alta.

### **OBSERVAÇÃO**

Nos casos de altas, transferências ou óbitos o procedimento será o mesmo das sala adulto.

Ressaltar a equipe de Técnicos em Enfermagem, que todo procedimento invasivo (exceto punção periférica) é privativo dos enfermeiros.

### **SALA AMARELA DE OBSERVAÇÃO (ADULTO)**

Na sala amarela observação adulto, estará preparada para receber usuários semicríticos, provenientes do acolhimento, classificação de risco e meios próprios, após agravamento do estado clínico, durante a avaliação médica.

### **OBJETIVOS**

Prestar assistência de forma dinâmica e sistematizada até estabilização hemodinâmica, resultando em alta para residência ou transferência hospitalar, caso necessite de acompanhamento clínico exames diagnósticos e intervenções cirúrgicas.

### **Equipe multidisciplinar**

- ✓ Médico;
- ✓ Enfermeiro;
- ✓ Assistente Social;
- ✓ Técnico de Enfermagem.

### **PROCEDIMENTOS**

1. Assumir o plantão leito a leito, tomando ciência das ordens e ocorrências do setor;
2. Ao admitir o usuário, recolher pertences e entregar imediatamente ao familiar, pessoa responsável, acompanhante ou, nos casos que o mesmo estiver sozinho, ao serviço social, relatando no livro de ocorrências do setor;
3. Monitorá-lo caso seja necessário, verificar sinais vitais e evoluir em impresso próprio;
4. Verificar e registrar no mínimo de 6/6h os sinais vitais, independente da prescrição médica (folha de sinais vitais);

5. Realizar os cuidados específicos prescritos para cada usuário (folha de plano de cuidados);
6. Realizar PA horária em todos os usuários em uso de Nitroprussiato de sódio (Nipridi), Nitroglicerina (Tridil) e Aminas (Noradrenalina, Dobutamina e Dopamina), a enfermeira deve avaliar a necessidade do controle rigoroso da PA em casos de hipertensão;
7. Realizar HGT horário em todos os usuários com dripping de insulina, a enfermeira deve avaliar a necessidade do controle rigoroso da glicemia em casos de hiperglicemia;
8. Conferir estoque de material/medicação, solicitando a reposição dos mesmos, ao volante;
9. Conferir as medicações ao chegar da farmácia (principalmente antibióticos), verificar as faltas e comunicar ao médico plantonista, para que seja feita substituição;

10. Seguir criteriosamente a prescrição médica, atentando para os horários aprazados pelo enfermeiro;
11. Realizar checagem e evolução de todos os procedimentos realizados;
12. Manter o setor organizado, com os leitos devidamente arrumados;
13. Solicitar ao funcionário da rouparia, a retirada do Hamper, quando este estiver cheio;
14. Arquivar os prontuários da alta em pasta própria, recolher os BAMs e entregar para recepcionista. Os mesmos serão arquivados em local próprio na unidade (SAME) sob responsabilidade do gerente administrativo;
15. O horário das refeições dos colaboradores deverá ocorrer em sistema de rodízio, evitando deixar o setor descoberto;
16. Após a alta do usuário, solicitar a limpeza terminal do mesmo, arrumando-o em seguida;
17. Manter monitorizados clientes instáveis;

18. Na alta / transferência dos usuários, entregar todos os resultados de exames (laboratório, RX, ECG);
19. Atentar para o preparo e administração de medicações conforme rotina estabelecida. Verificando prazos de validade dos mesmos e datando equipos, punções, soluções e curativos;
20. O técnico de enfermagem deve realizar coleta de sangue para exames laboratoriais, procedendo à identificação conforme rotina. A Punção Arterial deve ser realizada pelo enfermeiro ou pelo médico, assim como punção de jugular e cateterismo vesical;
21. Realizar higiene (aspersão e/ou leito) em usuários com mais de 12 horas de internação;
22. Fazer registro no livro de ordens e ocorrências: Nome do usuário, leito, horário e data da internação, horário de saída e destino;
23. Fazer conferência dos equipamentos (monitores, HGT, rede de gases e umidificadores) em relação ao funcionamento e quantidade em check list próprio.

Comunicar a falta de qualquer um desses itens para a coordenação, para que providências sejam tomadas;

24. A alimentação dos usuários (conforme dieta da folha de prescrição) e de seu acompanhante deverá ser comunicada ao Serviço de nutrição em tempo hábil;
25. Observar secreções e providenciar cuidados higiênicos e de conforto;
26. Prestar ao usuário assistência de forma dinâmica até sua estabilização hemodinâmica ou transferência hospitalar, instalando totais medidas de segurança e conforto;
27. Preparar corpo, caso óbito;
28. Providenciar limpeza terminal após alta, transferência ou óbito.

**OBSERVAÇÃO:**

As transferências, óbitos e altas seguem mesmo padrão da sala vermelha.

**Eletrocardiograma**

A realização de ECG ocorrerá durante as 24hs do dia, os sete dias da semana. Serão realizados exames de pacientes atendidos no pronto atendimento.



Para a realização de ECG será necessária solicitação médico sendo o exame realizado por Técnicos de Enfermagem do plantão com escala de 24

horas. Vale ressaltar que este técnico quando não estiver realizando exame, deverá assistir à UPA, apoiando nos exames, ou procedimentos.

## **Laboratório de Análises Clínicas**



O atendimento laboratorial para diagnósticos de patologia clínica funcionará em regime de urgência e emergência, 24 horas por dia. O laboratório poderá ser terceirizado mantendo um posto de coleta e processamento dentro de cada unidade, atendendo às demandas. A empresa deverá ter nos plantões diurnos 02 coletadores e nos plantões noturnos pelo menos um profissional desta categoria. Além disso, deverá haver bioquímicos/ biomédicos para a emissão dos laudos. Os profissionais estarão dispostos em escala para atender à demanda.

Será feito no local o processo de coleta, processamento e liberação de resultados, executado por profissionais treinados e habilitados para tal. O tempo de entrega de resultados será o de aproximadamente duas horas, respeitando os limites operacionais, bem como o número de pacientes atendidos diariamente. A coleta se dará de maneira ininterrupta, funcionando nas 24 horas.

No transporte de material biológico será garantida a segurança e integridade, sendo acondicionado em caixas térmicas 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° 420 de 12 de fevereiro de 2004 e na portaria N° 472 de 09 de março de 2009 – Resolução GMC N° 50/08 – Transporte de substâncias infecciosas e Amostras biológicas.

## Sala de Raio X

O Serviço de Diagnóstico por Imagem é constituído de unidades que objetivam o estudo da função e anatomia pela obtenção de imagens via métodos não invasivos.

Visto que o serviço serve de suporte à condução clínica dos pacientes, é formada de unidades divididas de acordo com o método utilizado para obtenção das imagens.



Serão realizados exames de pacientes de demanda espontânea e em observação.

O maior quantitativo de pacientes será proveniente da porta de entrada, que gerará uma grande demanda de exames destes tipos. Por outro lado, em igual escala de importância, a assistência aos pacientes em observação na unidade é uma prioridade do Serviço de Imagem.

O Serviço de Imagem na unidade, terá exames de Raio X sendo realizado na sala com escalões propícias para tal procedimento.

O Serviço de Radiologia funcionará durante as 24h do dia, os sete dias da semana. Sendo realizados exames de pacientes atendidos no pronto atendimento. Para o serviço de Raio X serão necessários Técnicos de Radiologia com escala de 24 horas, sendo utilizados aparelhos de raio x fixo e raio x móvel.

Os exames para pacientes que podem se deslocar com facilidade serão realizados na sala destinada a Radiologia, porém aqueles exames para os pacientes mais graves poderão ser realizados nas salas de observação Amarela e Vermelha, sempre que necessário.

A estrutura estará preparada para estes exames de urgência, e toda a tecnologia será utilizada neste sentido. A equipe técnica a ser preparada para este setor será especializada, trabalhando e atendendo em condições adequadas e específicas de Radiodiagnóstico, atendendo a todas as legislações vigentes e atendendo a todas as demandas dos órgãos responsáveis e fiscais desta modalidade.

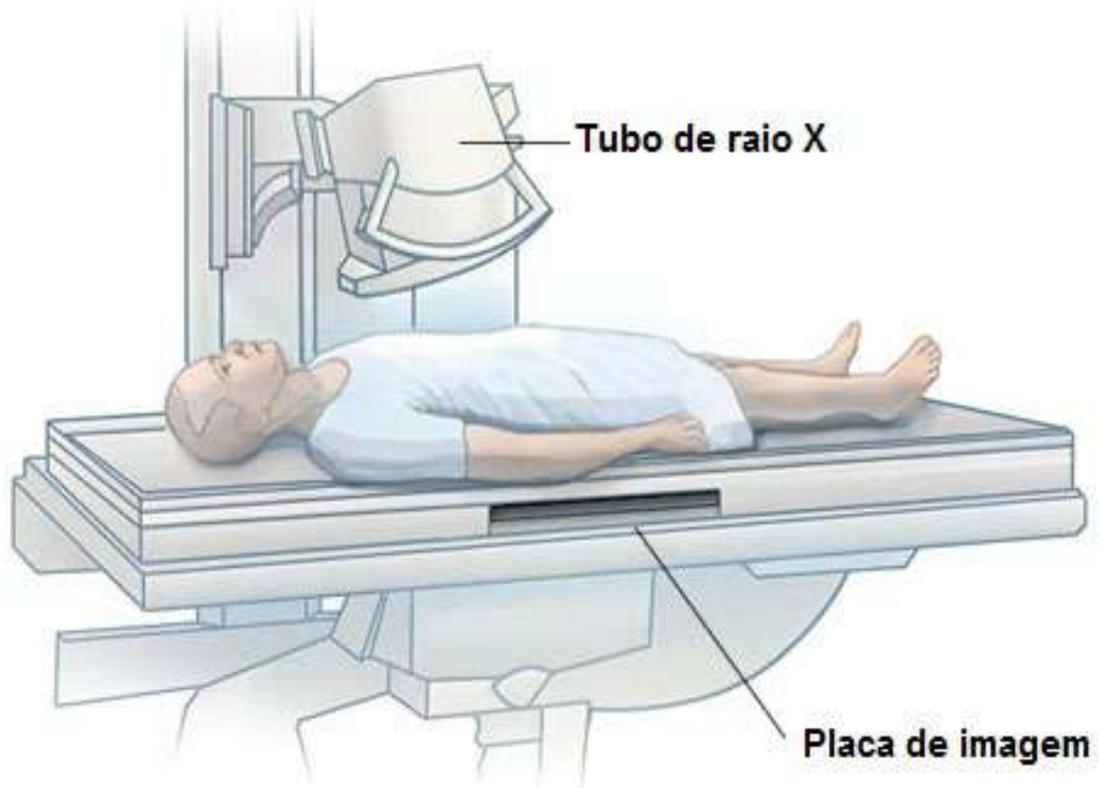
Mais do que isto, o IIFHES pretende atender a todos os usuários com excelência de qualidade, e para tanto também necessitará ter um excelente serviço de imagem na UPA.

Todos os equipamentos serão de acordo com o que preconiza a ANVISA, bem como o material de uso técnico. Serão utilizados os padrões de documentos existentes nas UPAS, e implantados novos modelos, se necessário.

O prazo de entrega/disponibilização dos exames será de imediato para retorno ao médico de plantão, já que se trata de serviço de emergência.

No momento da alta, os pacientes receberão seus exames e no caso dos pacientes que por algum motivo não os levarem o prazo de guarda e armazenamento dos exames radiológicos será de acordo com o que é estabelecido pelo Conselho Federal de Medicina.

Mensalmente serão elaborados relatórios e mapas de produção, informando os dados relevantes. Normas e rotinas serão implantadas na unidade, de maneira a garantir a qualidade do serviço, atendendo a todas as normas de proteção radiológica da portaria 453 da ANVISA.



A sala de raio x da unidade, tem a finalidade de prestar serviços diagnósticos referentes à realização de exames específicos, resultando na interpretação das imagens obtidas e elaboração de laudos técnicos que servem como subsídio para o tratamento eficaz dos usuários.

### **Atribuições Gerais**

- ✓ Suprir a demanda por diagnósticos precisos através da realização de estudos e análises dos exames de radiologia prescritos para os usuários;
- ✓ Manter um controle rígido sobre a proteção radiológica da unidade;
- ✓ Zelar pela correta utilização dos recursos físicos, identificados principalmente pelos equipamentos e do desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos da unidade;
- ✓ Manter em atividade contínua os equipamentos, dispositivos e respectivos insumos para o correto desenvolvimento dos exames prescritos pelos profissionais da unidade;
- ✓ Avaliar os resultados dos procedimentos específicos e elaborar os respectivos laudos técnicos, como também prover o correto encaminhamento dos mesmos às unidades requisitantes;
- ✓ Manter um controle eficaz da quantidade de exames realizados.

#### **Atribuições do RADIOLOGISTA:**

As principais atividades de um radiologista variam conforme sua agenda e sua rotina. Contudo, algumas das atividades básicas durante seu dia-a-dia são:

- I. Pautar as atividades profissionais, observando as regras da radiologia;
- II. Fazer radiografias do corpo humano utilizando os equipamentos necessários, de acordo com a necessidade do paciente;
- III. Analisar a imagem radiológica obtida para diagnosticar se há ocorrência de doenças ou não;
- IV. Elaboração de um laudo sobre as condições do paciente para que seja passado adiante aos clínicos e cirurgiões especializados.

Será utilizado tecnologia digital para a realização dos exames radiográficos, responsabilizando-se integralmente por adquirir, instalar, implantar, operar e manter o sistema completo de digitalização das imagens; sistema de gerenciamento, arquivamento e distribuição de imagem (PACS) e sistema de informação da radiologia (RIS), com programas (softwares), equipamentos de informática (hardware), rede lógica e recursos humanos e materiais completamente integrados ao sistema de gestão e informação do Pronto Atendimento, instalando monitores para a consulta e visualização, por meio eletrônico, das imagens dos exames radiográficos digitais realizados em todas as salas do Pronto Atendimento, sem prejuízo para a entrega dos exames em filme(s)

radiográfico(s) sempre que solicitado pela equipe médica. Todos os equipamentos e material técnico de consumo deverão possuir certificação da ANVISA.

#### SISTEMA PACS:



Disponibilizar os exames realizados em prazo imediato, sempre que requisitado pela equipe médica solicitante, já que se trata de um serviço de pronto-atendimento que se propõe a atender casos de urgência e emergências.

## **RELAÇÃO DE EXAMES DE RAIOS-X:**

- I.** Rx de crânio;
- II.** Rx de cavum;
- III.** Rx de seios da face;
- IV.** Rx de coluna cervical;
- V.** Rx de Clavícula;
- VI.** Rx de ombro (articulação escapulo umeral);
- VII.** Rx de braço (úmero);
- VIII.** Rx de cotovelo;
- IX.** Rx de antebraço;
- X.** Rx de punho;
- XI.** Rx de mão e punho (determinação de idade óssea);
- XII.** Rx de mão (quirodátilo);
- XIII.** Rx de tórax (Tórax ou arcos costais);
- XIV.** Rx de Coluna dorsal;
- XV.** Rx de Coluna lombar (lombosacra);

- XVI.** Rx de Abdômen;
- XVII.** Rx de bacia (bacia ou quadril articulação coxo femural);
- XVIII.** Rx de coxa;
- XIX.** Rx de joelho;
- XX.** Rx perna;
- XXI.** Rx de tornozelo (articulação tibiotársica);
- XXII.** Rx de pé;
- XXIII.** Rx de calcâneo

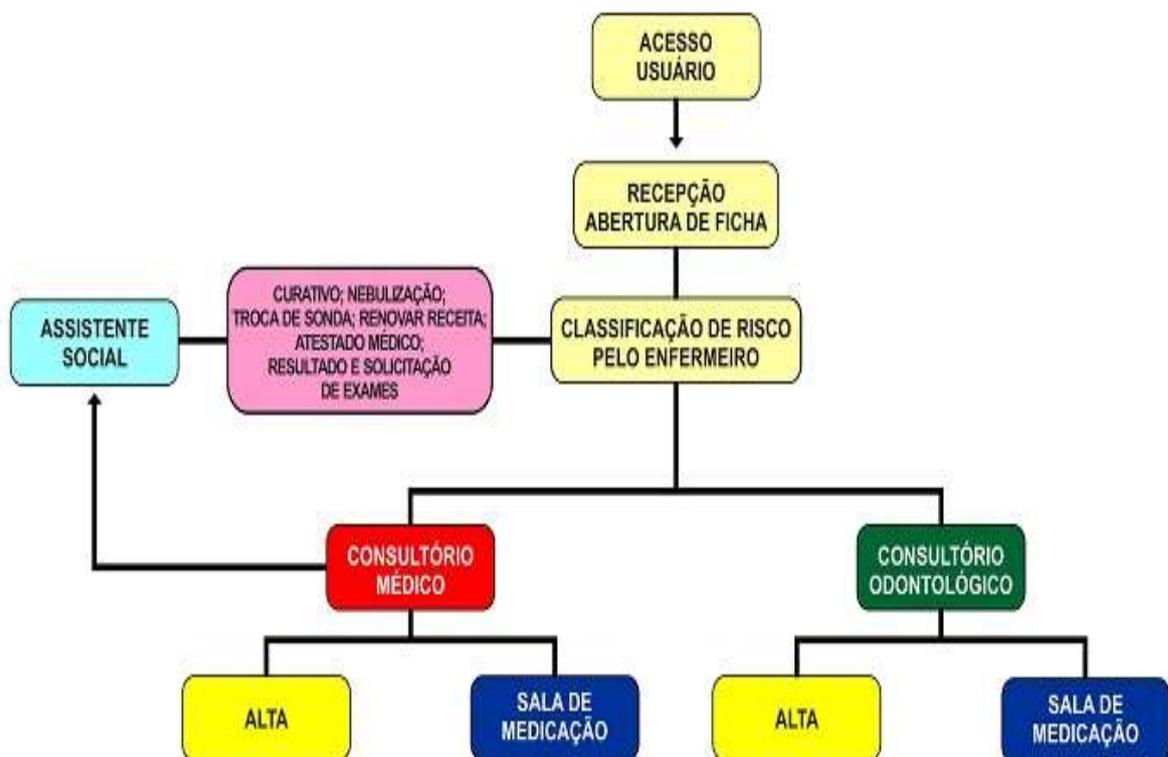
### **Consultórios médicos/multiprofissional**

A unidade, é composta pelos seguintes consultórios médicos e da equipe multiprofissional:

- consultórios médicos;
- sala para o serviço social;
- sala de classificação de risco.

A seguir apresentaremos as abordagens técnicas que deverão ser realizadas em cada consultório de atendimento da unidade, respeitando a ambiência e a privacidade de cada paciente no momento do seu atendimento médico e/ ou multiprofissional no seguinte fluxo:

## FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO



A Clínica Médica contará com médicos plantonista para as intercorrências.

O perfil ideal seria de pacientes agudamente acometidos, ou cuja condição crônica tenha se agravado subitamente.

Os clínicos deverão ter formação ampla e experiência em urgências, bem como e capacidade de resolução das mais frequentes síndromes clínicas.

As visitas médicas ocorrerão até as 11h da manhã, sendo elaborado relatório para as devidas informações cabíveis. A equipe discutirá, sob supervisão do coordenador do serviço, as condutas propostas.

O prontuário e exames complementares, em especial os de imagem, devem acompanhar os pacientes.

### **Serviço de Pediatria**

O profissional precisa estar capacitado a exercer atividades de maior complexidade, para as quais é necessária a autoconfiança respaldada no conhecimento científico para que este possa conduzir o atendimento do paciente com segurança.

Para tal, o treinamento deste profissional é imprescindível para o alcance do resultado esperado.

O grande diferencial no mercado competitivo são as pessoas. Desta forma o preparo adequado do profissional constitui um importante instrumento para o sucesso e a qualidade do cuidado prestado na Unidade com os pacientes pediátricos.

O Serviço de Pediatria conta com os recursos tecnológicos para diagnóstico e tratamento pediátrico.

Assim, as equipes que participam do processo terapêutico procuram integrar os membros da família às rotinas da unidade, dando plena atenção a suas necessidades.

### **Serviço de Assistência Social**

“A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF, 1988, art. 196), entre outras, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população, expressão a organização social econômica do país” (Lei 8080/1990, art.3º).

O SUS preconiza dentro de seus princípios e diretrizes, a integralidade de assistência, que é entendida como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso em todos os níveis

de complexidade do sistema” (Lei 8.080/90). O Serviço Social do terá como foco o atendimento às necessidades do paciente, de forma resolutiva, integral, humanizada e obedecendo aos princípios da universalidade da assistência. Terá como diferencial o compromisso ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo, permeando as atividades no que traduzem em acolhimento, humanização, trabalho em equipe, mediação e interlocuções, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida do usuário que utilizará o serviço do SUS, ou todos os pacientes atendidos e em especial os pacientes vítimas de trauma.

Cabe destacar a natureza do trabalho deste Serviço Social, vinculado ao Código de Ética da profissão no que refere as orientações dos usuários sobre benefícios, seguros e questões trabalhistas, realizando encaminhamentos a Curadorias, Centro de Valorização a Vida e outras instituições que contribuem para a continuidade do tratamento do paciente nas circunstâncias de emergência, ambulatorial, internação, transferência, óbito e alta.

**Sendo os objetivos do Serviço Social:**

a) planejar, implementar, avaliar e realimentar programas e projetos voltados para a humanização do ambiente de saúde;

b) intervir no sentido de uma melhor resolubilidade dos problemas relacionados à saúde, contribuindo nos processos de racionalização de recursos e serviços prestados pela UPA.

**Esses Objetivos operacionalizam mediante os processos de trabalho, sintetizados:**

1. Atendimento de demandas sociais emergenciais de pacientes e/ou familiares. Esse processo visa minimizar os impactos desencadeados pela situação de emergência na vida cotidiana dos pacientes e familiares, respondendo às demandas constituídas em decorrência de situações inesperadas, como doenças e traumas, provocados por acidentes ou violência e morte.

2. Acompanhamento social de pacientes. Esse processo contribuirá para que o atendimento transcorra de modo contínuo, evitando dispêndios adicionais de recursos, bem como a garantia de que os transtornos no cotidiano do trabalho e da família do paciente, em virtude da doença, sejam minimizados.

3. Educação Continuada de Colaboradores de Apoio e Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros. Trata-se da participação do serviço social em ações previstas na Política de Humanização do SUS e treinamentos destinados à melhoria do atendimento aos usuários, bem como de articulações com a equipe multiprofissional, com vistas à resolução de problemas cotidianos que dificultam a efetivação dos serviços, sobretudo os relacionados aos segmentos de colaboradores antes referidos.

O atendimento do Serviço Social será dimensionado em escala, prevendo cobertura de profissionais 24 horas ininterruptas.

## Farmácia



A Farmácia é um órgão de abrangência assistencial, técnico-científica e administrativa, onde se desenvolvem atividades ligadas à produção, armazenamento, controle, dispensação e distribuição de medicamentos e correlatos às unidades de saúde.

O Serviço de Farmácia será coordenado por um Farmacêutico especializado e qualificado, que será membro nato da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e da Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos (CPMM).

✚ Caberá à Coordenação do Serviço de Farmácia – Coordenador Técnico:

1. Coordenar a aquisição, recebimento, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos, materiais médicos, antissépticos e saneantes. O Coordenador Técnico deve ainda controlar as condições de armazenamento dos produtos médicos e garantir a qualidade destes produtos (validade, marcas, etc.) atuando como responsável técnico legal;
2. Responder tecnicamente perante a Vigilância Sanitária e Conselho Regional de Farmácia pelos medicamentos, materiais e antissépticos e saneantes;

3. Estabelecer critérios para seleção e uso adequado de processos físicos e de germicidas para limpeza, desinfecção, esterilização e antissepsia na unidade, evitando o uso de produtos e processos inadequados aos fins que se propõem;
4. Controlar a monitorização e validade dos procedimentos e equipamentos de esterilização e desinfecção;
5. Participação na elaboração de normas e rotinas de limpeza, esterilização e antissepsia;
6. Contribuir na investigação de surtos;
7. Participar de estudos de utilização de antimicrobianos, priorizando os de uso restrito;
8. Participar dos processos de padronização de medicamentos;
9. Controlar os estoques dos medicamentos, garantindo que não seja interrompido o tratamento do paciente;
10. Acompanhar e controlar a dispensação dos Antimicrobianos de uso reservado ou restrito, mediante apresentação da Ficha de Solicitação de Antibióticos, devidamente preenchida;
11. Participar das reuniões da CCIH;

12. Participar de cursos e treinamentos, transmitindo conhecimentos relativos à sua área de atuação;
13. Participar das visitas técnicas da CCIH fornecendo parecer sobre atividades de sua competência.

### **Funcionamento**

**Compras** – o serviço de compras para essa unidade estará centralizado em área administrativa comum a todas as UPAs deste lote.

Os medicamentos submetidos a controles especiais (psicotrópicos, anestésicos, etc.) terão tratamento conforme determina a legislação em Portaria. É de responsabilidade médica a prescrição em formulário específico do medicamento sujeito a controle, cabendo a equipe de enfermagem a solicitação do pedido via sistema e recepção do medicamento controlado na farmácia mediante entrega da receita; e fazer a conferência do medicamento verificando se está em acordo com a prescrição médica. No momento da alta, conferir se o medicamento foi utilizado pelo paciente, caso contrário encaminhar a devolução para farmácia.

O controle destes medicamentos será de responsabilidade do farmacêutico que deverá gerar relatório dos medicamentos controlados consumidos num determinado período conferindo com as receitas médicas, corrigindo possíveis distorções. Deverá

ainda conferir o estoque físico; fazer a atualização do livro de medicamentos controlados a partir das informações obtidas para posterior apresentação a Vigilância Sanitária e arquivar as receitas em pasta própria de forma organizada, facilitando a conferência. As receitas dos medicamentos controlados deverão ficar armazenadas em caixa arquivo morto na Farmácia.

Para dispensação dos medicamentos e materiais a eles relacionados, o serviço de farmácia adotará o Sistema de Dispensação de Medicamentos por Dose Individualizada (SDMDI) que consiste na distribuição ordenada dos medicamentos com formas e dosagens prontas para serem administradas a um determinado paciente de acordo com a prescrição médica, num certo período de tempo. Este sistema tem como objetivo promover a qualidade e a segurança do atendimento, além de reduzir os erros com medicamentos e os custos da instituição possibilitando o exercício da Farmacovigilância.

Nesse sentido cabe ao farmacêutico realizar a triagem das prescrições médicas observando possíveis interações medicamentosas e erros de prescrição dos pacientes em observação. Caberá ao auxiliar administrativo da farmácia, de acordo com o relatório de consumo que indica a quantidade a ser fracionado para 7 dias, verificar o estoque das farmácias e separar os medicamentos a serem individualizados. Antes da individualização, serão impressas as etiquetas na quantidade a ser individualizada com a identificação do lote e validade. Já individualizados, os medicamentos devem ser colocados nos escaninhos apropriados. Após solicitação de transferência, via sistema, os produtos em questão são transferidos fisicamente para a Farmácia de dispensação.

Para o aperfeiçoamento das ações desenvolvidas neste serviço a unidade buscará investir num processo permanente de capacitação da equipe envolvida.

## **Atividades Propostas no Serviço de Farmácia**

### **Aquisição de Medicamentos e produtos**

Para a adequada seleção e aquisição de medicamentos e produtos, caberá ao farmacêutico da central de compras a elaboração da programação de compras, utilizando o sistema de padronização implantada na unidade. Serão utilizados indicadores como: nº. de prescrições por dia, por mês e nº. de pacientes atendidos ou percentual de cobertura para subsidiar a avaliação do consumo.

A aquisição de medicamentos se dará em conformidade com a legislação vigente no que se refere ao item “fornecedor qualificado”, devendo este possuir todos os documentos que comprovem a sua regularidade perante o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

### **Recebimento**

O recebimento será precedido de inspeção de recebimento de produtos com a utilização de um formulário para verificação da conformidade com a aquisição.

### **Armazenamento**

O armazenamento tem como objetivo básico garantir a conservação dos medicamentos e produtos para saúde dentro dos padrões e normas técnicas específicas

que assegurem a manutenção das características e qualidade necessária à correta utilização.

### **Distribuição e Dispensação de Produtos**

A Farmácia tem a responsabilidade de distribuir os materiais, medicamentos e germicidas.

Na dispensação de medicamentos e materiais para os leitos de observação se adotará o sistema de dispensação por prescrição individual. Com este procedimento os medicamentos serão fornecidos em embalagens individuais, dispostos por horário de administração, constante na prescrição e identificados para cada paciente.

Cada embalagem terá um compartimento identificador com: identificação da unidade, nº do leito, nome do paciente e a relação de todos os medicamentos ordenados para um período de 24h.

As prescrições devem ser encaminhadas/geradas para a farmácia para a dispensação, após o devido aprazamento dos medicamentos pela Enfermagem. Este sistema se constitui em um recurso fundamental para a diminuição do estoque nas unidades, redução potencial de erros de medicação, redução dos custos com medicamentos, além de melhorar o controle efetivo sobre os mesmos.

Com investimento em infraestrutura predial, com “*layout*” e fluxo de acordo com normas da vigilância sanitária, contratação de Farmacêuticos (as) com esta finalidade específica por período de 24 horas e aquisição de equipamentos específicos de manipulação de drogas, torna-se viável o sistema de distribuição através do **Sistema de Dispensação de Medicamentos por Dose Unitária (SDMDU)**. No **SDMDU** os medicamentos são dispensados em embalagens unitárias, de acordo com o horário de administração e prontos para serem administrados de acordo com a prescrição médica.

Como o medicamento já sofreu manipulação prévia, em condições próprias, pelo serviço de farmácia, o trabalho do enfermeiro com relação ao medicamento se restringe à administração da dose correta e na via de administração indicada.

Considerando o contrato de 24 meses e as limitações que serão encontradas durante este período, entendemos que este projeto ao estar condicionado as necessidades supracitadas, dificilmente será plenamente implantado antes do período de 12 meses. Há de se notar que no Brasil, uma ínfima quantidade de instituições de saúde adota tal sistemática pela complexidade de manipulação de soluções orais e injetáveis e argumentos aqui expostos.

### **Farmacovigilância e Tecno vigilância**

A farmácia central deve possuir procedimentos destinados a detectar, registrar e avaliar as reações adversas a medicamentos, queixas técnicas e problemas na utilização de produtos de saúde.

Os procedimentos a serem praticados são: a notificação voluntária, que será avaliada pelo farmacêutico e caso necessário, encaminhada à vigilância sanitária; e o sistema de detecção indireta na dispensação, utilizando a atenção farmacêutica como principal ferramenta para a emissão de uma notificação de reação adversa a medicamento (RAM).

**Controle de medicamentos submetidos a regime especial por determinação de legislação federal Portaria SVS/MS Nº 344/98 e suas atualizações.**

A dispensação destes medicamentos será realizada mediante prescrição em formulário padrão para medicamentos psicotrópicos e entorpecentes. Após a dispensação, o fornecimento terá o prazo máximo de uma semana para realizar a escrituração em livro de registro próprio devidamente autorizado pela vigilância sanitária local.

A dispensação dos medicamentos listados na portaria 344/98, para o tratamento ambulatorial, será realizada através de notificação de receita padrão da unidade, permanecendo arquivadas por um período de dois anos.

Em atenção às notificações e alertas de interdição cautelar de produtos, provenientes da DIVISA e ANVISA, o Farmacêutico será o responsável pela verificação do estoque, identificação e recolhimento dos produtos na unidade, atualização da Relação de Medicamentos Padronizados, além de informar ao corpo médico da Unidade.

## **Métodos de controle sobre fármacos controlados e/ou de alto custo**

Os medicamentos e substâncias de uso controlado constantes em Portaria específica e que fizeram parte de protocolo de assistência à saúde do paciente, serão de tal responsabilidade do profissional farmacêutico e guardados sob chave, em local que ofereça segurança e exclusivo para este fim.

Para a dispensação de fármaco controlado com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico adotaremos os seguintes procedimentos: prescrição médica com identificação completa do usuário e do médico responsável pela prescrição, com referência a forma farmacêutica, regime posológico, via de administração e duração do tratamento.

O Serviço de Farmácia reterá as prescrições e terá um Livro de Registro Específico para controle mensal da Vigilância Sanitária destinado à anotação em ordem cronológica, de estoques, de entradas por aquisição, de saídas para uso de perdas de medicamentos.

## **Manual Preliminar para Padronização de Medicamentos**

### **Definições**

A Padronização de Medicamentos é uma listagem dos fármacos disponíveis identificados por sua nomenclatura genérica (nome farmacológico), conforme Denominação Comum Brasileira (DCB) e acrescida pelas formas de apresentação, concentrações, e suas respectivas indicações. A padronização objetiva facilitar a prescrição médica, otimizar recursos e qualificar a assistência por meio de orientação e informações ao corpo clínico.

### **Medicamentos Padronizados**

Estes medicamentos são classificados em:

**Uso Sem Restrições** – medicamentos constantes na seleção de medicamentos da unidade e dispensados pela farmácia mediante prescrição médica.

**Uso Restrito (R)** – possuem uma ou mais das seguintes características: indicação muito específica, pressão para indução de resistência bacteriana, maior potencial para produção de efeitos adversos ou interações medicamentosas, uso inadequado ou abusivo, comercialização muito recente, dificuldade de obtenção no mercado nacional e alto custo.

Além da prescrição, estes fármacos exigem, para dispensação, o preenchimento adequado do **Formulário de Solicitação de Medicação do Uso Restrito**. No caso de antimicrobianos deve ser preenchido Formulário de Controle do uso de antimicrobianos.

Para a albumina e aminoácidos deve ser preenchido o **Formulário do Sistema Único de Saúde – Laudo p/Solicitação/Autorização de Mudança de procedimento Especial.**

### **Medicamentos Controlados**

São os medicamentos listados pela ANVISA, por meio de portaria 344/98, necessitando o preenchimento de receita específica.

### **Rotina para Prescrição de Medicamentos Padronizados de Uso Restrito**

Todas as prescrições de medicamentos de uso restrito devem ser acompanhadas de formulário de “Solicitação de Medicação de Uso Restrito” devidamente preenchido para ser avaliado pelos membros executivos da CPMM. No caso de antimicrobianos essa avaliação será realizada pela CCIH. A farmácia dispensa os padronizados de uso restrito até a sua avaliação. Não havendo autorização para o uso, a justificativa é encaminhada a unidades, para que o médico solicitante tenha conhecimento que a medicação prescrita não será fornecida ao paciente. O médico responsável pelo paciente poderá entrar em contato com um dos membros da CPMM para discussão do caso ou poderá refazer a justificativa.

### **Rotina para Devolução de Materiais e Medicamentos para Farmácia**

#### **Objetivo**

Direcionar as ações para a devolução de materiais médico-hospitalares e medicamentos à farmácia.

## **Equipe**

- ✓ Auxiliar Administrativo;
- ✓ Técnico de Enfermagem;
- ✓ Enfermeira.

## **Descrição**

### **Auxiliar Administrativo**

- Observar no box do paciente as sobras de materiais médico-hospitalares e medicamentos existentes para devolução.
- Devolução de materiais de consumo do paciente.

## **Procedimento realizado pela farmácia**

OBS: Após este procedimento, a devolução sairá na Farmácia e no momento que for dada entrada novamente no estoque, estes materiais médico-hospitalares e/ou medicamentos sairão automaticamente da conta do paciente exigindo, assim, o máximo de atenção de todos.

### **Devolução para consumo interno**

- ✓ Abrir módulo de solicitação de materiais/ medicamentos clicando no ícone correspondente na tela principal;
- ✓ Automaticamente, abrirá uma janela na qual deve ser digitado o nome do usuário e sua senha;
- ✓ Abrir a tela de solicitação de devolução de mat/ med para consumo interno;
- ✓ Especificar o nome do material ou medicamento, ou código e indicar a respectiva quantidade que irá devolver;
- ✓ Em seguida, aparecerá uma nova linha para ser preenchida caso deseje devolver mais de um tipo de material ou medicamento;
- ✓ Encaminhar a devolução de medicamentos e materiais médico-hospitalares à Farmácia;

- ✓ Conferir juntamente com o Auxiliar. Administrativo da Farmácia as devoluções assinando a 2ª via da devolução.

## **Rotina para Requisição de Materiais e Medicamentos a Farmácia**

### **Objetivo**

Direcionar as ações da equipe de enfermagem para requisição de materiais médico-hospitalares e medicamentos para utilização do paciente à farmácia.

### **Descrição**

**Médico**: Fazer prescrição médica.

**Enfermeiro**: Fazer aprazamento dos medicamentos conforme prescrição e plano de cuidado de enfermagem.

 **Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Auxiliar Administrativo**

Requisitar materiais médico-hospitalares e medicamentos para o usuário, conforme a prescrição médica e plano de cuidados de enfermagem através do sistema informatizado ou manualmente através da nota de débito quando o sistema não estiver disponível.

## **Solicitação para consumo do paciente**

- Abrir módulo de solicitação de materiais / medicamentos clicando no ícone correspondente na tela principal;
- Abrir a tela de solicitação para consumo do paciente;
- Realizar a solicitação;
- Selecionar no campo Sub-almojarifado, Farmácia. Automaticamente, o sistema gerará um número para a requisição (solicitação);
- Especificar o nome do material ou medicamento no campo e efetuar a escolha do mesmo ou digitar no campo o código do material ou medicamento e indicar as respectivas quantidades solicitadas;
- Caso deseje solicitar mais de um tipo de material ou medicamento.

## **Solicitação para consumo interno:**

- Abrir módulo de solicitação de materiais/ medicamentos clicando no ícone correspondente na tela principal; automaticamente, abrirá uma janela na qual devem ser digitados o nome do usuário e sua senha;

- Abrir a tela de solicitação para consumo interno;
- Selecionar no campo Sub-almojarifado, Farmácia;
- Gerar um número de requisição (solicitação);
- Especificar o nome do material ou medicamento no campo “Descrição” para efetuar a escolha do mesmo ou digitar no campo “Código” o código do material ou medicamento e no campo e indicar as respectivas quantidades solicitadas;
- Confirmar a seleção;
- Clicar em OK novamente para que a solicitação desejada seja enviada;
- Receber e conferir os materiais médico-hospitalares e medicamentos da farmácia, assinando as 02 vias da requisição.

A Farmácia da Unidade se dividirá em duas áreas:

- I. Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF – local de estocagem de medicamentos, correlatos e insumos farmacêuticos, ordenando-os em locais pré-estabelecidos, facilitando a localização, gestão e total controle sobre a quantidade e qualidade destes produtos, e;

- II. Farmácia-Satélite** – ponto de apoio à central de medicamentos, com o objetivo de facilitar a distribuição e maximizar o nível de serviço prestado a Unidade.

O CAF funcionará em horário administrativo, com funcionamento escalonado em feriados prolongados e finais de semana. A Farmácia Satélite será programada para funcionar nas 24 horas.

As competências principais da Unidade de Farmácia são:

- a)** Divulgar a padronização de medicamentos para os setores competentes;
- b)** Planejar e requisitar a compra de medicamentos conforme padronização dos mesmos;
- c)** Receber, conferir, controlar e manter sob guarda os medicamentos;
- d)** Promover a distribuição dos medicamentos em doses individualizadas para uso dos usuários internados;
- e)** Atender às solicitações de medicamentos dos diversos setores;
- f)** Controlar, rigorosamente, a guarda e dispensação dos psicotrópicos e entorpecentes, obedecendo às normas vigentes;

- g)** Fracionar e/ou envasar soluções necessárias para as ações de antissepsia, limpeza e desinfecção, garantindo a sua qualidade;
- h)** Promover treinamento continuado do pessoal auxiliar nessa área de conhecimento;
- i)** Contribuir para a implantação do programa de padronização e controle de uso de antimicrobianos;
- j)** Participar da Comissão de Infecção Hospitalar;
- k)** Fazer cumprir a utilização de EPI's – Equipamentos de Proteção Individual e EPC's – Equipamentos de Proteção Coletiva por todos os servidores de sua área de competência;
- l)** Manter atualizado os livros e mapas de registro de psicotrópicos e entorpecentes, conforme determinação da Vigilância Sanitária;
- m)** Emitir parecer técnico relacionado aos medicamentos, no ponto de vista bi farmacocinético, clínico e químico;
- n)** Divulgar informações sobre estudos clínicos relativos a medicamentos incluídos e excluídos da padronização;

- o)** Receber as solicitações de inclusão e exclusão de itens de medicamentos, adotando as providências necessárias;
- p)** Integrar o grupo interdisciplinar que estará analisando e avaliando as solicitações e propondo a inclusão/exclusão de itens;
- q)** Assessorar o Setor de Compras, na aquisição de medicamentos para a Unidade;
- r)** Executar outras atividades afins.

### **Expurgo, Central de Material e Esterilização;**



#### **SALA DE EXPURGO**

É de responsabilidade do profissional de enfermagem do expurgo:

- I.** Organizar a sala;
- II.** Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início do plantão;

- III. Solicitar a equipe de limpeza que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal;
- IV. Abastecer as salas com recipientes com tampa, contendo; água e detergente, para as salas de procedimentos e hipoclorito a 1% para a sala de inalação. Os recipientes devem ser trocados uma vez por plantão;
- V. 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;
- VI. Secar o material com pano limpo;
- VII. Observar durante a lavagem e secagem as condições de uso dos materiais e comunicar ao enfermeiro necessidade de conserto e/ ou reposição;
- VIII. Manter a sala limpa, organizada e abastecida;
- IX. Realizar lavagem das caixas térmicas de coleta de material, no mesmo dia que retornar do laboratório;
- X. Realizar contagem / pesagem de roupas que são encaminhadas e recebidas da lavanderia (profissional avo ou maqueiro).

## SALA DE ESTERILIZAÇÃO E DESINFECÇÃO

É o processo que promove completa eliminação ou destruição de todas as formas de microrganismos presentes: vírus, bactérias, fungos, protozoários, esporos, para um aceitável nível de segurança. O processo de esterilização pode ser físico, químico, físico-químico.

### Objetivos

- I. Prover e manter abastecida a unidade de material esterilizado, em quantidade, qualidade e em condições adequadas para o uso;
- II. Proceder à limpeza e/ou a desinfecção do material fornecido, responsabilizando por perdas e danos indevidos;
- III. Manter o setor em ordem, com materiais armazenados e identificados corretamente;
- IV. Encaminhar material danificado ao departamento administrativo;
- V. Solicitar orientação do enfermeiro ou coordenador sempre que houver dúvida no desenvolvimento das atividades.

### Executante

Técnico de enfermagem

## **Procedimentos**

- I.** Receber o material encaminhado pelos setores;
- II.** Proceder à limpeza do material conforme a rotina técnica;
- III.** Verificar o estado de conservação do material;
- IV.** Encaminhar o material para área de preparo;
- V.** Registrar no livro a saída do material, hora e setor para quem foi dispensado;
- VI.** Lavar as mãos e friccionar álcool glicerinado a 70% antes e após as atividades;
- VII.** Fazer desinfecção das bancadas com álcool a 70% a cada turno e quando necessário usar EPI;
- VIII.** Executar o processo de esterilização na autoclave conforme instrução do fabricante;
- IX.** Realizar teste confirmatório de funcionamento do equipamento;

- X.** Controlar o funcionamento das autoclaves registrando todos os parâmetros de cada ciclo da esterilização, verificando se o processo esta dentro do padrão estabelecido;
  
- XI.** Comunicar a gerencia de enfermagem e/ou administrativa qualquer falha nos equipamentos;
  
- XII.** Montar a carga de acordo com as orientações básicas;
  
- XIII.** Adequar o número de pacotes, tamanho à autoclave;
  
- XIV.** Evitar que o material se encoste às paredes da câmara;
  
- XV.** Deixar espaço entre um pacote e outro para permitir a penetração do vapor;
  
- XVI.** Utilizar no máximo 85% da capacidade da autoclave;
  
- XVII.** Entreabrir a porta da autoclave ao final do ciclo de esterilização e aguardar 15 minutos para retirar o material;
  
- XVIII.** Após o esfriamento dos pacotes, encaminhá-los ao arsenal;

- XIX.** Confeccionar os pacotes conforme a técnica do envelope;
  
- XX.** Identificar os pacotes colocando no rótulo: Nome do pacote de acordo com a padronização, data da esterilização, validade e assinatura legível do funcionário que preparou o pacote.

### **Instrumentais**

- I.** Separar as pinças e pontas traumáticas e lavar separadamente, evitando acidentes;
  
- II.** Imergir o instrumental aberto na solução de água e detergente (conforme orientação do fabricante), para remoção dos resíduos de matéria orgânica;
  
- III.** Lavar o instrumental peça por peça, cuidadosamente com escova, realizando movimentos no sentido das serrilhas;
  
- IV.** Enxaguar rigorosamente o instrumental em água corrente, abrindo e fechando as articulações;
  
- V.** Enxugar as peças com compressas ou pano macio e limpo, em toda sua extensão;
  
- VI.** Avaliar a limpeza feita, revisando-o cuidadosamente;

VII. Empacotar conforme a técnica do envelope;

VIII. Encaminhar o pacote à área de esterilização.

### **Macro e Micro nebulizadores**

I. Desconectar as peças dos nebulizadores, lavando cada uma cuidadosamente com água e detergente;

II. Retirar as peças da solução com luvas de procedimento e /ou pinça longa;

III. Enxaguar as peças rigorosamente com água corrente;

IV. Secar com pano limpo e seco;

V. Guardar as peças montadas em recipiente tampado;

VI. Desprezar a solução de hipoclorito, enxaguar e secar o recipiente.

### **Almotolias**

I. Esvaziar as almotolias, desprezando a solução na pia;

II. Lavar externamente, incluindo a tampa, com solução de água e detergente usando a esponja de limpeza;

- III. Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente;
- IV. Enxaguar rigorosamente em água corrente e deixar escorrer sobre pano limpo e seco;
- V. Borrifar álcool a 70% e deixar secar novamente;
- VI. Guardar em recipiente com tampa ou reabastecer para uso devidamente datadas.

#### **Umidificador de oxigênio**

- I. Esvaziar os umidificadores, desprezando a solução na pia;
- II. Lavar externamente, incluindo a tampa e tubo metálico com solução de água e detergente usando a esponja de limpeza;
- III. Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente;
- IV. Friccionar álcool a 70% na parte metálica que acompanha o umidificador;
- V. Guardar em recipiente com tampa ou reabastecer para uso.

#### **Lâminas de laringoscópio**

- I. Friccionar álcool a 70% na lâmina;
- II. Limpar o cabo do laringoscópio com solução de água e detergente;
- III. Remover com água e deixar secar. Friccionar álcool a 70% no cabo;
- IV. Montar o laringoscópio testando seu funcionamento.

### **Ambú**

- I. Desmontar o ambu;
- II. Lavar a bolsa ventilatória, a máscara e as conexões externamente com água e sabão. Evitar a penetração de água no interior da bolsa;
- III. Enxaguar em água corrente e secar;
- IV. Imergir em solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos;
- V. Retirar da solução, deixar secar naturalmente e guardar em recipiente tampado.

### **Observações:**

A desinfecção com hipoclorito é necessária somente em presença de matéria orgânica.

## **NIR- NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO:**

A implementação do NIR precisa ser entendida como projeto importante e permanente dentro do planejamento estratégico.

O NIR certamente precisará confrontar muitas dessas concepções e, invariavelmente, resistências às mudanças devem ser esperadas. Para obtermos sucesso na implantação do NIR é necessário que haja um sinergismo entre o que a instituição dispõe de melhor com o que é preconizado pelo NIR, sempre com o apoio irrestrito da alta liderança, gerentes, coordenadores etc.

Desta forma, iremos minimizar as eventuais resistências e introduzir gradativamente a cultura da eficiência no âmbito hospitalar. Sendo assim, constituem como principais atribuições do NIR:

- Permitir o conhecimento da necessidade de leitos, por especialidades e patologias.
- Regular e gerenciar as diferentes ofertas hospitalares existentes, a saber: Ambulatório, Internação, Urgência e Emergência, Agenda Cirúrgica.
- Subsidiar discussões tanto internas, como externas (na Rede de Atenção à Saúde – RAS), que permitam o planejamento da ampliação e/ou readequação do perfil de leitos hospitalares ofertados.
- Otimizar a utilização dos leitos, mantendo a Taxa de Ocupação em limites adequados (evitando tanto ociosidade como superlotação) e controlando o Tempo Médio de Permanência, além de ampliar o acesso aos leitos e a outros serviços

disponibilizados pela RAS.

- Manual de Implantação e Implementação Núcleo Interno de Regulação.
- Estabelecer e/ou monitorar o painel de indicadores da capacidade instalada.
- Induzir a implantação dos mecanismos de gestão da clínica tais como Kanban, Projeto Terapêutico Singular, Gestão da Fila.
- Promover o uso dinâmico dos leitos, por meio do aumento de rotatividade e monitoramento das atividades de Gestão da Clínica desempenhadas pelas equipes assistenciais.
- Permitir e aprimorar a interface entre a gestão interna hospitalar e a regulação de acesso.
- Qualificar os fluxos de acesso aos serviços e às informações no ambiente.
- Otimizar os recursos existentes e apontar necessidades de incorporação de tecnologias.
- Promover a permanente articulação do conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como das equipes multiprofissionais garantindo a integralidade do cuidado, no âmbito intra-hospitalar.
- Aprimorar e apoiar o processo integral do cuidado ao usuário dos serviços hospitalares visando ao atendimento mais adequado às suas necessidades.
- Apoiar as equipes na definição de critérios para internação e instituição de alta responsável.
- Fornecer subsídios às Coordenações Assistenciais para que façam o gerenciamento dos leitos, sinalizando contingências locais que possam comprometer a assistência.
- Estimular o Cuidado Horizontal dentro da instituição. Subsidiar a direção para a

tomada de decisão internamente e quando o Hospital dispor de Núcleo de Acesso à Qualidade (NAQH) pautá-lo sobre o padrão de utilização de ofertas para tomada de decisão estratégica.

- Colaborar tecnicamente, com dados de monitoramento, na proposição e atualização de protocolos/diretrizes clínicas e terapêuticas e protocolos administrativos.

O Núcleo Interno de Regulação será dimensionado de acordo com o trabalho e grau de atuação que se espera dele. Não existe regra rígida de como compor um NIR, mas recomenda-se que funcione 24 horas (sete dias por semana) e tenha uma estrutura mínima composta por médico horizontal ou diarista, enfermeira diarista e assistente social.

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TRANSPORTE PARA UNIDADE DE REFERÊNCIA**

1. Fui esclarecido sobre os riscos e benefícios do transporte. Tive a oportunidade de sanar todas as minhas dúvidas satisfatoriamente. Estou ciente que não há garantia nenhuma em relação aos resultados obtidos.

2. Autorizo a realização de procedimentos necessários durante o momento do transporte a fim de garantir a vida do paciente.

3. Entendo que a conduta de transporte foi necessária para garantir a melhor qualidade no tratamento do paciente.

Desta forma, autorizo a transferência do paciente \_\_\_\_\_ da  
Unidade \_\_\_\_\_ para  
\_\_\_\_\_. Garanto que li e compreendi todos os itens  
deste termo de consentimento.

\_\_\_\_\_ (  ) Paciente (  ) Responsável

(Assinatura)

Eu, Dr. (a) \_\_\_\_\_ orientei o paciente/  
responsável acima referido em relação a todos os riscos e benefícios do transporte para outra  
unidade de saúde.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Médico Assistente)

### **C.3.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES PARA A UNIDADE**

A seguir o IIFHES, apresentará o Cronograma com as *Etapas de Execução do Projeto Gerencial, Assistencial e de Qualidade para o Hospital de Saldanha Marinho.*

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES (em %)												
ATIVIDADES	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12 Em diante
Processo de Recrutamento e Seleção	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Implantação da Estrutura Organizacional	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Implantação do Programa de Publicização e Prestação de Contas e Resultados Assistenciais	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Implantação das Políticas de RH	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Implantação do Regulamento de Compras, Obras e Serviços	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Implantação das Rotinas, Manuais, Protocolos Assistenciais e POP's	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Implantação das Iniciativas e Programa de Qualidade	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Implantação das Atividades de Apoio	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Implantação do Controle Patrimonial	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Serviço de Pronto Atendimento	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Radiologia	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Núcleo Interno de Regulação*	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Comissão de Revisão de Óbitos	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Comissão de Ética Médica	0	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Comissão Multiprofissional de Terapia Nutricional	0	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Comissão de Gerenciamento de Riscos	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Comissão de Prontuário Clínico	0	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Educação Continuada	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Processo de Certificações (Habilitação SUS e Acreditação – ONA)	0	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Saúde	0	30	60	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Sustentabilidade	0	30	60	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Protocolo para Diagnóstico e Tratamento Precoce da Sepsis	0	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Atendimento do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	60	80	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Implantação do Consentimento Informado	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Business Intelligence(BI)	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Tecnologia da Informação	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Sistema de Prontuário Eletrônico	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Serviço de Atendimento Ao Usuário (SAU)	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Pesquisa de Satisfação do Usuário	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Serviço de Ouvidoria	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

<b>CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES (em %)</b>												
<b>ATIVIDADES</b>	<b>Meses</b>											
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12 Em diante</b>
Implantação de Serviço de Acolhimento e Classificação de Risco	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Nutrição e Dietética	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Central de Material Esterilizado (CME)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Serviço de Manutenção Predial	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Serviço de Manutenção de Equipamentos Médico-Hospitalares	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Serviço de Gases Medicinais	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Organização do Serviço de Arquivo de Prontuários Médicos	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Serviço de Lavanderia	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Serviço de Vigilância e Segurança Patrimonial	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Serviço de Limpeza	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Serviço de Transporte	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Atividades administrativas	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Informatização dos postos de trabalho	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Relatório das atividades financeiras dentro dos prazos estabelecidos	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<b>SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO USUÁRIO SUS</b>												
CNES	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
SINAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
SISTEMA DE REGULAÇÃO / NIR	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

### C.3.4. MANUAIS E PROTOCOLOS

O IIFHES propõe para a implantação dos Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas que norteará a condução da terapêutica para as patologias que acometem usuários que necessitam dos serviços de urgência e emergência.

Nossas diretrizes e protocolos clínicos, 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 a garantia da prescrição segura e eficaz.

#### a). PROTOCOLOS CLÍNICOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

##### ❖ PROTOCOLO DE AVC

**OBJETIVO:** Estabelecer diretrizes para o atendimento, diagnóstico, tratamento, reabilitação e acompanhamento dos pacientes com diagnóstico de AVCi e Hemorrágico.

**SIGLAS - AVC: Acidente Vascular Cerebral**

##### DEFINIÇÃO

O atendimento do paciente com AVC deve ser ágil e a participação eficiente de todos os setores envolvidos no atendimento devem estar sincronizados. O tempo de início dos sintomas até o diagnóstico e a definição do tratamento agudo são os principais determinantes do prognóstico desses pacientes.

## **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

A principal finalidade é determinar a prioridade do atendimento dos pacientes, isto é, encaminhar para atendimento médico os pacientes mais graves. O enfermeiro é o profissional responsável por esta função.

Nos pacientes com doença cerebrovascular a classificação de risco tem um papel essencial, pois, o reconhecimento precoce de sinais e sintomas sugestivos de AVC pode resultar no tratamento imediato com repercussão no prognóstico. Para aumentar a acurácia da suspeita diagnóstica de AVC na triagem, escalas validadas em todo o mundo devem ser utilizadas nos serviços de emergência.

A suspeita clínica inicial deve ocorrer sempre que o paciente apresentar déficit neurológico súbito, com ou sem sinais de rebaixamento do nível de consciência.

Os sinais e sintomas mais comuns são:

- Desvio de rima labial;

- Dificuldade para falar ou entender comandos simples;
- Confusão mental;
- Perda visual em um ou em ambos os olhos;
- Crise convulsiva
- Perda de força e/ou sensibilidade em um ou ambos os lados do corpo;
- Perda de equilíbrio, coordenação ou dificuldade para andar;
- Cefaleia intensa.

## **ATENDIMENTO A SUSPEITA DE AVC**

Para atendimento da suspeita de AVC foi instituído o código de AVC. O código tem o objetivo de priorizar o atendimento dos pacientes com AVC através do alerta e comunicação com as áreas envolvidas no tratamento de emergência.

O acionamento do código AVC visa “quebrar as paredes”. Ao acionar o alerta, simultaneamente todos os setores envolvidos no atendimento de urgência são comunicados e são responsáveis por priorizar o atendimento deste paciente. A priorização visa reduzir o tempo entre a admissão e a confirmação diagnóstica favorecendo o sucesso do tratamento.

O responsável pelo acionamento do código AVC é o enfermeiro e/ou chefe de plantão da unidade. O critério para acionamento do código AVC é paciente com suspeita clínica de AVC com tempo de início dos sinais e sintomas inferior a 12 horas.

O tempo de até 12 horas foi estabelecido baseado em estudos mostrando algum benefício da terapia trombolítica intra-arterial em pacientes bem selecionados com evento isquêmico de instalação lentamente progressiva envolvendo o território vértebro-basilar. O tempo do início dos sintomas para acionamento do código AVC deve sempre ser respeitado, mesmo na impossibilidade de tratamento trombolítico, pois, os cuidados de suporte neurológico e clínico oferecidos aos pacientes na fase aguda são determinantes do prognóstico.

### **Procedimento Técnico**

Para o atendimento ao paciente com suspeita de AVC, o enfermeiro da classificação de risco após reconhecimento de sinais e sintomas sugestivos de AVC, deve entrar em contato direto com a área vermelha. O médico deve avaliar o paciente imediatamente.

### **Condutas Clínicas Iniciais**

As condutas são aplicadas a todos os pacientes com suspeita clínica ou confirmação diagnóstica de AVC. São necessárias para estabilização hemodinâmica e permitem o

tratamento trombolítico na fase aguda do AVCi. Estes cuidados são prestados na área da emergência de maneira sistematizada.

## **Avaliação Inicial**

A avaliação inicial de um paciente com suspeita de AVC é similar a qualquer outra emergência e segue a regra do ABCDE. A avaliação neurológica visa a identificar sinais e sintomas do paciente com AVC, seus diagnósticos diferenciais e suas complicações imediatas. A informação mais importante da história clínica é o horário de início dos sintomas. A definição atual do início dos sintomas é o momento que o paciente foi visto pela última vez em seu estado usual de saúde ou assintomático. Para pacientes incapazes de fornecer informações (afásicos, ou com rebaixamento do nível de consciência) ou que acordam com os sintomas de AVC, o horário de início dos sintomas é definido como aquele em que o paciente foi visto assintomático pela última vez. Para pacientes que apresentaram sintomas que se resolveram completamente e posteriormente apresentaram instalação de novo déficit, o início dos sintomas é considerado como o início do novo déficit. A presença de fatores de risco para doenças cardiovasculares deve ser determinada, assim como história de abuso de drogas, enxaqueca, infecção, trauma ou gravidez. O exame clínico deve incluir oximetria de pulso e mensuração de temperatura, avaliação de coluna cervical em casos de trauma e da presença de rigidez de nuca, ausculta de carótidas, observação das jugulares, ausculta pulmonar e avaliação do padrão respiratório, ausculta e palpação abdominal e avaliação de pulso e edema em membros superiores e inferiores.

## ❖ PROTOCOLO DE IAM

O IAM é a principal causa de mortes no mundo Ocidental apesar dos avanços em seu tratamento (Unidades Coronarianas e trombólise). Atualmente apresenta taxa de mortalidade em torno de 8 a 10%.

É importante o rápido reconhecimento clínico desta entidade, com os seguintes objetivos:

- 1) Reduzir a necrose miocárdica;
- 2) Prevenir eventos cardíacos maiores (morte, IAM não fatal e necessidade de revascularizações miocárdicas de urgência);
- 3) Tratamento adequado da fibrilação ventricular - principal responsável pela mortalidade nas primeiras horas do IAM.

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

- Pericardite (a dor se modifica com a postura, ECG com alterações difusas da repolarização ventricular);
- Miocardite (início mais insidioso e geralmente associada a uma síndrome viral);
- Dissecção aguda de aorta (dor muito intensa com irradiação para o dorso, assimetria de pulsos periféricos. Atenção: extensão proximal da dissecção no óstio da coronária pode levar a IAM concomitante, particularmente de parede inferior);
- Tromboembolismo pulmonar (dispneia súbita associada à dor torácica, sem evidência de congestão pulmonar);
- Doenças do trato gastrointestinal (úlceras perfuradas, p.ex.).

## **EXAMES COMPLEMENTARES**

### ***ECG (critérios diagnósticos)***

- Supra desnivelamento do segmento ST > 1mm em duas ou mais derivações que explorem a mesma parede com infra desnivelamento do ST em parede contralateral;
  - Bloqueio de ramo esquerdo novo ou presumivelmente novo;
- Marcadores bioquímicos de Necrose Miocárdica (CK-MB ou troponina):

Obs: Não se justifica as dosagens de TGO e DHL

- Colher na internação e após de 6/6 horas nas primeiras 48h e diariamente até a alta da UTI.
- Curva característica de elevação e descenso caracterizam o IAM;

***RX de tórax:***

- Diagnóstico diferencial (p.ex. alargamento de mediastino);

***Ecocardiograma:***

- Deverá ser realizado, preferencialmente, nas primeiras 24-48h do IAM;
- Na fase aguda poderá auxiliar no diagnóstico em casos duvidosos (p.ex. BRE de início indeterminado, para avaliar alteração de contração segmentar).

***Outros exames:***

- Bioquímica completa (função renal) e hemograma.

**TRATAMENTO:**

- Tratamento geral imediato:
  - A) História clínica dirigida incluindo possíveis contraindicações para trombólise, sinais vitais e exame físico;
  - B) Repouso absoluto, monitorização cardíaca, acesso venoso periférico calibroso;
  - C) ECG de 12 derivações:
    - ECG seriados serão necessários: após término da trombólise, mudança nos sintomas ou arritmias detectadas na monitorização;
    - IAM inferior: realizar derivações direitas (V3R e V4R) para afastar IAM de VD e derivações dorsais (V7 e V8).
  - D) Oxigênio: administrar a todos os usuários -cateter nasal a 3l/min nas primeiras 6h. Continuar o uso em caso de hipoxemia ( $SaO_2 < 90\%$ );
  - E) AAS -200 a 300mg macerados VO;
  - F) Nitrato -Dinitrato de isosorbida SL(5mg) ou nitroglicerina spray (0,4mg) Seguir com uso de nitroglicerina EV, salvo contra-indicações (IAM de VD com hipotensão);
  - G) Morfina -1 a 3mg IV para alívio da dor e conseqüente diminuição.

Atenção aos efeitos colaterais (hipotensão e rebaixamento do nível de consciência).

Reperusão indicada?

- Duração dos sintomas > 20min e < 12horas;
- Critérios diagnósticos do ECG preenchidos;
- Ausência de contraindicações;
- Impossibilidade de realização de Angioplastia primária em 90 minutos.

H) Trombólise:

- Administrar estreptoquinase 1500000 UI, diluída em 100ml de SF0.9%, IV, em 1 hora. Em caso de hipotensão, diminuir a velocidade de infusão, adotar posição de Trendelenburg, infundir SF0.9% 500ml EV(cuidado se congestão presente) e considerar drogas vasoativas.

Indicação de cateterismo de emergência?

- Contra-indicação ao uso de trombolíticos ?;
- Instabilidade hemodinâmica ou elétrica;
- Dissecção de Ao + IAM;

- Falência da terapia trombolítica (resgate).

Critérios de reperfusão após trombólise:

- Redução do supra de ST >50% em relação ao ECG de entrada até 60 minutos após término da trombólise;
- Melhora total da dor após início da trombólise;
- Pico de CKMB precoce (até 12h da primeira medida -início da infusão do trombolítico);
- Arritmias de reperfusão (ritmo idioventricular acelerado, bradiarritmias com FC<55bpm e aparecimento de BAV na ausência de beta-bloqueadores);

### **TRATAMENTO ADJUVANTE:**

A) Heparina

- Manter o uso de HBPM ou Heparina não fracionada para todos os usuários, salvo a presença de contraindicações:

- Liquemine : 5000U 8/8h ou Enoxaparina: 40mg 1x/d. Dar preferência pelo liquemine por questões de custo;
- Nos casos de infarto anterior extenso e presença de angina pós –IAM, DEVEMOS INICIAR HEPARINIZAÇÃO PLENA;
- Iniciar com heparina EV contínua com controle do TTPa 3x/dia, mantendo sua relação entre 1,5-2,5x o valor normal;
- Diluição da heparina: heparina 25000unidades + SF0,9% 245ml ( solução: 1ml: 100 unidades);
- Iniciar com 1000 unidades / hora – titular de acordo com o TTPa.

#### B) Betabloqueadores

- Manter FC entre 55 e 60bpm. Infusão de metoprolol IV 5mg a cada 5 minutos (dose máxima de 15mg);
- Em seguida qualquer dos betabloqueadores orais disponíveis pode ser utilizado, no sentido de manter a frequência cardíaca do usuário < ou = a 60 bpm;
- Iniciar com Atenolol 50mg VO 12/12h ou Propranolol 20mg VO 8/8h, aumentar a dose conforme necessidade.

#### C) Antagonistas dos canais de Cálcio

- Utilizar Diltiazem nos usuários com contraindicação ao uso dos betabloqueadores, desde que não exista disfunção ventricular esquerda;
- Iniciar com Diltiazem 30mg VO 8/8h.

D) Inibidores da ECA

- Iniciar de rotina em todos os usuários;
- Iniciar com Captopril 25mg VO 12/12h ou Enalapril 10mg VO 1x/dia.

E) Proteção da mucosa gástrica

- Usar ranitidina 50mg EV 12/12h;
- Iniciar ranitidina 300mg VO à noite, assim que possível.

F) Medidas de suporte clínico.

❖ **PROTOCOLO DE ARBOVIROSE**

Assistência ao paciente com Arboviroses

**OBJETIVOS**

- Uniformizar o diagnóstico e manejo clínico dos pacientes com Arboviroses;

- Reduzir a morbimortalidade por Arboviroses;
- Redução das sequelas por Arboviroses.

## RESPONSABILIDADE

ATIVIDADE	RESPONSABILIDADE
Identificar paciente com quadro de Arbovirose	Enfermeiro CR
Verificar presença de sinais de alerta	Enfermeiro CR
Adotar conduta de acordo com fluxograma 1	Enfermeiro CR
Realizar atendimento de acordo com protocolo	Médico
Monitorar as condutas adotadas e intervir nas intercorrências	Médico / Enfermeiro

Reavaliar as condutas	Médico / Enfermeiro
Definir desfecho do caso	Médico plantonista
Interagir com a Central de Regulação para desfecho do caso	Médico plantonista / Enfermeiro / Administrador
Realizar inserção no sistema de Regulação - SER	Médico plantonista / Equipe NIR

### **DEFINIÇÕES/ SIGLAS**

#### **Dengue (CID A90)**

Doença febril aguda, que pode apresentar um amplo espectro clínico: enquanto a maioria dos pacientes se recupera após evolução clínica leve e autolimitada, uma pequena parte progride para doença grave. É a mais importante arbovirose que afeta o ser humano, constituindo-se em sério problema de saúde pública no mundo. Ocorre e dissemina-se especialmente nos países tropicais e subtropicais, onde as condições do meio ambiente favorecem o desenvolvimento e a proliferação do *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*.

#### **Febre Chikungunya (CID 92.0)**

A Febre Chikungunya é uma doença transmitida pelos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*. No Brasil, a circulação do vírus foi identificada pela primeira vez em 2014. Chikungunya significa "aqueles que se dobram" em swahili, um dos idiomas da Tanzânia. Refere-se à aparência curvada dos pacientes que foram atendidos na primeira epidemia documentada, na Tanzânia, localizada no leste da África, entre 1952 e 1953.

### **Zika (CID U06 OU CID 92.9)**

O Zika é um vírus transmitido pelo *Aedes aegypti* e identificado pela primeira vez no Brasil em abril de 2015. O vírus Zika recebeu a mesma denominação do local de origem de sua identificação em 1947, após detecção em macacos sentinelas para monitoramento da febre amarela, na floresta Zika, em Uganda.

A importância da utilização do CID correto facilita o trabalho da Vigilância Epidemiológica, de forma que no momento da triagem dos casos notificáveis a busca ativa em prontuário eletrônico fica mais segura e eficaz quando o emprego do CID for o adequado.

### **Siglas**

**CR** - Classificação de risco;

**AIH** – Autorização de Internação Hospitalar;

**NIR** – Núcleo Interno de Regulação;

**CID** - Código Internacional de Doenças.

## **Princípios gerais no tratamento das Arboviroses**

Não existe tratamento específico para a infecção para as arboviroses. Também não há vacina contra o vírus. O tratamento recomendado para os casos sintomáticos é baseado no uso de acetaminofeno (paracetamol) ou dipirona para o controle da febre e manejo da dor. No caso de erupções pruriginosas, os anti-histamínicos podem ser considerados.

Não se recomenda o uso de ácido acetilsalicílico (AAS) e outros anti-inflamatórios, em função do risco aumentado de complicações hemorrágicas descritas nas infecções por outros flavivírus. Os casos suspeitos devem ser tratados como dengue, devido à sua maior frequência e gravidade conhecida.

Na Febre Chikungunya é dedicado maior atenção a dor articular e a abordagem terapêutica se encontra detalhada nos quadros anexos abaixo.

## **ABRANGÊNCIA**

Todas as Unidades de Pronto Atendimento

## INSTRUÇÕES

O enfermeiro realiza identificação de caso suspeito de Arboviroses de todos os pacientes que apresentem os sinais e sintomas a seguir:

Relato de febre, entre 2 a 7 dias, duas ou mais das manifestações clínicas como náuseas, vômitos, exantema, mialgias, artralgia, cefaleia, dor retro orbital, petéquias, prova do laço positiva, leucopenia. Em caso de crianças pode ser considerado suspeito todo caso de quadro febril agudo entre 2 a 7 dias sem foco infeccioso aparente.

Caso suspeito de Arbovirose o enfermeiro avalia a presença de sinais de alarme.

Sendo os Grupos A (Azul) e B (Verde) sem sinais de alarme.

E os grupos C (Amarelo) e D (Vermelho), onde aparecem sintomas como:

- Dor abdominal intensa, vômitos persistentes, edemas, ascite, hipotensão postural, sangramento de mucosa, letargia e aumento progressivo de hematócrito. (Paciente grupo C- Amarelo).
- Sinais de chove, taquipnéia, oligúria , sangramentos intensos, PA convergente, são sinais de Dengue Grave (Paciente D, vermelho).

Em seguida dar prosseguimento do **Fluxograma 1**

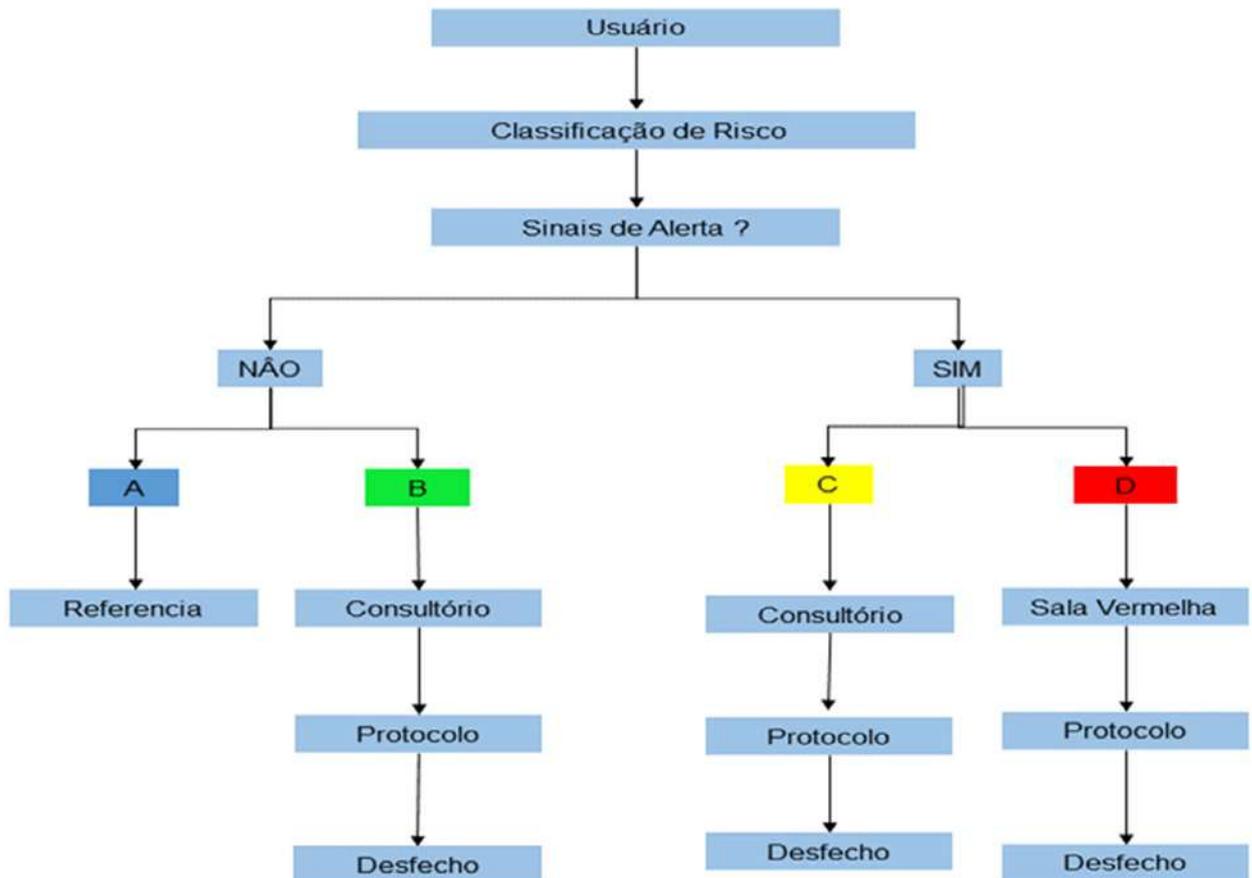
- O Médico realiza atendimento de acordo com as diretrizes do protocolo.
- A equipe da sala de medicação monitora a evolução das medidas adotadas e atuam nas possíveis intercorrências;
- Nos casos de classificação B ( verde) e C ( Amarelo) O médico realiza reavaliação para o desfecho do caso.
- Notificar o caso;
- Orientar sobre o aparecimento de sinais de alarme.

### **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

- Volume de líquido e orientar sobre a importância da ingestão de líquidos;
- Importância do seguimento;
- Importância do ATESTADO MÉDICO;
- A equipe da sala de medicação encaminha paciente para reavaliação pelo médico;

- Nos casos de classificação **D (Vermelho)** O médico da sala vermelha realiza a admissão do paciente no prontuário eletrônico;
- O médico e enfermeiro da sala vermelha monitoram a evolução das medidas adotadas e atuam nas possíveis intercorrências;
- O médico da sala vermelha confecciona a AIH aciona a equipe do NIR para inserção no sistema de regulação e desfecho do caso;
- A avaliação da dor deverá ser realizada com a aplicação da Escala Visual Analógica da dor **EVA**.

## **Fluxograma 1. Atendimento das Arboviroses**

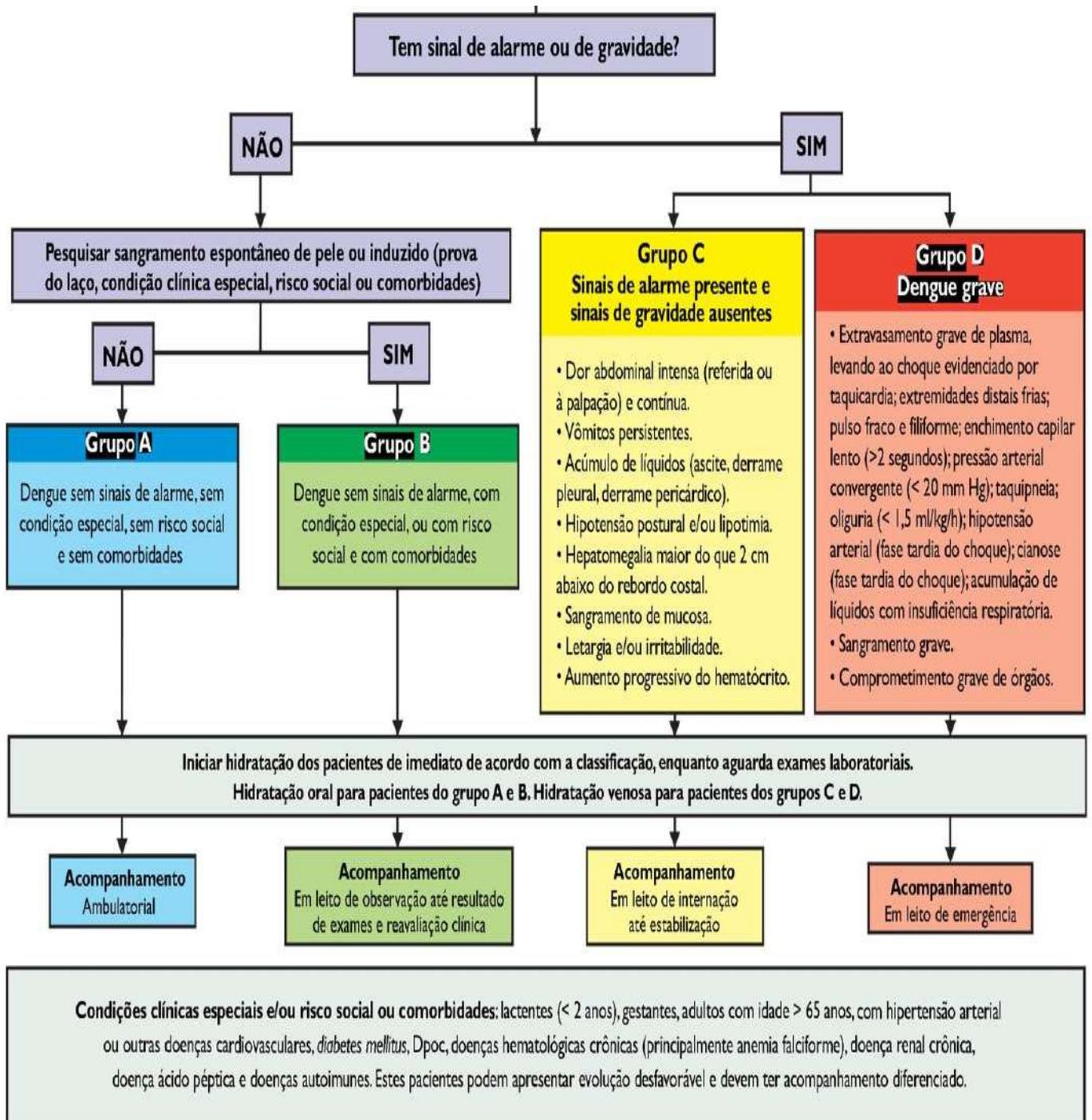


**Quadro 1. Sinais e Sintomas suspeita de Arboviroses**

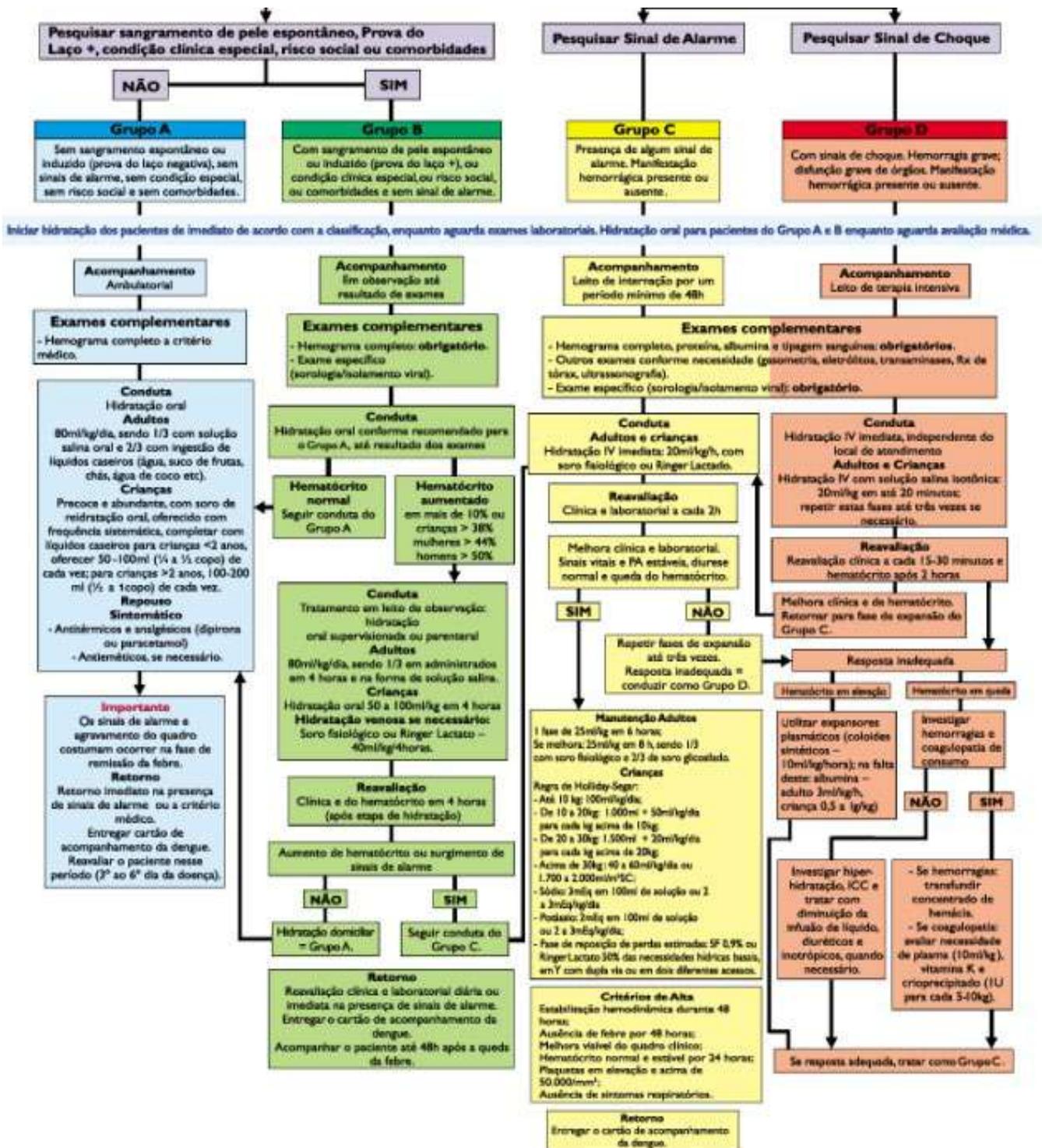
Relato de febre, usualmente entre dois e sete dias de duração, e duas ou mais das seguintes manifestações: náusea, vômitos; exantema; mialgias, artralgia; cefaleia, dor retro-orbital; petéquias; prova do laço positiva; leucopenia. Também pode ser considerado caso suspeito toda criança com quadro febril agudo, usualmente entre dois e sete dias de duração, e sem foco de infecção aparente.

\*\*\* Notificar todo caso suspeito de dengue

## Quadro 2. Sinais de Alarme ou Gravidade



**Quadro 3. Manejo clínico das arboviroses**



#### Quadro 4. Comparativo de sinais e sintomas das arboviroses

1- Realizar classificação e manejo clínico corretos
2- Notificar o caso
3- Orientar sobre o aparecimento de sinais de alarme;
4- PRESCRIÇÃO MÉDICA
5- Volume de líquido de acordo com o protocolo e orientar sobre a importância da ingestão de líquidos
6-Importância do seguimento na Unidade Básica de Saúde para acompanhamento dos exames laboratoriais;
7- Importância do ATESTADO MÉDICO, principalmente nos casos suspeitos de Chikungunya.

## Quadro 05

Sinais/Sintomas	Dengue	Zika	Chikungunya
Febre (duração)	Acima de 38°C (4 a 7 dias)	Sem febre ou subfebril ≤ 38°C (1-2 dias subfebril)	Febre alta > 38°C (2-3 dias)
Manchas na pele (Frequência)	Surge a partir do quarto dia 30-50% dos casos	Surge no primeiro ou segundo dia 90-100% dos casos	Surge 2-5 dia 50% dos casos
Dor nos músculos (Frequência)	+++ /+++	++ /+++	+ /+++
Dor na articulação (frequência)	+ /+++	++ /+++	+++ /+++
Intensidade da dor articular	Leve	Leve/Moderada	Moderada/Intensa
Edema da articulação	Raro	Frequente e leve intensidade	Frequente e de moderada a intenso
Conjuntivite	Raro	50-90% dos casos	30%
Cefaleia (Frequência e intensidade)	+++	++	++
Prurido	Leve	Moderada/Intensa	Leve
Hipertrofia ganglionar (frequência)	Leve	Intensa	Moderada
Discrasia hemorrágica (frequência)	Moderada	ausente	Leve
Acometimento Neurológico	Raro	Mais frequente que Dengue e Chikungunya	Raro (predominante em Neonatos)

Fonte: Carlos Brito – Professor da Universidade Federal de Pernambuco (atualização em dezembro/2015)

## Anexo 2. Escala Visual Analógica da dor – EVA



#### ❖ PROTOCOLO DE SEPSE

##### OBJETIVO:

- Diminuir a elevada prevalência, a alta morbidade e elevada taxa de mortalidade;
- Atender ao paciente com sepse grave/choque séptico.

##### PROCESSOS RELACIONADOS:

- Atendimento em Emergência;
- Tratamento Intensivo;
- Cuidados Assistenciais Intensivos;
- Internação;

- Internação Pediátrica;
- Corpo Clínico;
- Enfermagem.

### **IMPORTÂNCIA:**

- Elevada Prevalência;
- Alta Morbidade;
- Elevada Taxa de Mortalidade;
- Elevados Custos.

### **DIAGNÓSTICO DA SEPSE GRAVE:**

A Sepses Grave deve ser suspeitada em todos os pacientes com quadro infeccioso. A equipe multidisciplinar deve estar atenta a presença dos critérios de resposta inflamatória sistêmica que definem a presença de sepses.

- Parâmetros:
- Temperatura Central  $> 38.3^{\circ}\text{C}$  ou  $< 36^{\circ}\text{C}$ );
- Frequência Cardíaca  $> 90$  bpm/min;

- Frequência Respiratória  $>20$  rpm, ou  $\text{PaCO}_2 < 32\text{mmHg}$ ;
- Leucócitos Totais  $> 12.000/\text{mm}^3 < 4.000/\text{mm}^3$  ou presença de  $> 10\%$  de formas jovens.

Nos pacientes com critérios de SIRS, a presença de disfunção orgânica define o diagnóstico de sepse grave. As principais disfunções orgânicas são:

- Hipotensão;
- Oligúria ( $< 0,5 \text{ ml/Kg/h}$ );
- Relação  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$ ;
- Contagem de Plaquetas  $< 100.000/\text{mm}^3$  ou redução de 50% no número dos pacotes e plaquetas em relação ao maior valor registrado nos últimos 3 dias.;
- Acidose metabólica inexplicável: déficit de bases  $< 5,0\text{mEq/L}$  e lactato  $> 1,5$  vezes o valor normal;
- Rebaixamento do nível de consciência;
- Aumento significativo de bilirrubinas ( $> 2X$  o valor de referência).

O choque séptico é definido pela presença de hipotensão não responsiva a volume. Lembre-se: A ausência dos critérios de SIRS não exclui o diagnóstico de sepse grave. Alguns pacientes, principalmente idosos e imunossuprimidos, não apresentam esses

sinais. Assim, na presença de uma dessas disfunções, sem outra explicação plausível, pense em sepse e inicie as medidas preconizadas.

Caso seja comprovado posteriormente não se tratar de sepse, sempre poderemos suspender a antibioticoterapia.

#### **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

<b>AÇÃO</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>REGISTRO</b>	<b>DESCRIÇÃO DA AÇÃO</b>
01. Identificar o paciente com sepse	Médico e Enfermeira	F(NG).TINT.008-1	Após identificação do paciente com sepse grave/choque séptico, é aberta a ficha de triagem, sendo no primeiro caso, o médico imediatamente acionado.
02. Solicitar kit sepse	Médico		Identificado paciente com sepse, afastar indicação apenas de cuidados paliativos, e solicitar o kit sepse, prescrevendo antimicrobianos.
03. Solicitar os exames	Médico		A solicitação dos exames deve atender a seguinte rotina: Perfil 1- Para todos os paciente, inclui hemograma, hemocultura (2 amostras ), creatinina, bilirrubinas, coagulograma, gasometria arterial, lactato (perfil metabólico). Perfil 2 – Necessidade de intervenção hemodinâmica inclui gasometria arterial central. Perfil 3 - Necessidade de intervenção hemodinâmica inclui lactato (perfil metabólico).

Após identificação do paciente como portador de sepse grave os seguintes passos devem ser cumpridos.

Registre seu diagnóstico no prontuário. Todo o sistema de coleta de dados está baseado no registro em prontuário. O que não estiver documentado será considerado como não realizado.

Lembre-se que as 6 horas e as 24 horas contam a partir do momento do registro feito acima. Ou seja, seu paciente deverá a partir de agora ser tratado com urgência médica.

**Pacote de 6 horas:**

<b>AÇÃO</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>REGISTRO</b>	<b>DESCRIÇÃO DA AÇÃO</b>
01. Colher lactato sérico			<p>Realização da coleta de lactato sérico e os exames prioritizados.</p> <p>Obs: O lactato (e SvO2 nos pacientes que já tem acesso central) deve ser imediatamente encaminhado ao laboratório por quem estiver imediatamente disponível. O objetivo é ter esse resultado em menos que 30 minutos.</p>
02. Colher hemocultura			<p>Realização de coleta hemocultura (dois frascos) colocando horário, pois o momento da mesma deve ficar registrado na prescrição. Coloque sempre a observação “Colher hemocultura antes da administração do antibiótico”. Colher culturas</p>

			de todos os outros sítios pertinentes.
03.Prescrever Antibiotecoterapia			Realização da prescrição de antibioticoterapia de amplo espectro. Colocar o horário em que a mesma foi prescrita. Entregar na mão da enfermeira do leito, que tem 60 minutos para administrar a medicação. A farmácia deverá entregar o mesmo em até 30 minutos na unidade.
04.Analisar o Lactato do Paciente			<p>Análise do lactato do paciente, pois, se o mesmo apresentar alteração alterado (duas vezes o valor normal, ou seja, acima de 28 mg/dL) ou hipotensos (pressão arterial sistólica abaixo de 90mmHg, pressão arterial média &lt;65 mmHg ou redução da pressão sistólica em 40 mmHg da pressão habitual) devem receber ressuscitação hemodinâmica.</p> <p>Nesses pacientes, iniciar imediatamente reposição volêmica agressiva (pelo menos 30 ml/kg de</p>

		<p>cristalóides). Esse volume deve ser infundido o mais rápido possível, idealmente em 30 a 60 minutos. Pacientes cardiopatas podem necessitar redução na velocidade de infusão, conforme a presença ou não de disfunção diastólica ou sistólica moderada/ grave. Nesses pacientes, o uso de vasopressores para garantir pressão de perfusão adequada eventualmente necessita ser antecipado.</p> <p>Caso a pressão arterial média (PAM) permaneça abaixo de 65 (após a infusão de volume inicial) iniciar vasopressores. Não se deve tolerar pressões abaixo de 65 mmHg por períodos superiores a 30-40 minutos. Em casos de hipotensão ameaçadora a vida, pode-se iniciar o vasopressor mesmo antes da reposição volêmica. É fundamental garantir pressão de perfusão enquanto se continua a reposição volêmica. Assim, o vasopressor pode ser</p>
--	--	--

			<p>iniciado mesmo em veia periférica, enquanto se providencia o acesso central. Noradrenalina em dose até 4 µg/kg/min. O uso de dopamina em dose dopaminérgica está contraindicado. Em pacientes cardiopatas, avaliar o uso de dopamina como primeira escolha pelo potencial benefício do uso de inotrópico.</p> <p>A SSC determina a passagem de cateter venoso central apenas nos pacientes com lactato duas vezes o valor normal ou nos hipotensos refratários a volume.</p> <p>Continuar reposição volêmica, orientado por pressão venosa central (PVC).</p> <p>Idealmente, os pacientes com choque séptico (enquanto em uso de vasopressor) devem ser monitorados com pressão arterial invasiva. A aferição por manguito não é fidedigna nessa situação, mas pode</p>
--	--	--	--

			<p>ser utilizada nos locais onde a monitorização invasiva não está disponível.</p> <p>Obs: Caso o paciente persista hipotenso a despeito da otimização da reposição volêmica ou seu lactato esteja alterado (duas vezes o valor normal) o paciente tem indicação de acesso central para otimização hemodinâmica.</p>
--	--	--	--

A SvO<sub>2</sub> deve estar acima de 70% dentro de seis horas do diagnóstico. Dela fazem parte a reposição volêmica, noradrenalina, dobutamina e, eventualmente, concentrado de hemácias. Todos os pacientes com hemoglobina <7,0 g/dl devem receber transfusão. Pacientes com hemoglobina < 7,0 devem receber dobutamina. A dose inicial é de 2,5 µg/Kg. A dose deve ser progressivamente aumentada, em incrementos de 2,5 µg/Kg, até que se obtenha SvO<sub>2</sub>>70% ou que não haja mais incrementos nessa SvO<sub>2</sub>. Caso a saturação continue abaixo de 70% após início de dobutamina, pacientes com hemoglobina <9,0 g/dL devem receber transfusão. Deve ser administrada uma unidade de cada vez com novo controle de SvO<sub>2</sub>. Caso a SvO<sub>2</sub> não atinja 70% após essas manobras, considerar entubação e sedação para redução do consumo de oxigênio. A temperatura corporal deve ser normalizada.

Pacientes sépticos podem se apresentar hipertensos, principalmente se já portadores de hipertensão arterial sistêmica. Nesses casos, pode ser necessária para o restabelecimento da adequada oferta de oxigênio a redução da pos-carga. Não se deve usar medicações de efeito prolongado, pois esses acidentes podem rapidamente evoluir com hipotensão. Assim, vasodilatadores endovenosos são preferíveis.

### TRATAMENTO ANTIMICROBIANO EMPÍRICO DA SEPSE GRAVE E CHOQUE SÉPTICO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	REGISTRO	DESCRIÇÃO DA AÇÃO
01.Coletar as culturas			Coleta das culturas obtidas antes do início do tratamento com antimicrobianos. Coletar duas amostras de hemoculturas de sítios diferentes, por punção, com volume maior ou igual a 10 ml, de acordo com o protocolo de coleta. Colher urocultura e demais culturas se houver possibilidade de identificar um sítio de infecção envolvido.
02.Administrar o antimicrobiano			Administração de antimicrobiano empírico: Devem-se administrar antimicrobianos intravenosos de largo espectro o mais rápido possível, preferencialmente na

			primeira hora após o diagnóstico da sepse.
03. Utilizar dose máxima			Utilizar dose máxima do antimicrobiano por Kg/peso e respeitar as características farmacocinéticas e farmacodinâmicas da droga, principalmente em relação à diluição e tempo de administração. Durante todo o tratamento, principalmente nas primeiras 24 horas, reavaliar seu uso conforme o resultado do Gram, das culturas e da evolução clínica. As doses a seguir têm como referência um paciente de 60 kg e devem ser ajustadas de acordo com a função renal.

### **Infecções Comunitárias**

Pneumonia: Ceftriaxona (1,0 gramas EV de 12 em 12 horas) ou Unazyn 0,3 gramas de 06 em 06 horas).

História de doença pulmonar crônica obstrutiva trocar ceftriaxona por piperacilina-tazobactam (4,5G EV 6/6 H) ou dependendo da flora local atual (germes produtores de betalactamases de espectro estendido) trocar por Imipenem (500 mg de 06 em 06 horas).

Pneumonia aspirativa trocar claritromicina por clindamicina (600 mg, EV, de 6 em 6 horas).

O paciente deve ser avaliado para o risco de infecção por *S. aureus* resistente a oxacilina adquirida na comunidade (CA-MRSA). No Brasil, estudos realizados até o momento, demonstram que infecções por este agente na comunidade é pouco freqüente. Nos casos em que se identifique aumento do risco, introduzir vancomicina: dose de ataque de 30 mg/Kg infundir em 2 horas e a seguir, 15 mg/Kg/dose de 12 em 12 horas.

1. Infecção do trato urinário: Ceftriaxona (1,0 gramas EV de 12 em 12 horas). História de uso prévio de antimicrobianos nos últimos 15 dias ou calculose renal com ITU de repetição, trocar por piperacilina-tazobactam (4,5G EV 6/6 H) ou dependendo da flora local atual (germes produtores de betalactamases de espectro estendido) trocar por Imipenem (500 mg EV de 06 em 06 horas).
2. Abdômem agudo: Ceftriaxona (1,0 grama, EV, de 12 em 12 horas) + metronidazol (500 mg, EV, 8 em 8 horas) ou ampicilina/sulbactam (3,0 gramas, EV, de 6 em 6 horas).

3. Pele e partes moles: Erisipela ou celulite sem sinais de necrose de tecido: Cefalotina (1,0 gramas, EV, 6 em 6 horas) ou oxacilina (2,0 gramas EV, 4 em 4 horas). Infecção de partes moles com sinais de necrose: Cefalotina (1,0 gramas, EV, 6 em 6 horas)+ clindamicina (600 mg, EV, 6 em 6 horas) .
4. Sepses sem foco determinado: Meropenem (1,0 grama EV 8 em 8 horas) + Vancomicina (dose de ataque de 30 mg/Kg, infundir em 2 horas e, a seguir, 15 mg/Kg/dose de 12 em 12 horas).

#### **INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (NOSOCOMIAIS)**

Considerar para efeito de tratamento com antimicrobianos de amplo espectro: pacientes internados há mais de 72 horas, submetidos a procedimentos invasivos, procedente de cuidados domiciliares, internações nos últimos três meses ou tratamento com antimicrobianos nos últimos 15 dias.

1. Pneumonia relacionada a ventilação mecânica Meropenem (1,0 grama, EV, de 8 em 8 horas) ou Imipenem (500 miligramas EV de 6 em 6 horas) + Polimixina B (25.000UI /dia, 12/12 horas) + Vancomicina (dose de ataque de 30 mg/Kg, infundir em 2 horas e, a seguir, 15 mg/Kg/dose de 12 em 12 horas).
2. Infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter ou sepses sem foco determinado Vancomicina (dose de ataque de 30 mg/Kg, infundir em 2 horas e, a

seguir, 15 mg/Kg/dose de 12 em 12 horas) + meropenem (1,0 grama, EV, de 8 em 8 horas) ou imipenem (500 miligramas, EV, de 6 em 6 horas) + polimixina B (25.000 UI, KG/d, 12/12 horas).

Suspeita de candidíase: Fluconazol ou Ecalta.

3. Infecção do trato urinário imipenem (500 miligramas, EV, de 6 em 6 horas).
4. Infecção Intrabdominal secundária: Imipenem (500 miligramas, EV, de 6 em 6 horas) + gentamicina (5 mg/Kg, dose única diária) + vancomicina (dose de ataque de 30 mg/Kg infundir em 2 horas e, a seguir, 15 mg/Kg/dose de 12 em 12 horas).
5. Pele e partes moles: Meropenem (1,0 grama, EV, de 8 em 8 horas) ou imipenem (500 miligramas, EV, de 6 em 6 horas) + vancomicina (dose de ataque de 30 mg/Kg, infundir em 2 horas e, a seguir, 15 mg/Kg/dose de 12 em 12 horas).

#### ❖ **PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Em praticamente todas as ações propostas pela **PNH – Política Nacional de Humanização, do Ministério da saúde**, o acolhimento aparece como ponto de destaque, como “postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, a partir da análise dos processos de trabalho, favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços”.

Apesar de o acolhimento ser constituinte de todas as práticas de atenção e gestão, o serviço de urgência foi eleito como foco por apresentarem alguns desafios a serem superados no atendimento em saúde: superlotação, processo de trabalho fragmentado, conflitos e assimetrias de poder, exclusão dos usuários na porta de entrada, desrespeito aos direitos desses usuários, pouca articulação com o restante da rede de serviços, entre outros.

Assim, surge a proposta do Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência, buscando “novas formas de agir em saúde que levem a uma atenção resolutiva, humanizada e acolhedora a partir da compreensão da inserção dos serviços de urgência na rede local”.

A Portaria 2048 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de atendimento às urgências do acolhimento e da “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).

Por questões históricas e também por encontrar dificuldades para o acesso ao sistema público de saúde, a população procura a urgência como porta de entrada para resolução de seus problemas. Estes serviços são frequentemente criticados pela população e seus trabalhadores sentem-se desmotivados com a pressão por atendimento em maiores quantidade e rapidez. Vários trabalhos confirmam este cenário caracterizado

por um custeio elevado, grande demanda, saturação dos serviços, usuários e trabalhadores insatisfeitos e violência cotidiana contra os trabalhadores (MAGALHÃES, 1998; SANTOS JÚNIOR, 2004; ROCHA, 2005).

Mais que uma previsão legal, a classificação de risco é entendida como uma necessidade para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência. O mesmo tem a finalidade de funcionar como guia orientador para a atenção e gestão na urgência. Propõe eixos e áreas que evidenciam os níveis de risco dos pacientes. A proposta de desenho se desenvolve em dois eixos: o do paciente grave, com risco de morte- eixo vermelho (subdividido em áreas, aqui denominadas vermelha, amarela e verde), e o do paciente aparentemente não grave, mas que necessita ou procura o atendimento de urgência - eixo azul, conforme anexo com rotina. Levando em consideração que o Acolhimento com Classificação de Risco é um dispositivo de melhoria da qualidade dos serviços de urgência que permite e instiga diversas mudanças nas práticas e que é um importante instrumento na construção de redes de atenção, algumas etapas para sua implementação são importantes, conforme sugestão da própria PNH, a fim de garantir o envolvimento de gestores, trabalhadores e usuários:

1. Sensibilização dos gestores, gerentes, chefes, dirigentes, demais trabalhadores e usuários dos sistemas de urgência e emergência e atenção hospitalar, em todos os níveis de atenção e gestão locais, por meio de encontros amplos e abertos, para construir a adesão ao processo de Acolhimento com Classificação de Risco e de Construção de Redes;

2. Realização de oficinas de trabalho para implementação do Acolhimento com Classificação de Risco, direcionadas aos trabalhadores de todas as áreas direta ou indiretamente envolvidas com o serviço de urgência nas unidades hospitalares e não hospitalares;
3. Realização de capacitação específica da enfermagem para a utilização do protocolo de classificação de risco;
4. Acompanhamento, monitoramento e avaliação sistemática das ações para melhorias e correções de rumo que se façam necessárias. Além disso, a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco pode ser potencializada pela adoção das seguintes iniciativas:
  - a. Elaboração de um “Manual de Informações sobre o SUS Local”, atualizado sistematicamente, que servirá de apoio aos profissionais que orientam os fluxos entre serviços diversos.
  - b. Capacitação técnica - incluindo suporte básico e suporte avançado de vida - para todos os profissionais que atuam na urgência, inclusive aqueles que não são profissionais de saúde estritamente (assistentes sociais, administrativos, porteiros e outros).

## Objetivos da Classificação de Risco

- Melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde, mudando a forma burocrática de entrada por filas e ordem de chegada;
- Humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de escutar este usuário em seus problemas e demandas;
- Mudança de objeto da doença para o doente (sujeito);
- Abordagem integral a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.

Para a implantação do Acolhimento e Classificação de Risco serão realizadas as seguintes ações:

- Estabelecimento do fluxo, protocolos de atendimentos e classificação de risco;
- Qualificação das equipes de acolhimento e classificação do risco (recepção, orientadores de fluxo, segurança);
- Implantação do sistema de informação para o agendamento de consultas ambulatoriais e encaminhamentos específicos;

- Implantação de relatórios dos atendimentos diários, perfil da clientela e horários de pico;
- Verificação da adequação da estrutura física e logística das áreas de atendimento básico: área de Emergência e área de Pronto Atendimento.

### **Avaliação mediante:**

- Análise de relatórios dos dados obtidos pela classificação de risco;
- Análise de questionários que identifiquem o grau de satisfação dos usuários e profissionais;
- Identificação de problemas externos que impactam diretamente no serviço;
- Realização de reuniões periódicas (mensais com os profissionais envolvidos – médicos, enfermeiros, assistentes sociais e administrativos).

### **Divisão por áreas**

- **Área Vermelha** – área devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas. Após estabilização,

esses pacientes serão encaminhados para as áreas seguintes.

- **Área Laranja** – área devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências clínicas e traumáticas. Após estabilização, esses pacientes serão encaminhados para as áreas seguintes.
- **Área Amarela** – área destinada à assistência de pacientes críticos e semicríticos já com terapêutica de estabilização iniciada.
- **Área Verde** – área destinada a pacientes não críticos, em observação ou internados, aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda.
- **Área Azul** – área devidamente equipada para o atendimento de consultas de baixa e média complexidade.

### **Fluxos e níveis de classificação dos pacientes**

O Acolhimento com Classificação de Risco é um processo dinâmico de 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.

Esse processo se dá mediante escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo, aliadas à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro. O usuário ao procurar o Pronto Atendimento se direciona para a Central de Acolhimento que deverá:

- Identificar a demanda do usuário;
- Determinar as áreas de atendimento em nível primário;
- Acolher os pacientes e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera;
- Realizar a avaliação primária, baseada no protocolo de situação, encaminhando os casos que precisarem para a Classificação de Risco pelo enfermeiro.

Após o atendimento inicial, o paciente é encaminhado para o consultório de enfermagem onde a classificação de risco é feita baseada nos seguintes dados:

- Situação/ Queixa/ Duração (QPD);
- Breve histórico (relatado pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas);
- Uso de medicações;
- Verificação de sinais vitais;

- Exame físico sumário buscando sinais objetivos;
- Verificação da glicemia, eletrocardiograma se necessário
- **Vermelho:** prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato;
- **Laranja:** prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível;
- **Amarelo:** prioridade 2 – urgência, atendimento o mais rápido possível;
- **Verde:** prioridade 3 – prioridade não urgente;
- **Azul:** prioridade 4 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.

Obs.: a identificação das prioridades pode ser feita mediante adesivo colorido colado no canto superior da ficha de atendimento de Emergência. **Protocolo para Classificação de Risco:** (Protocolo, 2001) segundo a Cartilha da Política Nacional de Humanização – Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco.

Observação importante: Nenhum paciente poderá ser dispensado sem ser atendido, ou seja, sem ser acolhido, classificado e encaminhado de forma responsável a uma Unidade de Saúde de referência.

## Fluxo Após Classificação

Os pacientes classificados como VERMELHO devem ser rapidamente encaminhados para a sala de emergência, onde deverão receber cuidados médicos e de enfermagem imediatos. Existe um subgrupo de pacientes classificados como VERMELHO considerados PRIORIDADE I, que toda a equipe deve estar alerta para identificá-los e encaminhá-los à sala de emergência.

Os pacientes classificados como AMARELO devem aguardar atendimento médico em sala de espera priorizada, assentados, onde deverão estar sob supervisão contínua de toda a equipe da Unidade. Deverão ser reavaliados idealmente a cada 30 min. ou imediatamente em caso de alteração do quadro clínico, durante a espera para o atendimento médico.

Os pacientes classificados como VERDE também aguardam atendimento médico em sala de espera, tendo sido orientados que serão atendidos após os pacientes classificados como VERMELHO ou AMARELO. Deverão ser reavaliados em caso de alteração do quadro clínico. Pacientes classificados como VERDE podem também receber encaminhamento à unidade básica de referência pelo médico e orientado pelo serviço social, via contato telefônico, com garantia de consulta médica e/ou cuidados de enfermagem, situação que deve ser pactuada previamente.

Pacientes classificados como AZUL poderão ser encaminhados, através de documento escrito, para o acolhimento na Unidade Básica de Saúde de referência ou

terão seus casos resolvidos pela Equipe de Saúde.

Observação importante: Todos os pacientes classificados como VERDE e AZUL, se desejarem, serão atendidos pela Equipe de Saúde.

## **Indicadores**

Propõe-se que sejam avaliados os seguintes indicadores:

- Percentual de usuários segundo classificação de gravidade (VERMELHO, AMARELO, VERDE e AZUL);
- Tempos de espera (chegada do paciente até a classificação, classificação até o atendimento médico) e de permanência de acordo com a classificação;
- Número de altas, transferências, internações e óbitos de acordo com a classificação de gravidade;
- Número de consulta simples, consulta com terapia e consulta com observação de acordo com a classificação de gravidade.

## **Observações Gerais**

Alguns grupos de pacientes foram descritos no protocolo como situações especiais. São eles: idosos, deficientes físicos, deficientes mentais, acamados, pacientes com

dificuldade de locomoção, gestantes, algemados, escoltados ou envolvidos em ocorrência policial, vítimas de abuso sexual e pacientes que retornam em menos de 24h sem melhora. Esses pacientes devem merecer atenção especial da equipe da Classificação de Risco e, dentro do possível, a sua avaliação deve ser priorizada, respeitando a situação clínica dos outros pacientes que aguardam atendimento.

#### ❖ **PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Deverá ser realizado acolhimento por todos os profissionais da Unidade e a Classificação de Risco deverá ser realizada por profissional de Enfermagem, Nível Superior, com treinamento no protocolo.

**PRIORIDADE I: Vermelho**

<b>EVENTO</b>	<b>QUALIFICADORES</b>	<b>CONDUTA</b>
PCR	PCR  Parada respiratória  Respiração agônica	<p><b>Atendimento Imediato</b>  <b>Paciente típico: não</b>  <b>responsivo, dados vitais</b>  <b>instáveis ou ausentes,</b>  <b>desidratação extrema,</b>  <b>insuficiência respiratória</b></p>
Trauma maior	Lesão grave de único ou múltiplos sistemas;  TCE com gasglow < 9;  Grande queimado ou com acometimento de vias aéreas;  Trauma torácico e/ou abdominal com perfuração, taquidispnéia, alteração mental, hipotensão, taquicardia e dor intensa;  Lesões múltiplas de membros com desalinhamento.	
Choque	Hipotensão (PA sistólica $\leq$ 80 mmHg);  Taquicardia (FC $\geq$ 140 bpm);  Alteração do estado de consciência.	
Insuficiência Respiratória	FR < 10 ou $\geq$ 36rpm com incapacidade de falar;  Cianose; Letargia e/ou confusão mental;  FC $\leq$ 40 ou $\geq$ 150 bpm;  Saturação de O <sub>2</sub> $\leq$ 90%	
Coma	Glasglow < 9;	

EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	CONDUTA
<p><b>Queixas abdominais e urinárias</b></p>	Dados Vitais alterados;  Dor intensa (8-10);  Dor abdominal alta com suspeita de dor isquêmica.	<p><b>VERMELHO</b></p>	<p>Cuidados com pacientes idosos, diabéticos, pacientes com passado de IAM com dor em abdome superior e mulheres em idade fértil com atraso menstrual.</p>
	Dados vitais normais;  Dor moderada (4-7/10);  Distensão abdominal;  Vômitos e/ou diarreia com sinais de desidratação;  Diarreia intensa (vários episódios nas últimas horas);  Febre ou relato de febre;  Retenção urinária aguda com bexigoma;  Disúria intensa com polaciúria e/ou hematúria;  Prostração, palidez cutânea e/ou sudorese.	<p><b>AMARELO</b></p>	
	Dados vitais normais; Dor leve (1-3/10);  Enjôo ou relato de vômitos e/ou diarreia sem sinais de Disúria isolada ou discreta sem outros sintomas; Não se apresenta prostrado	<p><b>VERDE</b></p>	
	Dados vitais normais; Constipação intestinal sem outros sintomas; Dor crônica ou recorrente.	<p><b>AZUL</b></p>	

<b>EVENTO</b>	<b>QUALIFICADORES</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>SINAIS DE ALERTA</b>
<b>TCE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteração do estado de consciência (ECGLASGW entre 9 e 13) e/ ou confusão mental</li> <li>- Cefaléia intensa (8 -10/10) e/ou Dor cervical</li> <li>- Perda de consciência</li> <li>- Otorragia</li> <li>- Náuseas/ vômitos</li> <li>- Crise convulsivas</li> <li>- Ferimentos perfurante</li> </ul>	<b>VERMELHO</b>	<p>Ver escala de coma de Glasgow (anexo I), escala de Dor (anexo II), e Mecanismo de Trauma ( anexo III). Avaliar início, gravidade e evolução dos sintomas e deteriorização do estado neurológico.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ECGLASGOW 14 ou 15</li> <li>- Cefaléia moderada (4-7/10)</li> <li>- Sem perda de consciência, náusea, crise convulsiva ou ferimento perfurante.</li> </ul>	<b>AMARELO</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ECGLASGOW 15</li> <li>- Cefaléia leve (1-3/10)</li> <li>- Trauma de baixo impacto</li> <li>- Evento (trauma) há mais de 6h.</li> </ul>	<b>VERDE</b>	

<b>EVENTO</b>	<b>QUALIFICADORES</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>SINAIS DE ALERTA</b>
<b>DADOS VITAIS ALTERNADOS  COM SINTOMAS</b>	- PAS $\geq$ 220 ou PAD $\geq$ 130mmHg  - PAS $\leq$ 80mmHg  - FC $\leq$ 40 ou $\geq$ 150bpm  - FR $\leq$ 10 ou $\geq$ 36irpm  -Febre (T.axilar $\geq$ 38,5°C) em Imunocomprometidos	<b>VERMELHO</b>	<b>Em pacientes febris perguntar sobre imunodepressão e uso crônico de corticóide.</b>
	- Febre (T. axilar $\geq$ 38,5°C) em Imunocomprometidos com toxemia	<b>AMARELO</b>	
	- Febre (T. axilar $\geq$ 38,5°C) em Imunocomprometidos sem toxemia	<b>VERDE</b>	

EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	SINAIS DE ALERTA
<b>INTOXICAÇÕES AGUDAS (via digestiva e oral)</b>	- Relato de ingestão há menos de 6h com ou sem sintomas  - Relato de inalação com sintomas	<b>VERMELHO</b>	<b>Cuidado com ingestão de anticonvulsivanesa antidepressivos, sulfato ferroso, paracetamol, anti-hipertensivos, antiarrítmicos, beta-bloqueadores, digoxina, hipoglicemiante oral, organofosforados, carbamatos e drogas não conhecidas!</b>
	- Relato de ingestão há mais de 6h e assintomático.	<b>AMARELO</b>	

EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	SINAIS DE ALERTA
<b>TRAUMA GRAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dados vitais normais</li> <li>- Dor intensa (8-10/10)</li> <li>- Palidez cutânea e sudorese fria</li> <li>- Estado de consciência normal (alerta)</li> <li>- Sinais/sintomas me- nos graves em múltiplos sistemas</li> <li>- Relato de perda de consciência</li> <li>- Fraturas com deformidades ou luxações</li> <li>- Ferimentos com sangramento ativo não compressível</li> <li>- Dor ou instabilidade da pelve</li> </ul>	<b>VERMELHO</b>	<b>Ver mecanismo de trauma</b>
<b>TRAUMA MODERADO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dados vitais normais</li> <li>- Dor moderada (4-7/10)</li> <li>- Fraturas sem deformidades</li> <li>- Ferimentos extensos sem sangramento ativo</li> </ul>	<b>AMARELO</b>	
<b>TRAUMA LEVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Dados vitais normais</li> <li>-Dor leve 1-3/10</li> <li>- Contusões e escoriações</li> <li>- Evento (trauma) há mais de 6h</li> </ul>	<b>VERDE</b>	

EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	SINAIS DE ALERTA
<b>QUEIMADURAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dados vitais alterados</li> <li>- Queimaduras de 2°/3° graus <math>\geq 10\%</math> e <math>\leq 25\%</math> SCQ</li> <li>- Queimaduras de 2°/3° graus em face e períneo</li> <li>- Queimaduras elétricas</li> <li>- Queimaduras circunferenciais</li> <li>- Queimaduras em ambientes confinados</li> </ul>	<b>VERMELHO</b>	<p style="text-align: center;"><b>Cuidado com queimaduras em pacientes com doenças crônica ou queimaduras associadas a outras lesões traumáticas!</b></p> <p><b>*SCQ = Superfície corporal queimaduras(ver Anexo IV). Areas críticas são face, períneo, mão e pés!</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dados vitais normais</li> <li>- Queimaduras de 2°/3/ graus <math>&lt; 10\%</math> SCQ</li> <li>- Queimaduras de 1° <math>\geq 10\%</math> SCQ em áreas não críticas</li> <li>- Queimaduras de 1° grau em face e períneo</li> <li>- Queimaduras de mão e pés de qualquer grau</li> </ul>	<b>AMARELO</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Queimadura de 1° grau</li> <li><math>&lt; 10\%</math> SCQ em área não críticas</li> </ul>	<b>VERDE</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Queimaduras de 1° grau pequenas em áreas não críticas e há mais de 6h</li> </ul>	<b>AZUL</b>	

EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	SINAIS DE ALERTA
<b>FERIDAS, ABCESSOS, MORDEDURAS E ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS (inclui abelhas, maribondos, vespas, formigas e lacrais)</b>	- Dados vitais alterados - Feridas com sangramento não compressível - Acidente com animal peçonhentos com sinais e sintomas sistêmico - Acidente perfuro-cortantes com material biológico	<b>VERMELHO</b>	<b>Cuidado com idosos e diabéticos!</b>
	- Dados vitais normais Ferida com sangramento compressível - Ferida infectada com sinais sistêmicos - Acidente com animal peçonhento sem sinais e sintomas sistêmicos - Abscesso com dor intensa ( 8-10/10) ou flutuação - Mordedura (humana ou animal)	<b>AMARELO</b>	
	- Ferida pequena superficial e sem sangramento ou hematomas - Ferida infectada sem sinais sistêmicos - Abscesso com dor leve-moderada (1-7/10) e sem flutuação	<b>VERDE</b>	
	- Troca de curativo ou reti- rada de pontos	<b>AZUL</b>	

<b>EVENTO</b>	<b>QUALIFICADORES</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>SINAIS DE ALERTA</b>
<b>QUEIXAS RESPIRATÓRIAS</b>  <b>*Falta de ar</b>  <b>**"Asma"</b>  <b>*Dor de Garganta</b>  <b>*Dor de ouvido</b>  <b>*Obstrução nasal</b>  <b>*Tosse</b>	- FR $\geq$ 36irpm - Sat.O <sub>2</sub> $\leq$ 92%  - Peak Flow < 40%  - Esforço respiratório moderado  - Estridor laríngeo	<b>VERMELHO</b>	<b>Cuidado com uso crônico de corticóide, idosos, história de internações frequentes ou internação em UTI!</b>
	- Fr entre 28 e 35irpm - Sat. O <sub>2</sub> 93% ou 94% - Peak Flow entre 40% e 60% - Esforço respiratório leve - Dispneia aos esforços  - Dor torácica ventilatório-dependente com ou sem febre  - Dor de garganta com febre, com placas e com toxemia	<b>AMARELO</b>	
	- Fr entre 17 e 27irpm - Sat. O <sub>2</sub> $\geq$ 95% - Peak Flow > 60% - Dor torácica ao tossir - Secreção nasal amarela  - Dor de garganta com febre e com placas sem toxemia	<b>VERDE</b>	
	- FR > 10 e $\leq$ 16irpm - Tosse, coriza, obstrução nasal crônica ou recorrentes sem febre e sem toxemia	<b>AZUL</b>	

EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	SINAIS DE ALERTA
<b>DOR TORÀCICA</b>	-Dados vitais alternados - Dor ou desconforto ou queimação ou sensação  Dor opressiva na região precordial ou retroesternal, podendo irradiar para o ombro ou braço esquerdo, pescoço e mandíbula, acompanhada frequentemente de sudorese, náuseas, vômito ou dispnéia ( <b>DOR ISQUÊMICA</b> ) -Dor intensa ( 8-10/10)	<b>VERMELHO</b>	<b>Avaliar e registrar: intensidade da dor, dados vitais, se espontânea ou traumática, duração, característica, localização, irradiação, uso de medicamentos, fatores que pioram ou melhoram. Cuidado com idosos, diabéticos e pacientes com passado de IAM ou embolia pulmonar!</b>
	-Dados vitais normais -Dor ventilatório-dependente ou que piora com tosse, acompanhada de febre, tosse ou expectoração - Dor moderada (4-7/10)	<b>AMARELO</b>	
	- Dados vitais  Dor de características muscular (localizada evidenda à palpação, que piora com movimentos do tronco ou membros superiores) - Dor aguda leve (1-3/10) sem outros sintomas associados e em pacientes sem historia prévia de coronariopatia ou embolia pulmonar	<b>VERDE</b>	
	- Dados Vitais normais - Dor crônica sem características de DOR ISQUÊMICA	<b>AZUL</b>	

<b>EVENTO</b>	<b>QUALIFICADORES</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>SINAIS DE ALERTA</b>
<b>DOR CERVICAL, DORSAL, LOMBAR OU EM EXTREMIDADES (Sem história de trauma)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dor intensa (8-10/10)</li> <li>- Com sinais de isquemia</li> </ul>	<b>VERMELHO</b>	Sinais de isquemia aguda: palidez cutânea, diminuição da temperatura distal, diminuição ou ausência de pulso distal.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dor moderada (4-7/10)</li> <li>- Sem sinais de isquemia</li> <li>- Limitação importante dos movimentos/função</li> <li>- Febre</li> <li>- Sinais flogísticos locais</li> </ul>	<b>AMARELO</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dor leve (1-3/10)</li> <li>- Limitação leve dos movimentos</li> <li>- Sem perda da função</li> <li>- Edema articular sem flogose</li> </ul>	<b>VERDE</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dor leve (1-3/10)</li> <li>- Sem limitação dos movimentos ou perda da função</li> <li>- Sem edema ou sinais flogísticos locais</li> </ul>	<b>AZUL</b>	

EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	SINAIS DE ALERTA
<b>CEFALÉIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dados vitais alterados</li> <li>- Dor intensa (8-10/10)</li> <li>Meningismo (d=rigidez de nuca)</li> <li>- Alteração do estado de consciência</li> <li>- Sinais neurológico focais (paresia, parestesia, disfasia, afasia, ataxia, distúrbio do equilíbrio)</li> <li>- PAS <math>\geq</math> 190 ou PAD <math>\geq</math> 10mmHg</li> </ul>	<b>VERMELHO</b>	<b>Cuidado com hemorragia subaracnóidea, hematomas, meningite, encefalites</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dados vitais normais</li> <li>Dor moderada(4-7/10) com náuseas e/ou vômitos</li> </ul>	<b>AMARELO</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dados vitais normais</li> <li>- Dor leve (1-3/10)</li> <li>- Dor facial com rinorréia purulenta</li> <li>- Relato de febre</li> <li>- Não se apresenta toxemiado ou prostrado</li> </ul>	<b>VERDE</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dados vitais normais</li> <li>- Dor crônica ou recorrente sem piora recente</li> </ul>	<b>AZUL</b>	

EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	SINAIS DE ALERTA
<b>DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS E ABSTINÊNCIA DE ÁLCOOL E DROGAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dados vitais alterados</li> <li>- Delírios, alucinações, confusão mental, ansiedade intensa, pânico e impulsividade com risco para si e para outros</li> <li>- Agitação psicomotora intensa</li> <li>- Convulsão, déficit neurológico agudo, letargia, coma</li> <li>- Quadro depressivo grave (choro inconsolável)</li> <li>- Hipertonicidade e rigidez muscular</li> </ul>	<b>VERMELHO</b>	<b>Cuidado com hipóxia e hiperglicemia! Fazer glicemia capilar! Avaliar abstinência de álcool e drogas!</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dados vitais normais</li> <li>- Agitação psicomotora menos intensa</li> <li>- Pensamento suicida</li> <li>- Envolvimento com ocorrências policiais</li> </ul>	<b>AMARELO</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dados vitais normais</li> <li>- Gesticulando, mas não agitado</li> <li>- Humor deprimido</li> <li>- Perda de interesse por atividades</li> <li>- Capaz de interagir com o acolhedor</li> <li>- Com cuidador</li> </ul>	<b>VERDE</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dados vitais normais</li> <li>- Depressão crônica ou recorrente</li> <li>- Insônia</li> <li>- História de distúrbio psiquiátrico e precisando de medicação (receita)</li> </ul>	<b>AZUL</b>	

EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	SINAIS DE ALERTA
<b>DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS E ABSTINÊNCIA DE ÁLCOOL E DROGAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dados vitais alterados</li> <li>- Delírios, alucinações, confusão mental, ansiedade intensa, pânico e impulsividade com risco para si e para outros</li> <li>- Agitação psicomotora intensa</li> <li>-Convulsão, déficit neurológico agudo, letargia, coma</li> <li>- Quadro depressivo grave (choro inconsolável)</li> <li>- Hipertonicidade e rigidez muscular</li> </ul>	<b>VERMELHO</b>	<b>Cuidado com hipóxia e hiperglicemia! Fazer glicemia capilar! Avaliar abstinência de álcool e drogas!</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dados vitais normais</li> <li>- Agitação psicomotora menos intensa</li> <li>- Pensamento suicida</li> <li>- Envolvimento com ocorrências policiais</li> </ul>	<b>AMARELO</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dados vitais normais</li> <li>- Gesticulando, mas não agitado</li> <li>- Humor deprimido</li> <li>- Perda de interesse por atividades</li> <li>- Capaz de interagir com o acolhedor</li> <li>- Com cuidador</li> </ul>	<b>VERDE</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dados vitais normais</li> <li>- Depressão crônica ou recorrente</li> <li>- Insônia</li> <li>- Historia de distúrbio psiquiátrico e precisando de medicação (receita)</li> </ul>	<b>AZUL</b>	

EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	SINAIS DE ALERTA
<b>“PRESSÃO ALTA”</b>	- PAS $\geq$ 220 ou PAD $\geq$ 130mmHg com qualquer sintoma - Alteração do estado de consciência  - Dor torácica sugestivas de isquemia (B 153)  - Sinais neurológico focais paresia, plegia, disfasia, afasia, ataxia, paralisia, facial) - Epistaxe franca	<b>VERMELHO</b>	<b>Cuidados com grávidas! Investigar história pregressa de hipertensão arterial e uso/suspensão de anti-hipertensivos! Pacientes com níveis pressóricos classificados como AZUL referenciados para o Centro de Saúde com garantia de atendimento médico o mais breve possível!</b>
	- PAS $\geq$ 220 ou PAD 130mmHg sem sintomas - PAS entre 190-220 ou PAD entre 120-130mmHg com qualquer sintoma	<b>AMARELO</b>	
	- PAS entre 190-220 ou PAD entre 120-130mmHg sem sintomas	<b>VERDE</b>	
	- PAS < 190 e PAD < 120 e assintomático - Historia de hipertensão arterial e precisando de medicação(receita)	<b>AZUL</b>	

<b>EVENTO</b>	<b>QUALIFICADORES</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>SINAIS DE ALERTA</b>
<b>QUEIXAS OCULARES</b>	- Dados vitais alteradas - Dor intensa (8-10/10)	<b>VERMELHO</b>	
	- Dados vitais normais - Dor moderada (4-7/10) - Olhos avermelhados com história de trauma ou contato com substâncias químicas ou solda		
	- Celulite peri-orbitária - Perda visual súbita ou diplopia súbita	<b>AMARELO</b>	
	- Dor leve (1-3/10) - Prurido ocular - Olhos avermelhados sem história de trauma ou contato com substância química ou solda	<b>VERDE</b>	
	- Hemorragia na esclera sem história de trauma Terçol ou calázio sem celulite	<b>AZUL</b>	

EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	SINAIS DE ALERTA
<b>“DIABETES”</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dados vitais alterados</li> <li>- Alteração do estado mental (letargia, confusão mental, agitação, coma)</li> </ul>	<b>VERMELHO</b>	<p><b>Fazer glicemia capilar! Pacientes com níveis glicêmicos classificados como AZUL devem ser referenciados para o Centro de Saúde com garantia de atendimento médico o mais breve possível!</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dados vitais normais</li> <li>- Glicemia &gt; 250mg% e sinais de desidratação</li> </ul>	<b>AMARELO</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Glicemia &gt; 250mg% e sinais assintomático</li> </ul>	<b>VERDE</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Glicemia, <math>\leq</math> 250mg e assintomáticos</li> <li>- Historia de diabetes e precisando de medicação</li> </ul>	<b>AZUL</b>	

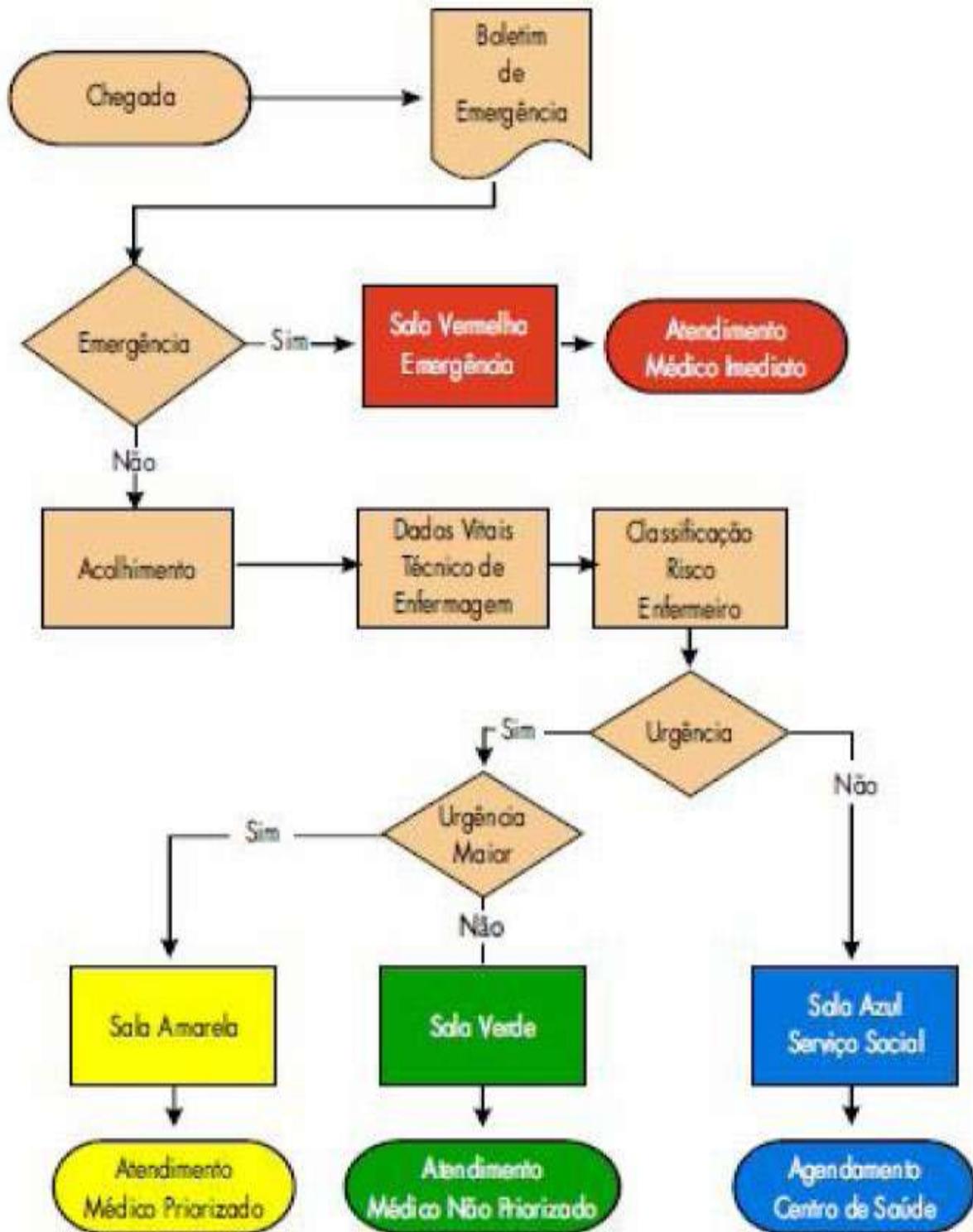


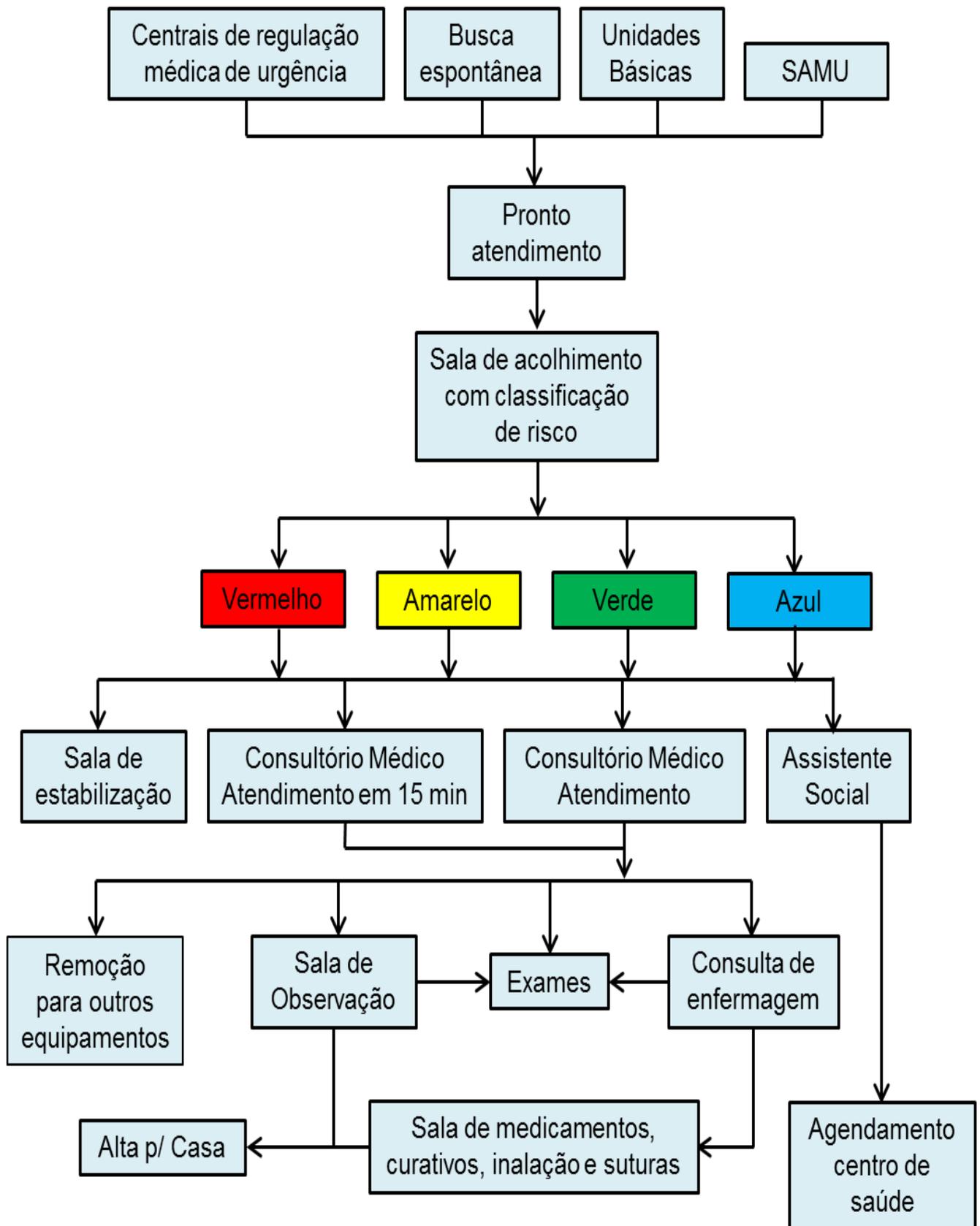
EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	SINAIS DE ALERTA
<b>SANGRAMENTOS</b>  *Hematêmese *Melena	- Hematêmese, hematoquezia, melena ou hemoptise - Epistaxe com PA $\geq$ 180/110  - Sangramento vaginal com dados vitais alterados ou sangramento vaginal em grávidas ou com atraso menstrual	<b>VERMELHO</b>	
*Hemoptise  *Epistaxe  *Metrorragia	- Hematêmese, hematoquezia, melena, ou hemoptise com dados vitais normais - Mamilos hemorroidários exteriorizados com sangramento e dor intensa (8-10/10) - Epistaxe com PA < 180/110	<b>AMARELO</b>	<b>Cuidado com cirróticos, usuários de anticoagulantes, portadores de coagulopatias e grávidas!</b>
	- Dados vitais normais - Relato de hematêmese, hematoquezia ou hemoptise leve (raias de sangue)  - Relato de melena (normal no momento) - Mamilos hemorroidários exteriorizados com sangramento discreto e dor leve/moderada (1-7/10)  -Sangramento vaginal em não grávida com dados vitais normais	<b>VERDE</b>	
	-Relato de hemorróidas com dor leve (1-4/10) e sem sangramento - Relato de epistaxe (normal no momento)	<b>AZUL</b>	

EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	SINAIS DE ALERTA
<b>AFECÇÕES DE PELE E SUBCUTÂNEO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dados vitais alterados</li> <li>- Com esridor laríngeo ou dificuldade de falar</li> </ul>	<b>VERMELHO</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dados vitais normais</li> <li>- Toxemiado, prostrado ou febril</li> <li>- Prurido generalizado intenso</li> <li>- Com infecção secundária e sinais sistêmico</li> </ul>	<b>AMARELO</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prurido discreto</li> <li>- Sem toxemia, prostração ou febre</li> <li>- Com infecção secundária sem sinais sistêmicos</li> </ul>	<b>VERDE</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quadro crônico ou recorrente sem sinais sistêmico</li> </ul>	<b>AZUL</b>	

EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	SINAIS DE ALERTA
<b>OUTROS SINTOMAS QUEIXAS EVENTOS ISOLADOS: Edema, Icterícia, Fraqueza, Câimbras, Menstruação, Atraso Menstrual, Atestado de saúde, Realização de exames</b>	- Dados vitais alterados	<b>VERMELHO</b>	
	- Dados vitais normais - Toxemiado, prostrado, febri febril ou desidratado  - Icterícia aguda - Edema generalizado (anasarca) - Edema localizado com flogose e sinais sistêmicos	<b>AMARELO</b>	
	- Dados vitais normais - Edema localizado com flogose e sem sinais sistêmicos - Fraqueza ou câimbra sem outros sintomas	<b>VERDE</b>	
	- Edema localizado crônico ou recorrente sem flogose e sem sinais sistêmicos - Menstruação irregular ou atraso menstrual sem outros sintomas - Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional  - Realização de exames complementares não urgentes	<b>AZUL</b>	

## FLUXOGRAMA





**SITUAÇÕES ESPECIAIS:**

- Idosos;
- Deficientes mentais;
- Deficientes físicos;
- Acamados;
- Com dificuldade de locomoção;
- Gestantes;
- Escoltados, algemados ou envolvidos em ocorrência policial;
- Vítimas de abusos sexuais;
- Retorno em menos de 24 horas sem melhora.

**Esses pacientes devem merecer atenção especial da equipe de Acolhimento/Classificação de Risco e, dentro do possível, a sua avaliação deve ser priorizada, respeitando a situação clínica dos outros pacientes que aguardam atendimento.**

Em caso de apresentação de Sintomas, Queixas, ou Eventos não relacionados nesse protocolo, a equipe de Acolhimento/ Classificação de Risco deve levar em conta principalmente os dados vitais do paciente, a apresentação clínica do mesmo (toxemiado,

prostrado, febril, desidratado), o tempo de início dos sintomas e a opinião da equipe médica para definir sua classificação.

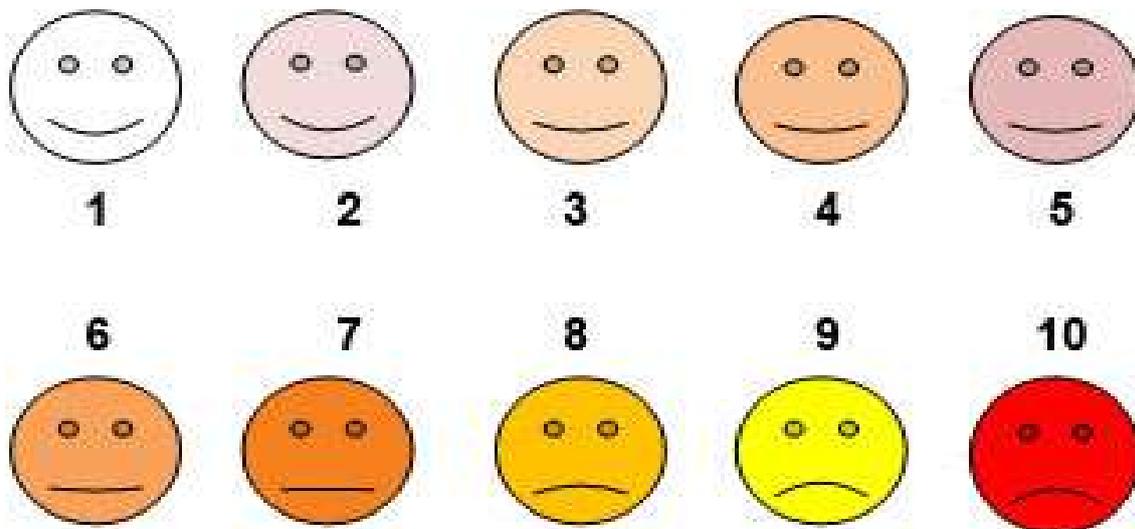
## ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
<b>ABERTURA OCULAR</b>	ESPONTANÊA	4
	À VOZ	3
	À DOR	2
	NENHUMA	1
<b>RESPOSTA VERBAL</b>	ORIENTADA	5
	CONFUSA	4
	PALAVRAS INAPROPIADAS	3
	PALAVRAS INCOMPREENSIVAS	2
	NENHUMA	1
<b>RESPOSTA MOTORA</b>	OBEDECER COMANDOS	6
	LOCALIZAR DOR	5
	MOVIMENTO DE RETIRADA	4
	FLEXÃOS ANORMAL	3
	EXTENSÃO ANORMAL	2
	NENHUMA	1

## ESCALA DE DOR

**Escala verbal numérica:** O paciente deve ser informado sobre a necessidade de classificar sua dor em notas que variam de 0 a 10, de acordo com a intensidade de sensação.

Nota zero corresponderia á ausência de dor, enquanto nota 10 a maior intensidade imaginável.



**Dor leve = 1 a 3 / 10**

**Dor moderada = 4 a 7 / 10**

**Dor intensa = 8 a 10 / 10**

## MECANISMO DE TRAUMA

<b>MECANISMO DE TRAUMA DE ALTO RISCO</b>	Acidente automobilístico com ejeção do veículo
	Acidente automobilístico com capotamento
	Acidente automobilístico com tempo de resgate > 20min
	Acidente automobilístico com intrusão significativa do compartimento do motorista / passageiro
	Acidente automobilístico com óbito no mesmo compartimento do motorista / passageiro
	Acidente automobilístico com impacto de carro em velocidade 40Km/h (sem cinto de segurança ) ou em velocidade > 60Km/h (com cinto de segurança )
	Acidente de motocicleta com impacto de carro a em velocidade maior que 30Km/h, especialmente quando o motociclista é separado da motocicleta
	Atropelamento de pedestre ou ciclista por carro em velocidade >10Km/h
	Queda de altura de > 3 vezes a altura do paciente
	Explosão

## ❖ **PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), todos os anos, centenas de milhares de pacientes sofrem danos ou morrem devido à falta de segurança em procedimentos médicos ou assistenciais. Como resultado, esses pacientes ficam com sequelas temporárias ou definitivas. A OMS aponta ainda que a segurança dos pacientes é um princípio fundamental dos cuidados de saúde, pois cada etapa do processo de prestação de cuidados possui certo grau de insegurança inerente. A partir disso, surgem diversos questionamentos sobre medidas que devem ser tomadas a fim de reduzir ao máximo possível os riscos enfrentados por quem precisa de cuidados médicos e assistenciais.

Buscar medidas que garantam a segurança dos pacientes em todas as etapas dentro de uma Unidade Assistencial deve ser a prioridade em qualquer instituição de saúde. Com isso, iremos adotar seis estratégias para a segurança dos pacientes. O foco do IIFHES está no atendimento de excelência e nas determinações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para evitar riscos.

### **Objetivos**

O objetivo das metas para a segurança do paciente é reduzir danos futuros na assistência aos pacientes. Melhorar a cultura de segurança na saúde entre todos os profissionais da área é essencial para prevenir e reduzir possíveis erros. Por isso,

conscientizamos a equipe multidisciplinar para que haja naturalmente uma melhoria nos processos de saúde e na assistência prestada.

## **Instruções**

1- Identificação do paciente seguro: Baseado na garantia da segurança do paciente durante todo processo assistencial, sendo este o primeiro passo aplicado para evitar erros como, por exemplo, na administração de medicação.

2- Comunicação efetiva: Considerada a meta mais importante na segurança do paciente, o objetivo é tornar a comunicação clara e oportuna entre as equipes multidisciplinares dentro da unidade e com os pacientes.

3- Medicação e via segura: A medicação administrada incorretamente pode causar graves danos ao paciente. A falha mais comum envolve a administração equivocada de medicamentos relacionada à dose, via de administração e tipo de droga.

4- Procedimento seguro: Eventos adversos podem ocorrer antes, durante e depois de todo procedimento invasivo. O objetivo dessa meta é garantir que o procedimento seja realizado conforme o planejado. Esta meta foi adequada pois o termo inicial seria Cirurgia segura, porém em se tratando de nossas Unidades de Pronto Atendimento, utilizaremos o termo Procedimento Seguro, visto que são realizados procedimentos, como Punção venosa profunda, intubação orotraqueal, suturas, entre outros.

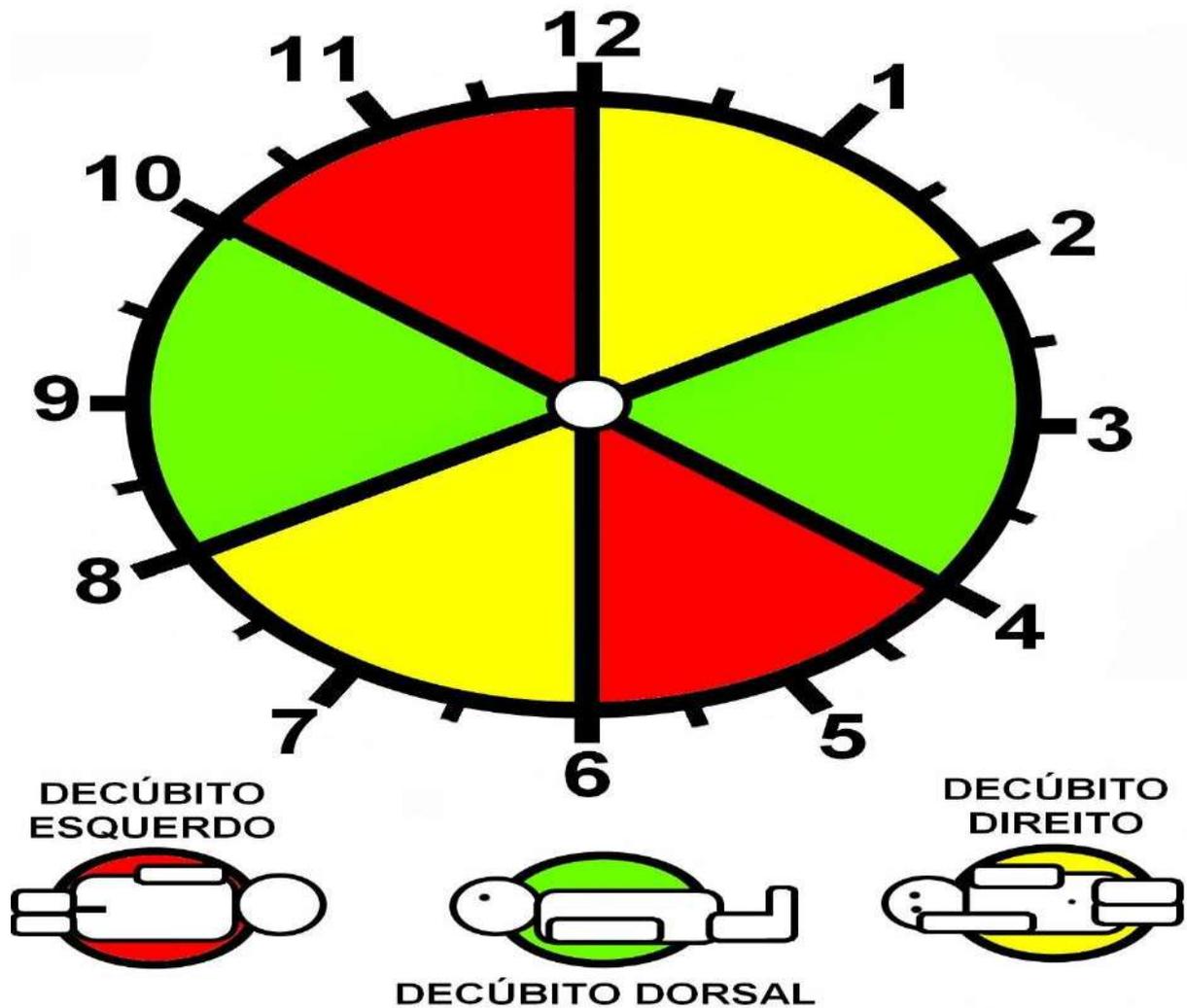
Para tal devemos nos atentar em caso de punção venosa profunda, devemos estar atentos se está corretamente fixado com pontos de sutura, em caso de mobilização do paciente não devemos

5- Higienização das mãos: A higienização das mãos é reconhecida mundialmente como uma medida primária, mas muito importante no controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. Considerada um dos pilares da prevenção e controle de infecções em unidades assistenciais, a estratégia depende da eficiência na orientação dos acompanhantes e familiares para a antissepsia das mãos, além do treinamento da equipe multiprofissional.

6- Prevenção de quedas e lesão por pressão: Essa estratégia exige que os profissionais de saúde avaliem os pacientes e estabeleçam ações preventivas. No caso das quedas é fundamental que ocorra a verificação do ambiente, das condições de acessibilidade e de locomoção de pacientes, em especial com pacientes sob efeito de medicamentos.

Para evitar lesões por pressão é necessária a realização da mudança de decúbito a cada duas horas para minimizar a pressão em locais específicos e o acompanhamento diário da integridade da pele, utilizaremos o Disco de mudança de decúbito que deverá ser utilizado para os pacientes internados nos nossos leitos de observação.

# MUDANÇA DE DECÚBITO



ATIVIDADE	RESPONSABILIDADE
Identificação do paciente com pulseira branca com nome completo e data de nascimento.  Utilizar pulseira de alergia em caso positivo  <b>Identificação Segura</b>	Equipe de Enfermagem
Identificação completa no leito do paciente	Equipe de Enfermagem

<b>Identificação Segura</b>	
<p>Medicações datadas e com rótulos com o nome do paciente e infusão e diluição utilizada</p> <p><b>Medicação segura</b></p>	Equipe de Enfermagem
<p>Atentar para os cateteres e infusões se certificando da via certa, paciente certo, medicação certa.</p> <p><b>Via segura</b></p>	Equipe de Enfermagem
<p>Utilizar sempre grades levantadas, nunca subestime a desorientação ou confusão mental do paciente.</p>	Equipe de Enfermagem
<p><b>Comunicação segura</b> de todos os pacientes que se encontram em observação. Certificando-se que TODOS os profissionais estão cientes do quadro dos pacientes, principalmente os pacientes com alergia.</p>	Equipe de Enfermagem e Equipe Médica
<p><b>Participação ativa dos pacientes e seus familiares</b>, manter a família informada do quadro clínico do paciente de forma simples e objetiva.</p>	Equipe de Enfermagem e Equipe Médica
<p><b>Prevenção de quedas e úlceras por pressão</b>, utilizar mudança de decúbito regular e grades levantadas.</p>	Equipe de Enfermagem
<p><b>Higienização das mãos</b> e troca de luvas a cada procedimento e cada leito.</p>	Equipe de Enfermagem e Equipe Médica

## ❖ PROTOCOLO DE NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO DO PACIENTE

A regulação surgiu como uma estratégia de gestão do Ministério da Saúde (MS) que busca oficialmente a universalidade e equidade na oferta de serviços, no Brasil e configura-se basicamente na operacionalização do acesso à oferta de serviços. Dado o nível de complexidade do sistema, ela abrange aspectos que vão desde a regulamentação de legislações até aqueles que lidam diretamente com o acesso do usuário aos serviços de saúde.

Segundo definição do próprio MS as ações de Regulação da Atenção à Saúde concentram-se na preparação da infraestrutura de serviços de saúde de forma a garantir uma oferta condizente em quantidade e qualidade com as necessidades da população. E, aponta que o processo de compra de serviços na rede privada deve se pautar pelo interesse público e pelas necessidades assistenciais (BRASIL, 2002).

Nesse sentido, a regulação no contexto do SUS, é um conjunto de atividades que visa garantir um o papel constitucional, tendo a saúde como seu dever e direito universal do cidadão. O papel regulador no setor saúde se insere neste contexto, de Reforma Sanitária Brasileira, onde um dos Objetivos principais é constituir o sistema de saúde pública com caráter universal e equânime.

Diante deste contexto e de acordo com esse instrumento convocatório, o Núcleo Interno de Regulação (NIR) da Unidades de Pronto Atendimento, será o núcleo responsável pela interlocução das transferências. O Serviço funcionará 24 horas por dia,

7 dias por semana, solicitando vaga para transferências sempre que necessário. O referido NIR funcionará com sistema informatizado.

O núcleo será responsável pela organização do acesso dos usuários do SUS, ao internamento e exames/procedimentos especializados a fim de garantir um atendimento integral, humanizado e equânime.

O NIR fará a interação com a regulação das urgências (pré-hospitalar, hospitalar e ambulatorial) e assegurando o fluxo contínuo das informações e das internações conforme a pactuação e estabelecerá resoluções de situações não previstas.

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) da unidade será um núcleo colegiado, os quais serão capacitados e habilitados ao processo e o Sistema de Regulação.

O NIR manterá profissionais de apoio tecno-administrativo exclusivos para funcionamento 24 horas por dia e terá como principais atribuições:

- Construir a interface entre a unidade e as Centrais de Regulação, interagindo com a equipe interna, assegurando o fluxo contínuo das informações e das internações conforme a pactuação estabelecida e a resolução de situações não previstas;
- Organizar o fluxo interno dos usuários referenciados, informando aos diferentes setores de destinação os dados necessários;

- Transferir para outras unidades de serviços especializados usuários com necessidade de tratamento fora do perfil da unidade, com vaga assegurada ou outros mecanismos de regulação de usuários, fornecendo ambulância adequada ao perfil do usuário;
- Participar da construção e avaliação contínua dos Protocolos de Regulação na área de abrangência de cada UPA;
- Colaborar na proposição e atualização de protocolos de diretrizes clínicas e terapêuticas que estabeleçam critérios de indicação para o emprego dos recursos existentes na instituição opinando, inclusive, sobre eventuais incorporações de tecnologias consagradas;
- Monitorar o Tempo Médio de Permanência de cada paciente indicando o tempo médio esperado para a patologia em consonância com os parâmetros assistenciais;
- Garantir o acesso, acolhimento e atendimento humanizado aos usuários do Sistema Único de Saúde;
- Realizar atividades de educação permanente sobre o papel do NIR.

#### ❖ **PNEUMONIA COMUNITÁRIA**

##### A) ADOLESCENTE (12 A 17 ANOS) E ADULTO (18 A 59 ANOS) SEM CO-MORBIDADES

A1) Sem Indicação de Internação:

- ✓ Amoxicilina 500 mg V.O. a cada 8 horas;
- ✓ Alternativa: Ampicilina 500 mg VO 6/6h.

Tempo de tratamento: 7 a 10 dias.

A2) Com Indicação de Internação Hospitalar (fora do CTI):

- ✓ Penicilina Cristalina 100.000 a 200.000 UI/Kg/dia IV 4/4h. Dose máxima: 20 milhões UI/dia.
- ✓ Alternativa: Ampicilina 1g IV 6/6h.

Tempo de tratamento: 7 a 10 dias.

Avaliar alta hospitalar após de efervescência, com as alternativas do item A1 (via oral).

- ✓ Na suspeita de estafilococcia, sobretudo se houver história ou porta de entrada cutânea, iniciar Oxacilina 200 mg/Kg/dia IV 4/4h. Dose máxima: 12 g/dia.

A3) Alternativas para Pacientes Alérgicos à Penicilina:

- ✓ Oral: Eritromicina 500 mg VO 6/6h ou Clindamicina 600 mg VO 6/6h;
- ✓ Parenteral: Clindamicina 900 mg IV 8/8h ou 600 mg IV 6/6h.

B) ADULTO (18 A 59 ANOS) COM CO-MORBIDADES E USUÁRIOS COM 60 ANOS OU MAIS. (CO-MORBIDADES: DPOC, DIABETES MELLITUS, ALCOOLISMO, ESPLENECTOMIZADOS)

B1) Sem Indicação de Internação:

- ✓ Amoxicilina 500 mg VO 8/8h.

Tempo de tratamento: 7 a 10 dias.

B2) Com Indicação de Internação Hospitalar (fora do CTI):

- ✓ Amoxicilina/Clavulanato 1 g IV 8/8h ou
- ✓ Cefuroxime 750 mg IV 8/8h.

Tempo de tratamento: 7 a 10 dias.

- ✓ Alternativa para usuários alérgicos à penicilina: Claritromicina 500 mg, IV 12/12h.

B3) Com Indicação de Internação no CTI, em Insuficiência Respiratória:

- ✓ Amoxicilina/Clavulanato 1 g IV 8/8h + Claritromicina 500 mg IV 12/12h ou;
- ✓ Cefuroxime 750 mg IV 8/8h + Claritromicina 500 mg IV 12/12h ou;
- ✓ Quinolona de quarta geração (ainda não padronizada na rede).

Tempo de mínimo de tratamento: 14 dias.

Alternativas para usuários alérgicos à penicilina:

- ✓ Quinolona de quarta geração ou;
- ✓ Ciprofloxacina 400 mg IV 12/12h + Clindamicina 600 mg IV 6/6h (ou 900 mg 8/8h).

B4) Com Insuficiência Respiratória e Suspeita Clínica/Epidemiológica de Pneumonia por *Pneumocystis carinii*:

- ✓ Amoxicilina/Clavulanato 1 g IV 8/8h + Cotrimoxazol 75 a 100 mg/Kg/dia IV 6/6h (em média de 3 a 4 ampolas IV a cada 6 horas).

Tempo de tratamento: 21 dias.

Associar corticóide se  $PO_2 < 70$  mmHg em ar ambiente.

B5) Pneumonia Aspirativa ou Associada à Ventilação Mecânica com < 72 horas:

- ✓ Amoxicilina/Clavulanato 1 g IV 8/8h.

Tempo mínimo de tratamento: 14 dias.

Alternativas para Pacientes Alérgicos à Penicilina:

- ✓ Quinolona de quarta geração ou;

- ✓ Ciprofloxacina 400 mg IV 12/12h + Clindamicina 600 mg IV 6/6h (ou 900 mg 8/8h).

## ❖ PNEUMONIA HOSPITALAR

Início dos sintomas após 72 h de internação hospitalar

### A) SEM USO PRÉVIO DE ANTIBIÓTICO, NA MESMA INTERNAÇÃO

A1) entre 72h e 7 dias aproximadamente, com ou sem ventilação mecânica:

- ✓ Amoxicilina/Clavulanato 1 g IV 8/8h.

A2) após 7 dias, sem ventilação mecânica:

- ✓ Amoxicilina/Clavulanato 1 g IV 8/8h.

A3) após 7 dias, com ventilação mecânica

- ✓ Ciprofloxacina 400 mg IV 12/12h ou;
- ✓ Cefepime 2 g IV 8/8h.

COMENTÁRIOS:

- ✓ Proceder rastreamento microbiológico sempre que houver necessidade de modificar o esquema antimicrobiano, dando preferência a materiais clínicos que definam infecção (ex: hemocultura, LBA, urina e outros);
- ✓ Caracterizar a nova infecção;
- ✓ Só “progredir” o esquema terapêutico após a exclusão da piora clínica secundária a complicações das infecções comunitárias (ex: derrame pleural, flebite e outras).

B) COM USO PRÉVIO DE ANTIBIÓTICO, NA MESMA INTERNAÇÃO

B1) Esquema Anterior: Amoxicilina/Clavulanato ou Cefuroxime:

- ✓ Cefepime 2 g IV 8/8h ou Ciprofloxacina 400 mg IV 12/12h.

B2) Esquema Anterior: Ceftriaxone:

- ✓ Ciprofloxacina 400 mg IV 12/12h.

B3) Esquema Anterior: Cefepime ou Ciprofloxacina:

- ✓ Piperacilina/Tazobactam 4,5g IV 6/6h.

B4) Esquema Anterior: Piperacilina/Tazobactam:

- ✓ Imipenem 500 mg IV 6/6h;
- ✓ Reservar o uso de Meropenem para usuários com risco epileptogênico elevado (doenças do sistema nervoso central, recém-natos, crise epiléptica relacionada ao imipenem).

B5) Considerar o uso de Vancomicina quando o usuário apresentar os seguintes fatores de risco:

- ✓ Hemodiálise/diálise peritoneal;
- ✓ Unidade/ setor com elevada frequência de MRSA;
- ✓ Uso prévio de antimicrobiano com amplo espectro;
- ✓ Procedente de asilo/ casa de apoio ou similares, em uso de antimicrobianos de amplo espectro;
- ✓ Sabidamente colonizado por MRSA;
- ✓ Reservar Teicoplanina para usuários prematuros ou com lesão renal.

B6) Esquema Anterior: Piperacilina/Tazobactam ou Imipeném/Meropeném:

- ✓ considerar, após discussão com a CCIH:
- ✓ Carbapenêmico, esquema de infusão contínua ou em dose máxima;
- ✓ Polimixina B 30.000 UI/Kg/dia, IV 12/12h ou em infusão contínua (para

- ✓ Pseudomonas aeruginosa sensível apenas à polimixina, com antibiograma da automação confirmado em bancada);
- ✓ Sulfametoxazol/trimetoprim: 5 mg/Kg/dia de TMP, IV 6/6h (visando cobertura para bastonetes Gram-negativos não fermentadores – Burkholderia cepacia, Stenotrophomonas maltophilia).

## ❖ SINUSOPATIA

### A) SINUSITE AGUDA COMUNITÁRIA E SINUSITE CRÔNICA AGUDIZADA:

- ✓ Amoxicilina 500 mg VO 8/8h.

Tempo de tratamento: 10 a 14 dias e/ou 7 dias após a melhora clínica.

Alternativa para usuários alérgicos à penicilina:

- ✓ cefuroxime 250 mg V.O. a cada 12 h (exceto, alergias graves, como edema de glote, S. Stevens Johnsons);
- ✓ claritromicina 500 mg V.O. a cada 12 h;
- ✓ co-trimixazol 25 mg/Kg/dia de sulfa, V.O. a cada 12 h.

Falência do esquema anterior (também pode ser adotado para usuários que no mês anterior fizeram uso de antimicrobiano).

- ✓ amoxicilina/clavulanato 500 mg V.O. , a cada 8 h ou;
- ✓ cefuroxime 250 mg V.O. a cada 12 h.

**Comentário:** os quadros crônicos devem ser encaminhados ao serviço de otorrinolaringologia para coleta de material para cultura ou correção de anormalidades anatômicas.

**B) SINUSITE NOS USUÁRIOS EM TERAPIA INTENSIVA:**

- ✓ seguir o esquema para pneumonia hospitalar após colheita de secreção de seios da face.

❖ **OTITE**

- ✓ esquema idêntico ao de sinusite.
- ✓ para usuários com diabetes mellitus e suspeita de otite média maligna:

**A) COM INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO:**

- ✓ clindamicina 600 mg I.V, a cada 6 h + ciprofloxacina 400 mg I.V. a cada 12 h

**B) FALÊNCIA TERAPÊUTICA COM ESQUEMA ACIMA:**

- ✓ piperacilina/tazobactam 4,5g, I.V. a cada 6 h.

## ❖ **TRAQUEOBRONQUITE BACTERIANA NO PACIENTE DPOC**

### A) SEM INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO:

- ✓ amoxicilina 500 mg V.O. a cada 8 h;
- ✓ co-trimoxazol 25 mg/Kg/dia de sulfá, V.O. a cada 12 h;
- ✓ tetraciclina 500 mg, V.O. a cada 8 h.

### B) COM INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO:

- ✓ amoxicilina/clavulanato 1g I.V. a cada 8 h;
- ✓ alternativa para usuários alérgicos à penicilina:
  - Claritromicina 500 mg I.V. a cada 12 h.

## ❖ **PROTOCOLO DE TRATAMENTO DA ASMA GRAVE**

### PACIENTES DE ALTO RISCO

- ✓ Crise anterior com risco de vida;
- ✓ Intubação prévia por broncoespasmo;
- ✓ Crise grave apesar de tratamento com broncodilatadores e corticoides;
- ✓ Tratamento inadequado;

- ✓ Falta de adesão ao tratamento;
- ✓ Retirada recente de corticoides.

### TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

#### Broncodilatadores

- ✓ Formoterol inalatório 2,5 mg (10 gotas) diluído em 2 a 4 ml a cada 20 minutos, espessar doses conforme melhora clínica Salbutamol inalatório 5 mg (20 gotas) diluído em 2 a 4 ml a cada 20 minutos, espessar doses conforme melhora clínica;
- ✓ Salbutamol injetável 1ml (500µg);
  - 8µg/kg SC 4/4 h ou;
  - 5µg/min EV (aumentar para 10 mcg/min conforme resposta clínica e frequência cardíaca).
- ✓ Brometo de ipatrópio 250 a 500 µg (20 a 40 gotas) diluídos em 2 a 4 ml a cada 20 minutos, espessar doses conforme melhora clínica;
- ✓ Xantina – Usar nos quadros refratários;
- ✓ Aminofilina oral -200 mg VO 6/6 h;
- ✓ Aminofilina EV 240mg/10 ml:

- Ataque: 5-6 mg/kg de peso (usuário crônico 2,5 a 3 mg/kg);
  - Manutenção: 0,3 – 0,5 mg/kg/h.
- 
- ✓ Sulfato de Magnésio Fazer 1 –2gEV em 15 min;
  - ✓ Sulfato de Magnésio 10% -10 à 20ml + SF 0,9% 100ml.

#### INDICAÇÕES DE VENTILAÇÃO MECÂNICA

- ✓ Piora da obstrução apesar do tratamento clínico adequado;
- ✓ Pico de fluxo expiratório < 100 l/min e em declínio;
- ✓ Incapacidade de falar;
- ✓ Pulso paradoxal ascendente ou em declínio no usuário exausto;
- ✓ Rebaixamento do estado de consciência;
- ✓ Ausência de murmúrios vesiculares (tórax silencioso);
- ✓ Hipercapnia ( $\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mmHg}$ );
- ✓ Hipoxemia ( $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$  ou  $\text{SaO}_2 < 90\%$ );
- ✓ Fadiga da musculatura respiratória;
- ✓ Respiração paradoxal, alternância tóraco-abdominal.

### PARÂMETROS VENTILATÓRIOS

- ✓ Tubo traqueal com grande calibre;
- ✓ Regulagem do ventilador mecânico na crise de asma aguda;
- ✓ Volume corrente: 5-8 ml/Kg;
- ✓ Frequência respiratória: 8-12/min;
- ✓ Fluxo inspiratório (em volume controlado): 50-100 L/min;
- ✓ Pico de pressão (em volume controlado): < 40 cmH<sub>2</sub>O;
- ✓ Pressão de platô < 30 cmH<sub>2</sub>O;
- ✓ PEEP entre 5 e 10 cmH<sub>2</sub>O ou 80% do auto-PEEP (calculado pela manobra de pausa expiratória);
- ✓ Iniciar FIO<sub>2</sub> 1 e baixar rapidamente objetivando SaO<sub>2</sub> > 95%;
- ✓ Relação I:E < 1:2 (1:3; 1:4; 1:5...).

### OBJETIVOS:

- ✓ pH > 7,2;
- ✓ PaCO<sub>2</sub> >40 e < 70;
- ✓ PaO<sub>2</sub> > 80;
- ✓ PEEP total (PEEP + auto PEEP) < 15 cm H<sub>2</sub>O.

### SOLICITAR EXAMES COMPLEMENTARES

- ✓ Gasometria arterial;
- ✓ Radiografia de tórax;
- ✓ Hemograma completo;
- ✓ Bioquímica.

### ❖ **TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA**

#### TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

##### Broncodilatadores

- ✓ Formoterol inalatório 2,5 mg (10 gotas) diluído em 2 a 4 ml a cada 20 minutos, espessar doses conforme melhora clínica;
- ✓ Salbutamol inalatório 5 mg (20 gotas) diluído em 2 a 4 ml a cada 20 minutos, espessar doses conforme melhora clínica;
- ✓ Salbutamol injetável 1ml (500 mcg) - 8 µg/kg SC 4/4 h ou 5 µg/min EV (aumentar para 10 mcg/min conforme resposta clínica e frequência cardíaca);

- ✓ Brometo de ipatrópio 250 a 500 µg (20 a 40 gotas) diluídos em 2 a 4 ml a cada 20 minutos, espessar doses conforme melhora clínica;
- ✓ Xantina – Usar nos quadros refratários;
- ✓ Aminofilina oral - 200 mg VO 6/6 h;
- ✓ Aminofilina EV 240mg/10 ml:
  - Ataque: 5-6 mg/kg de peso (usuário crônico 2,5 a 3 mg/kg);
  - Manutenção: 0,3 – 0,5 mg/kg/h.
- ✓ Corticoesteróide;
- ✓ Hidrocortisona;
  - Ataque: 300 mg EV bolus;
  - Manutenção: 100 a 200 mg EV 6/6 h;
- ✓ Metilprednisolona/;
  - Ataque: 80mg EV;
  - Manutenção: 40 a 80 mg EV 6/6 h.

#### SOLICITAR EXAMES COMPLEMENTARES

- ✓ Gasometria arterial;
- ✓ Radiografia de tórax;
- ✓ Hemograma completo;
- ✓ Bioquímica.

## VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

### Indicações

- ✓ DPOC descompensada;
- ✓ Sinais de insuficiência respiratória aguda;
- ✓ Paciente consciente e colaborativo;
- ✓ Reflexo de tosse presente;
- ✓ Estabilidade hemodinâmica.

### Técnica

- ✓ Decúbito elevado;
- ✓ Orientar o usuário;
- ✓ Escolher a melhor interface (máscara) de acordo com o tamanho;
- ✓ BIPAP:

## BIPAP / CPAP

A ventilação mecânica chamada CPAP é usada para tratar a apnéia do sono, um distúrbio caracterizado por interrupções na respiração durante o sono. Por outro lado, BiPAP ou Bi-Nível, uma Máquina De Pressão Positiva nas vias respiratórias, desenvolvido na década de 1990, é um aparelho que ajuda as pessoas a inalar mais ar para os pulmões.

Estas máquinas têm três componentes:

1. O gerador de fluxo proporciona um fluxo de ar,;
2. A mangueira de ligações da interface para a máscara (Máscara), também chamada “traquéia”;
3. A máscara, que pode ser nasal (para quem respira pelo nariz somente) ou máscara facial (para quem respira pela boca e nariz).

### **Diferença entre CPAP e BiPAP**

A máquina de CPAP fornece um nível predeterminado de pressão. Ela libera uma corrente de ar comprimido através de uma mangueira para a máscara de nariz e mantém aberta a via aérea superior, sob pressão de ar contínua. A pressão do ar impede apnéia obstrutiva do sono, que ocorre como resultado do estreitamento das vias aéreas devido ao relaxamento dos músculos das vias respiratórias superiores durante o sono. Esta máquina ajuda a aumentar o fluxo de oxigênio, mantendo as vias aéreas abertas. CPAP, embora inicialmente usado para tratar a apnéia do sono, também é usado para usuários com doenças neuromusculares e problemas respiratórios.

BiPAP, uma máquina de ventilação não invasiva oferece dois níveis de pressão. *Inspiratory Positive Airway Pressure* (IPAP) é uma quantidade elevada de pressão,

aplicada quando o usuário inala e uma baixa pressão positiva expiratória (EPAP) durante a expiração. BiPAP é usado para tratar a apnéia central do sono e apnéia obstrutiva do sono grave. Também é prescrito para usuários que têm dificuldade respiratória e doenças cardíacas.

### **Prós e contras de CPAP**

O tratamento com CPAP é muito seguro e eficaz para o tratamento da apnéia do sono. Os ajustes de pressão dessas máquinas podem ser ajustados de acordo com a exigência do usuário. O tamanho do nariz ou a máscara facial também pode ser ajustado. O tratamento com CPAP pode ser usado em caráter experimental. Ele pode ser interrompido se o usuário apresenta um baixo nível de tolerância. CPAP também pode ser usado em conjunto com outros tratamentos. Estas máquinas são compactas e portáteis. Veja alguns modelos no site: [www.saudeeconforto.com.br](http://www.saudeeconforto.com.br)

Pacientes que usam máquinas de CPAP pode ter dores de cabeça, irritação na pele e inchaço no estômago. Congestão nasal e corrimento nasal também é observada em usuários em uso dessas máquinas. Pacientes que sofrem de claustrofobia e transtornos de ansiedade deve ser administrada medicação especial, porque a sua tolerância ao tratamento com CPAP é muito baixo. A maioria dos efeitos colaterais pode ser reduzido pelo uso de um umidificador ([www.saudeeconforto.com.br](http://www.saudeeconforto.com.br)), spray nasal e anti-histamínico.

### **Prós e contras do BiPAP:**

O tratamento com BiPAP é normalmente receitado para usuários que não toleram CPAP ou que sofrem de outros distúrbios respiratórios, além de apnéia do sono. Desde que a expiração exige menos pressão do que inspiração, uma máquina BiPAP é projetada de forma que durante a expiração reduz a pressão para um nível predeterminado. Esta máquina é muito eficaz para usuários com transtornos neuromusculares e cardiopulmonares.

Os efeitos colaterais do tratamento BiPAP são os mesmos que do CPAP. Efeitos colaterais comuns incluem dores de cabeça, rinite ou um corrimento nasal, tontura e problemas de estômago como a indigestão. Os efeitos colaterais do tratamento BiPAP embora comuns, não são muito graves. Os ajustes de pressão das máquinas BiPAP exigem uma vigilância constante.

### Complicações

- ✓ Escape excessivo de ar pela máscara (cuidado com os olhos);
- ✓ Rebaixamento do estado de consciência;
- ✓ Vômitos, broncoaspiração e aerofagia;
- ✓ Lesões de face, sinusite e otite.

### [VENTILAÇÃO INVASIVA](#)

### Indicações

- ✓ Falência da ventilação não invasiva;
- ✓ Hipoxemia ( $\text{PaO}_2 < 55 \text{ mmHg}$ ) ou hipercapnia ( $\text{PaCO}_2 > 50 \text{ mmHg}$  com  $\text{pH} < 7,30$ ) refratárias.
- ✓ Acidose grave;
- ✓ Rebaixamento do estado de consciência;
- ✓ Instabilidade hemodinâmica;
- ✓ Perda dos reflexos de proteção da via aérea.

#### Parâmetros ventilatórios

- ✓ Tubo traqueal com grande calibre (diâmetro 8);
- ✓ Modo controlado por no mínimo 12 h;
- ✓ Volume corrente 8 mL/Kg;
- ✓ Baixa frequência respiratória: 8 a 12 ipm;
- ✓ Altos fluxos inspiratórios  $> 50 \text{ L/min}$ ;
- ✓ Relação I:E menor que 1:2 (1:3 - 1:5 ou menos, para evitar auto-PEEP) ;
- ✓ PEEP entre 5 e 10 cmH<sub>2</sub>O ou 85% do auto-PEEP calculado pela manobra de pausa expiratória;
- ✓ PEEP + auto PEEP  $< 15 \text{ cmH}_2\text{O}$  ;
- ✓ Pico de pressão  $< 40 \text{ cmH}_2\text{O}$  ;

- ✓ Pressão de platô < 35 cmH<sub>2</sub>O ;
- ✓ Iniciar FIO<sub>2</sub> 100%, reduzir progressivamente objetivando SaO<sub>2</sub> > 90%;

## ❖ PROTOCOLO DE TRATAMENTO DO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

### QUADRO CLÍNICO

Dor pleurítica, hemoptise, taquipnéia, dispnéia, taquiarritmias, hipoxemia e eventual instabilidade hemodinâmica.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Pneumotórax, pneumonia, hérnia hiatal, DPOC, asma, insuficiência coronariana, insuficiência ventricular esquerda.

Fatores de risco

Fatores de risco	Nº de pontos
Sinais clínicos e sintomas de TVP	3
Diagnóstico alternativo menos provável que TEP	3
FC > 100bpm	1,5
Imobilização ou cirurgia nas últimas 4 semanas	1,5

TVP ou TEP prévios	1,5
Hemoptise	1
Câncer	1

Probabilidade clínica	
Baixa	< 2
Intermediária	2 – 6
Alta	> 6

#### EXAMES DIAGNÓSTICOS

- ✓ ECG;
- ✓ ECOCARDIOGRAMA ;
- ✓ Dímero -D;
- ✓ Tomografia de tórax helicoidal com protocolo para TEP;
- ✓ Gasometria arterial;
- ✓ Hemograma e bioquímica.

## TRATAMENTO

✓ Trombolítico: indicado no TEP maciço com instabilidade hemodinâmica, hipoxemia refratária, hipocinesia de VD no ECO OU hipertensão pulmonar grave. Não há indicação de trombolítico na ausência de sobrecarga ventricular direita.

## TROMBOLÍTICO

- ✓ Estreptoquinase
  - Ataque: 250000UI em 30min;
  - Manutenção: 100000UI/h durante 24h.

Terapia Anticoagulante: Pode-se usar heparina não fracionada em infusão contínua EV, com controle de TTPa DE 6/6h ou HBPM conforme protocolo de heparinização do serviço.

## ❖ **PROTOCOLO PARA USO DO SUPORTE VENTILATÓRIO NÃO-INVASIVO**

## INDICAÇÕES

- A) Insuficiência Respiratória Aguda hipercápnica
  - agudização da DPOC;
  - doenças neuromusculares;

- pós-extubação;
- agudização Fibrose Cística, particularmente quando com acidose respiratória (pH < 7,35) e secreção pulmonar não abundante;
- trauma caixa torácica com hipoxemia, apesar da analgesia e suplementação de O<sub>2</sub>, mas não deve ser usada rotineiramente asma (?) apesar de não existirem estudos que deem suporte a essa indicação, em situações mas quais o tratamento clínico tiver iniciado, com o usuário bastante colaborativo e com uma equipe bem familiarizada com o método, este pode ser tentado (preferencialmente num ambiente de UTI).

#### B) Insuficiência Respiratória Aguda Hipoxêmica

- edema pulmonar cardiogênico;
- lesão pulmonar aguda, principalmente quando já se tem hipercapnia.

#### B) Desmame

- retirada precoce da prótese traqueal.

#### Equipamento/Material

- #### A) Ventilador de Pressão Positiva ou Gerador de Fluxo Contínuo (CPAP);

B) Interfaces Paciente-Ventilador: máscaras faciais e/ou nasais;

### TÉCNICA

- A) Decisão de intubação oro-traqueal deve ser feita antes de iniciar a ventilação nãoinvasiva (VNI);
- B) Explicar técnicas e vantagens ao usuário;
- C) Escolher um ventilador que atenda às necessidades do usuário. Naqueles com represamento de ar (por exemplo DPOC), recomenda-se uso de dois níveis de pressão;
- D) Fixar manualmente a máscara inicialmente, deixando no modo assistido. Nas primeiras 24 h, a máscara de escolha deve ser a facial;
- E) Ajustar pressão (normalmente  $< 25$  cmH<sub>2</sub>O de Ppico) e/ou volume corrente (normalmente 8 a 10 mL/Kg);
- F) Quando em pressão de suporte, iniciar com IPAP geralmente de 10 a 15cmH<sub>2</sub>O, e no caso de CPAP 10cmH<sub>2</sub>O;
- G) Ajustar PEEP ou EPAP menor possível, buscando SaO<sub>2</sub>  $> 92\%$  e FIO<sub>2</sub>  $< 60\%$ . Na DPOC, usar de 5 a 8 cmH<sub>2</sub>O quando não se disponibiliza da medida do auto-PEEP;

- H) Fixar a máscara confortável ao usuário, permitindo vazamentos que não comprometam a eficácia do modo ventilatório utilizado;
- I) Ajustar alarmes;
- J) Reavaliação clínica e gasométrica constante na primeira hora, vendo especialmente PaCO<sub>2</sub> e pH;
- K) Utilizar o maior tempo possível, principalmente nas primeiras 24 horas.

#### FALÊNCIA DA VNI

Considera-se como falência:

- A) piora da condição clínica, sem alívio dos sintomas;
- B) sem melhora gasométrica, com aumento da PaCO<sub>2</sub> e/ou diminuição pH;
- C) necessidade de FIO<sub>2</sub> > 60%;
- D) desenvolvimento de novos sintomas ou complicações como pneumotórax, retenção;
- E) secreção, erosão nasal;
- F) intolerância ou falência de sincronização com ventilador;
- G) deterioração do estado de consciência;
- H) aumento da frequência respiratória;
- I) instabilidade hemodinâmica ;
- J) arritmias graves;
- K) isquemia miocárdica;

L) distensão abdominal.

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS:

- A) trauma face ou cirurgia vias aéreas superiores;
- B) instabilidade hemodinâmica e arritmias;
- C) angina instável;
- D) usuários susceptíveis a vômitos ou com importante distensão abdominal;
- E) pneumotórax não tratado;
- F) usuário muito secreto\*;
- G) gestação.

RELATIVAS:

- A) usuário não cooperativo;
- B) pós-operatório trato digestivo alto;
- C) necessidade de sedação;
- D) hipoxemia importante.

COMPLICAÇÕES

- A) necrose facial;
- B) aspiração de conteúdo gástrico e distensão abdominal;

- C) hipoxemia transitória;
- D) barotrauma;
- E) ressecamento nasal, oral e de conjuntiva.

## ❖ PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DA SÍNDROME DA ANGÚSTIA RESPIRATÓRIA AGUDA (SARA) E LESÃO PULMONAR AGUDA (LPA)

### CONCEITO

A síndrome da angústia respiratória aguda (SARA) e a lesão pulmonar aguda (LPA) são condições de espectro e etiologia bastante heterogêneas mas que apresentam como desfecho comum um infiltrado inflamatório pulmonar com alteração da permeabilidade capilar e consequente extravasamento e acúmulo de material proteináceo nos alvéolos com formação de edema pulmonar não hidrostático.

Segundo o consenso europeu/americano adotado atualmente, seu diagnóstico caracteriza-se por:

#### Instalação Oxigenação RX de Tórax Pwedge

LPA Aguda PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub> ≤ 300 Infiltrados bilaterais ≤ 18 mmHg

SARA Aguda PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub> ≤ 200 Infiltrados bilaterais ≤ 18 mmHg

Pwedge = pressão de oclusão da artéria pulmonar ( $\leq 18$  mmHg e/ou ausência de sinais clínicos de insuficiência ventricular esquerda e/ou ecocardiograma que comprove a ausência de disfunção de ventrículo esquerdo).

### TRATAMENTO DE SARA/LPA

#### a) **Geral**

Poucas terapêuticas se mostraram realmente eficazes:

- Identificação precoce, diagnóstico adequado e tratamento específico do(s) fator(es) desencadeante(s) são medidas imprescindíveis;
- Apesar de não haver evidências que favoreçam uma oferta de  $O_2(DO_2)$  supranormal, deve-se atentar para a manutenção de uma  $DO_2$  adequada, com o controle sendo feito pelos níveis de  $PvO_2$  e lactato, além da correção de fatores que causem um aumento do consumo de  $O_2$  como febre, dessincronia usuário ventilador, por exemplo.
- Deve-se evitar balanços hídricos muito positivos, sendo recomendada a manutenção de uma Pwedge  $< 16$  a  $18$  mmHg ou a mínima capaz de manter uma  $DO_2$  adequada.

## VENTILAÇÃO MECÂNICA

- Não há até o momento estudos que indiquem diferença entre ventilação controlada a volume ou a pressão. Desta maneira, optamos por usar a seguinte estratégia;
- Regulagem do ventilador mecânico na SARA/LPA;
- Volume corrente: 5-8 ml/Kg;
- Frequência respiratória: 12-20 ipm / min;
- Fluxo inspiratório (em volume controlado): 50-100 L/min;
- Pico de pressão (em volume controlado): < 35 cmH<sub>2</sub>O;
- Pressão de platô < 30 cmH<sub>2</sub>O;
- PEEP:

Utilizar a técnica da melhor complacência estática (Cest), elevando-se a PEEP de 2 em 2 cmH<sub>2</sub>O optando pelo último valor de PEEP antes da Cest começar a cair.

### MÉTODO:

- 1) Programar o ventilador com os seguintes parâmetros:

Parâmetros ventilatórios
Vt: 4ml/Kg
FR: 10ipm

Pausa insp: 1-1,5s

- 2) Aumentar a PEEP DE 2 em 2 cm H<sub>2</sub>O;
- 3) Aguardar 1 minuto em cada patamar de PEEP;
- 4) Anotar a P<sub>platô</sub> no último ciclo de cada patamar durante a pausa inspiratória;
- 5) Calcular a complacência estática para cada nível de PEEP:

Complacência estática – C<sub>est</sub> = V<sub>c</sub> / P<sub>platô</sub> – PEEP;

- 6) A PEEP correspondente à maior complacência será a PEEP ESCOLHIDA.

Calcular a complacência estática para cada nível de PEEP;

- FiO<sub>2</sub>: Utilizar a menor para manter uma SatO<sub>2</sub>>90% com uma PaO<sub>2</sub>>70mmHg;

- Nos casos onde apesar da estratégia usada o usuário ainda apresentar pico de pressão acima dos valores estabelecidos, devemos trocar o modo ventilatório para pressão controlada.

- O usuário deve estar sob sedação contínua para se evitar esforços respiratórios, melhorar a interação usuário/ventilador e aumentar a complacência da caixa torácica. Em alguns casos especiais é necessário o uso de bloqueadores neuromusculares para conseguir uma melhor ventilação porém, o uso deve ser

criterioso e pelo menor tempo possível para se evitar suas complicações (p. ex.: miopatia);

- O uso de volumes correntes baixos pode acarretar um aumento da PaCO<sub>2</sub>, que deve ser mantida entre 40 e 80 mmHg e controlando-separa que o pH seja maior que 7,2 (hipercapnia permissiva). Casos especiais podem tolerar pH mais baixo, no entanto esta técnica deve ser utilizada com cautela em coronarianos e cardiomiopatias (pelo aumento do trabalho cardíaco) e situações que predisponham a anóxia e /ou edema cerebral;
- Nos casos em que os níveis de CO<sub>2</sub> encontram-se muito elevados – devemos instalar a insuflação de gás traqueal (TGI), naqueles usuários com valores de PaCO<sub>2</sub> > 80 mmHg ou nos casos com contra-indicação relativa ao aumento da PaCO<sub>2</sub>;
- Em casos de hipoxêmia refratária – instituir a posição PRONA;
- O uso de corticóide está indicado no início da segunda semana, usamos a Metilprednisolona na dose de 2mg/kg, divididos em 3-4 doses/d, durante duas semanas, reduzindo para 1mg/kg na semana seguinte e para 0,5mg/kg na última

semana, totalizando 4 semanas de tratamento. Devemos antes de iniciar o tratamento com corticóide afastar quadro infeccioso.

## ❖ PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DAS BRADIASSITMIAS

### CLASSIFICAÇÃO

#### **BAV de primeiro grau**

- Caracteriza-se pelo prolongamento do intervalo PR acima de 0,20 s;
- Na maioria das vezes é causado por degeneração idiopática do sistema de condução.

#### **BAV de segundo grau**

- Caracteriza-se pela falência de condução ventricular de um ou mais estímulos atriais;
- O ritmo pode ser descrito pelo número de ondas P relacionadas a um complexo QRS (p.ex. BAV de segundo grau 3:1);
- Graus menores de BAV intervalos PR variáveis com progressivo aumento e retorno ao normal após estímulo bloqueado (fenômeno de Wenckebach) = TIPO MOBITZ I (os bloqueios ocorrem acima do feixe de Hiss);

- BAV de alto grau (p.ex. 3:1 ou 4:1) -TIPO MOBITZ II. Em geral o impulso conduzido tem um QRS alargado e o sítio de bloqueio é mais baixo (abaixo do nó AV). ECG caracterizado por PR constante com onda P subitamente não conduzida.

### **BAV de terceiro grau**

- Também conhecido como BAV total;
- Pode ser adquirido ou congênito, sendo que o adquirido em geral ocorre por volta da sétima década, acometendo principalmente homens;
- Achado eletrocardiográfico: total dissociação atrioventricular.

### **APRESENTAÇÃO CLÍNICA**

- O BAV de primeiro grau em geral não produz sintomas;
- BAV de segundo grau: dificilmente produzirá sintomas, entretanto pode progredir para o BAVT, principalmente nos seus graus mais avançados;
- Dependendo da frequência do ritmo de escape ventricular, usuários com BAV de terceiro grau podem apresentar fadiga intensa e síncope;
- Achados no exame físico: variações na amplitude de pulso e ondas de grande amplitude na pulsação venosa do pescoço (ondas a em canhão – contração atrial contra valva tricúspide fechada).

### ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Pacientes com BAV de primeiro grau e Mobitz I raramente necessitam terapia específica. Deve ser sempre afastada influência de substâncias ou medicamentos que bloqueiem a condução atrio-ventricular que, uma vez suspensos, possam reverter o quadro. Marcapasso permanente é indicado para os BAV Mobitz II e de terceiro grau;

a) Abordagem inicial do usuário:

- Acessar vias aéreas;
- Administrar oxigênio - catéter de O<sub>2</sub>;
- Acesso venoso, monitorização cardíaca do ritmo, oxímetro de pulso, pressão arterial não invasiva e realizar ECG de 12 derivações.

b) Bradicardia importante (<60bpm) + sinais e sintomas de instabilidade:

1. Administrar atropina 0,5 a 1,0mg V em bolus:

- Reduz o bloqueio AV devido a hipervagotonia, mas não por isquemia do nó AV;
- Mais útil para o BAV na presença de IAM inferior que no IAM anterior;
- Não melhorará a condução infra-nodal portanto não melhorará BAV de terceiro grau;

- Não é efetiva em corações transplantados.
  - 2. Instalar marcapasso transcutâneo, se disponível;
  - 3. Dopamina IV 5 a 20µg/kg/min - para aumento da FC.
- c) Ausência de sinais ou sintomas de instabilidade ou após a administração das medicações acima descritas, avaliar ECG:
- BAV de segundo grau Mobitz II ou BAVT?
  - SIM: Preparar usuário para marcapasso transvenoso (considerar o marcapasso transcutâneo como "ponte");
  - NÃO: observar.

#### CONSIDERAÇÕES FINAIS:

- BAVT como complicação de IAM inferior é geralmente temporário (no máximo até 2 semanas);
- Já o BAVT decorrente do IAM anterior usualmente necessita de marcapasso permanente;
- O BAVT congênito muitas vezes tem ritmo de escape com frequência ventricular elevada, sem necessitar implante de marcapasso.

## ❖ PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DAS TAQUIARRITMIAS

### INTRODUÇÃO

As taquiarritmias cardíacas ocorrem por distúrbios na formação e/ou condução do estímulo cardíaco.

### DISTÚRBIOS DE FORMAÇÃO DO IMPULSO:

#### A) Alterações na automaticidade:

I) Normal: frequência elevada de disparos de células automáticas normais (nó AV ou sistema Hiss-Purkinje) devido à isquemia, distúrbios metabólicos ou manipulação farmacológica (p.ex. taquicardia sinusal inapropriada);

II) Anormal: descarga de focos latentes ou ectópicos que assumem o ritmo sob condições de isquemia ou manipulação farmacológica (p.ex. ritmo idioventricular acelerado).

#### B) Atividade deflagrada (refere-se à atividade de marcapasso de células cardíacas, dependente de oscilações no potencial de membrana):

I) Potenciais precoces: ocorrem antes da repolarização miocárdica – responsável pela formação das arritmias ventriculares da Síndrome do QT longo e "Torsades

de pointes", provocadas por antiarrítmicos das classes I e III, descarga simpática e hipóxia;

II) Potenciais tardios: ocorrem após a repolarização do tecido cardíaco - taquicardia atrial por atividade deflagrada e arritmias na intoxicação digitalica.

#### *DISTÚRBIOS DE CONDUÇÃO DO ESTÍMULO:*

O modelo clássico é o de reentrada, que constitui a maior causa de taquicardia ventricular no Ocidente. Cicatrizes ou isquemia podem produzir regiões no coração que conduzam o estímulo de maneira não homogênea, favorecendo o aparecimento de arritmias.

#### *ABORDAGEM GERAL DAS TAQUIARRITMIAS:*

- A) Abordagem inicial do usuário: acessar vias aéreas, promover ventilação adequada, checar pulsos, acessar sinais vitais, exame físico, monitorizar ritmo e oximetria de pulso, obter acesso venoso e realizar ECG de 12 derivações;
- B) Paciente instável clinicamente (sinais e sintomas importantes decorrentes da alta frequência cardíaca, em geral > 150bpm -hipotensão, sudorese, confusão mental, dor torácica, choque, congestão pulmonar e IAM):
- ✓ Preparar para cardioversão elétrica imediata:

- Deixar preparado: material de intubação e aspiração;
- Pré-medicação sempre que possível - analgesia e sedação;
- Em geral flutter e TPSV respondem com doses baixas: iniciar com 50J;
- Atenção para a necessidade de re-sincronizar após cada choque;
- Tratar TV polimórfica como fibrilação ventricular.

B) Paciente clinicamente estável:

- ✓ Fibrilação atrial/Flutter atrial: seguir modelos de protocolo específicos;
- ✓ Taquicardia ventricular: seguir protocolo específico;
- ✓ Taquicardia Supra-Ventricular com complexo QRS estreito: seguir ALGORITIMO.

❖ **PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DA FIBRILAÇÃO ATRIAL**

INTRODUÇÃO

- ✓ Fibrilação Atrial (FA) é a arritmia sustentada mais comum, ocorrendo em 0,4% a 1,0% da população geral (Na presença de cardiopatia estrutural chega a ser 5 a 10 vezes mais frequente).

A prevalência aumenta com a idade, afetando cerca de 10% da população acima dos 80 anos;

- ✓ FA crônica apresenta risco para tromboembólismo, principalmente em idosos.

### EXAMES COMPLEMENTARES

ECG:

- ✓ Atividade atrial caótica, ausência de onda P e presença de ondas de fibrilação;
- ✓ Frequência atrial em torno de 400 a 700bpm, com resposta ventricular em torno de 120 a 180bpm, na ausência de tratamento medicamentoso;
- ✓ Ritmo ventricular irregular.

Exames solicitar conforme suspeita clínica:

- ✓ enzimas cardíacas -isquemia;
- ✓ dímero D / cintilografia V/Q -TEP;
- ✓ hemograma -infecções associadas;
- ✓ ECO -cardiomiopatia hipertrófica, pericardite;
- ✓ Sangue-alterações hidroeletrólíticas ( cálcio, fósforo, magnésio e potássio);
- ✓ Rx de tórax -DPOC;
- ✓ hormônios tireoideanos, entre outros.

## TRATAMENTO

### a) Pacientes com instabilidade hemodinâmica:

- ✓ Proceder a cardioversão elétrica imediata, se duração da arritmia < 48 h.

### b) Pacientes estáveis:

- ✓ Duração da FA < 48 horas, função cardíaca normal:

1. Cardioversão elétrica ou
2. Amiodarona: administrar 150 à 300mg EV em 10 min seguido de 1mg/min em 6 horas e 0,5mg/min após esse período por 18 horas completando as 24h. Manutenção VO 200 a 400mg/dia; ou;
3. Procainamida: infusão contínua IV de 20mg/min até supressão da arritmia, aparecimento de hipotensão, aumento da duração do QRS > 50% do basal ou dose total de 17mg/kg. Em situações de emergência uma dose de 50mg/min pode ser administrada até a dose total de 17mg/Kg (evitar no QT prolongado e Torsades de pointes). Ou;
4. Quinidina -400mg VO, seguido de 200mg VO a cada hora até 5 doses.  
Administrar digitálico juntamente com a primeira dose.

Duração da FA < 48 horas, FEVE < 40%:

1. Cardioversão elétrica ou

## 2. Amiodarona IV.

Duração da FA > 48 horas ou desconhecida, função cardíaca normal ou deprimida:

1. NÃO proceder a cardioversão elétrica, a menos que adequadamente anticoagulado (de maneira efetiva por no mínimo de 3 semanas);
2. Anticoagular com warfarina VO por 3 semanas -> proceder cardioversão elétrica -> anticoagular com warfarina por mais 4 semanas; ou
3. Iniciar anticoagulação com heparina IV -> realizar ecocardiograma transesofágico para afastar a presença de trombos intracavitários -> realizar cardioversão elétrica dentro de 24h -> anticoagular por mais 4 semanas.

## ❖ PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DO FLUTTER ATRIAL

### INTRODUÇÃO

- ✓ É a segunda taquiarritmia atrial mais comum. Corresponde a um ritmo instável que geralmente reverte para ritmo sinusal ou fibrilação (FA) espontaneamente;
- ✓ Incidência em torno de 0,4 a 1,2%, em ambiente hospitalar;

- ✓ Significado clínico: geralmente relacionado à sua associação com a FA (com todos os fatores de risco para a FA) ou à sua associação com elevada resposta ventricular;
- ✓ Comum a associação com outros estados patológicos, como na FA;
- ✓ Classifica-se em:
  - 1) Típico: o mecanismo de reentrada se dá em um sentido anti-horário dentro do átrio direito (ondas F negativas em D2, D3, AVF);
  - 2) Atípico: reentrada no sentido horário (ondas F positivas em D2,,D3, AVF);
  - 3) Tipo I: pode ser terminado com estímulos rápidos de marcapasso atrial (overdrive suppression) e tem frequência atrial em torno de 240 a 340 bpm, na ausência de drogas;
  - 4) Tipo II: não é terminado por overdrive suppression e tem frequência atrial em torno de 340 a 430 bpm, na ausência de drogas.

#### EXAMES COMPLEMENTARES

ECG:

Ondas em forma de "dentes de serra", classicamente negativas nas derivações inferiores (típico);

- ✓ Morfologia, polaridade e duração de ciclos constantes;
- ✓ Ausência de linha de base isoelétrica;

- ✓ Resposta ventricular pode ser irregular, devido a graus variáveis de bloqueio atrioventricular (2:1, 4:1, etc...).

Exames solicitar conforme suspeita clínica:

- ✓ enzimas cardíacas -isquemia;
- ✓ dímero D / cintilografia V/Q -TEP;
- ✓ hemograma -infecções associadas;
- ✓ ECO -cardiomiopatia hipertrófica, pericardite;
- ✓ Sangue-alterações hidroeletrólíticas (cálcio, fósforo, magnésio e potássio);
- ✓ Rx de tórax -DPOC;
- ✓ hormônios tireoideanos, entre outros.

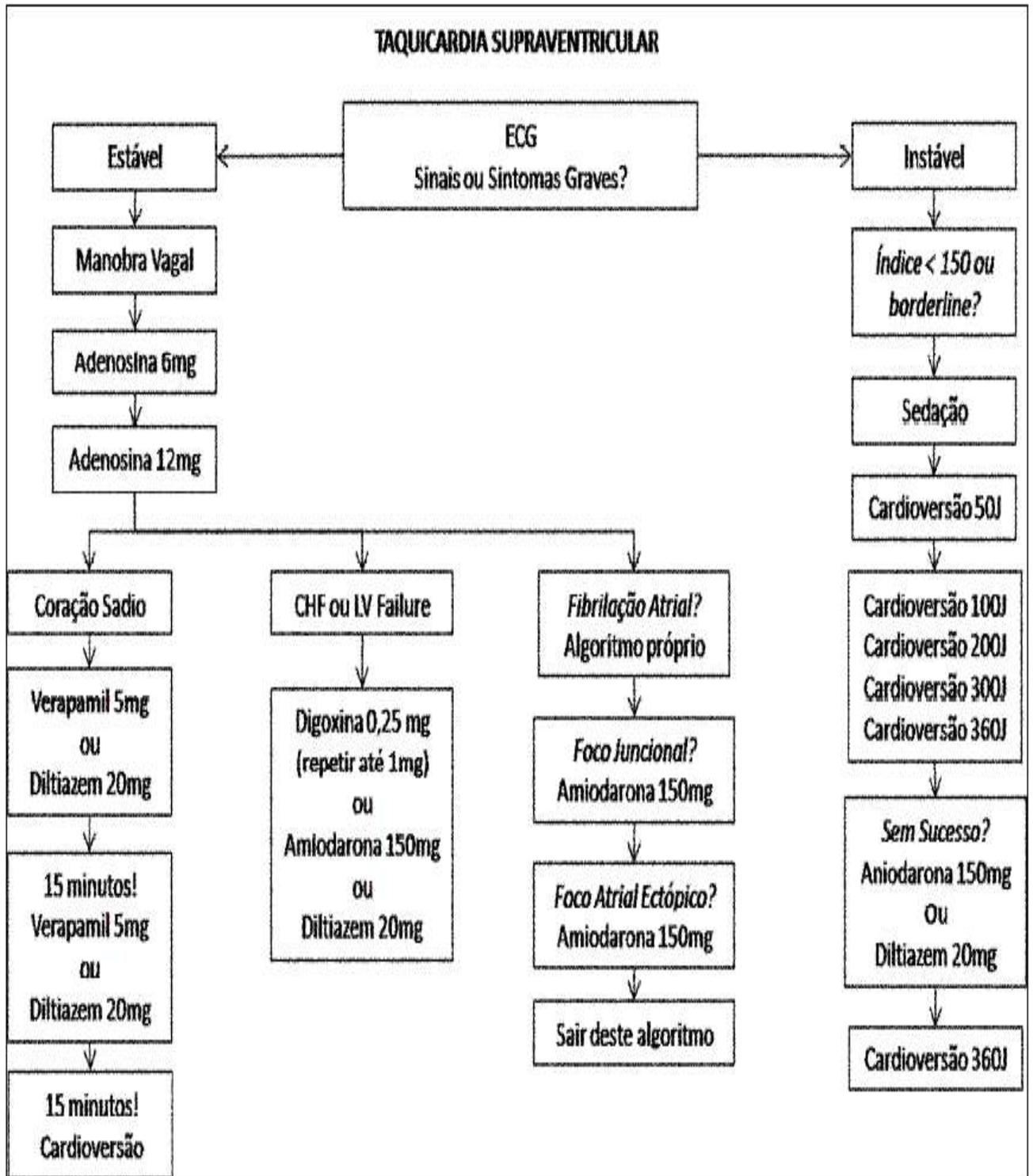
### TRATAMENTO

A abordagem terapêutica é muito semelhante à da FA, inclusive com relação às indicações de anticoagulação (vide protocolo de FA);

- ✓ A cardioversão elétrica, entretanto, é a terapia mais efetiva e preferível para o flutter atrial. O choque deve ser iniciado com baixas correntes (50J) obtendo-se boas taxas de reversão;
- ✓ Overdrive suppression deve ser considerado como primeira opção para todos os usuários com fios de marcapasso atrial epicárdicos após cirurgia cardíaca. Pacientes com eletrodo esofágico ou marcapasso transvenoso também podem

ser submetidos a tal procedimento caso tenham obtido insucesso durante a cardioversão elétrica:

Algoritmo para tratamento das taquicardias supraventriculares



## ❖ PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DA TAQUICARDIA VENTRICULAR SUSTENTADA

### INTRODUÇÃO

A morte súbita cardíaca se dá mais frequentemente em consequência de taquiarritmias ventriculares, chegando a quase 50% dos casos. Taquicardia ventricular sustentada é definida como taquiarritmia formada por complexos QRS de origem ventricular, numa frequência > 100 bpm e que dure mais de 30 segundos.

### APRESENTAÇÃO CLÍNICA

- A apresentação clínica pode variar e depende de alguns fatores: estado clínico do usuário, frequência cardíaca e presença de cardiopatia estrutural;
- Alguns usuários podem se apresentar sem sintomas;
- Outros podem se apresentar com queixas de palpitações taquicárdicas com ou sem sinais de baixo débito cardíaco, síncope e até morte súbita;
- É comum a associação de doença isquêmica do coração com taquicardia ventricular na maioria das vezes tem característica polimórfica com intervalo QT normal. Portanto, na presença de TV polimórfica desconfiar sempre de isquemia miocárdica, devendo-se investigá-la e tratá-la;

- Tem como característica eletrocardiográfica uma regularidade na frequência e na aparência morfológica. Entretanto, pode se apresentar como polimórfica (p.ex. "Torsades de pointes) e com alguns batimentos de captura e fusão.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A taquicardia ventricular deve ser diferenciada da taquicardia supraventricular com condução aberrante, bloqueio de ramo ou alterações morfológicas do QRS secundárias a alterações metabólicas (p.ex. hipercalemia) ou presença de marcapasso:

Critérios de brugada:

Análise por passos do ECG. Em caso de positividade de UM dos critérios, trata-se de taquicardia ventricular.

1. Ausência de complexos RS de V1 a V6?
2. Intervalo entre início do R e nadir do S  $> 100\text{ms}$  em 1 derivação precordial?
3. Existe dissociação atrioventricular em qualquer derivação do ECG? (mais complexos QRS que ondas P)
4. Critérios morfológicos concordantes nas derivações V1/V2 e V3?\*

\* Critérios morfológicos:

Tipo bloqueio de ramo esquerdo:

- V1/V2 -entalhe no ramo descendente da onda S?
- Início R ao nadir de S > 70ms?
- Duração de R > 30ms?
- V6-Padrão qR ou qS?
- Tipo bloqueio de ramo direito:
- V1/V2 -R puro/ monofásico?
- Padrão qR ou RS?
- V6 -Razão R/S < 1?
- qS ou qR?

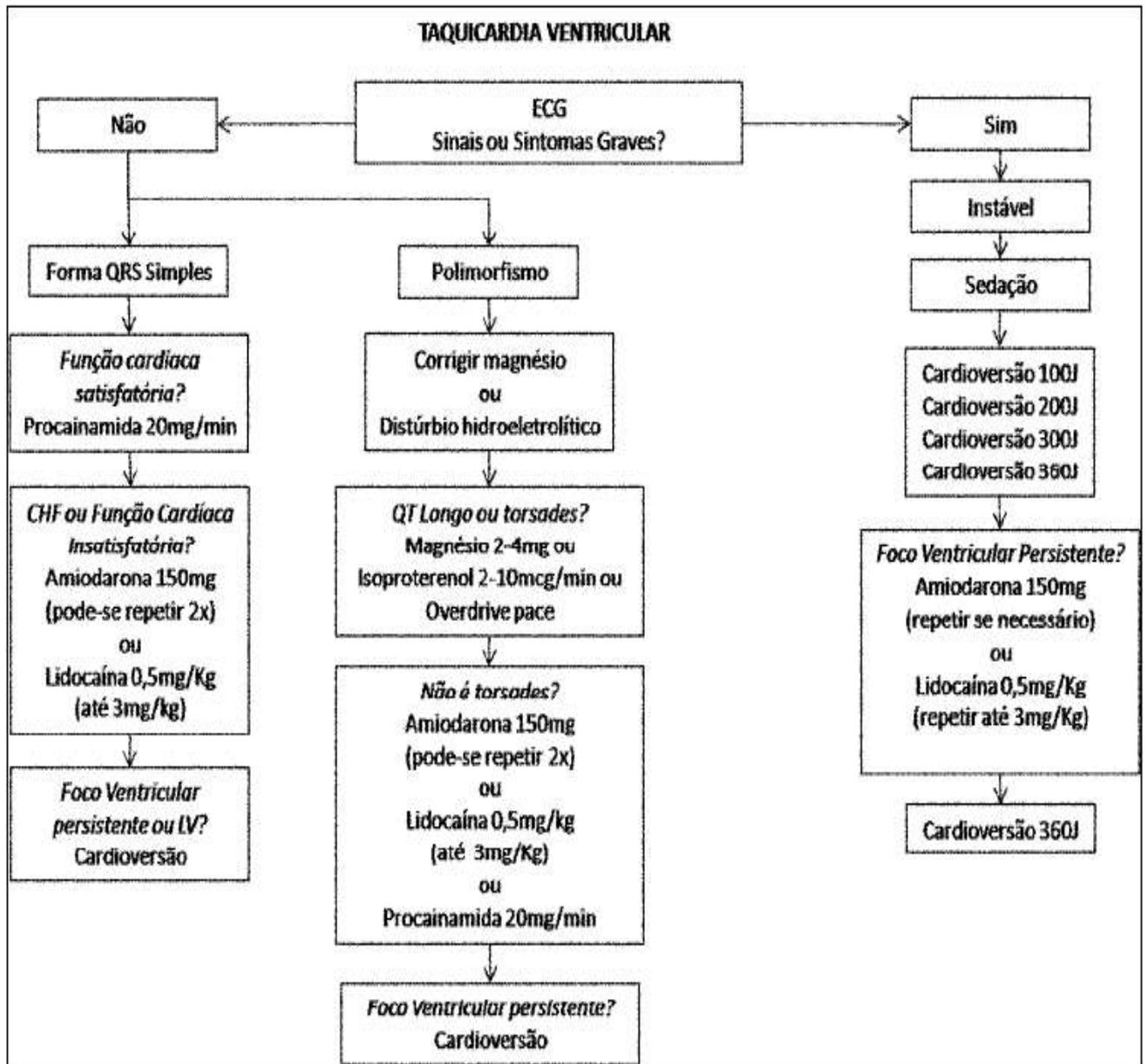
#### TRATAMENTO (SEGUIR ALGORITMO)

A) Paciente apresenta sinais de instabilidade hemodinâmica?

Proceder cardioversão elétrica imediata (seguir protocolo de abordagem geral das ritmias);

B) Paciente clinicamente estável -pode ser tentado inicialmente tratamento com medicamentos, de acordo com a função ventricular esquerda do usuário: Segue algoritmo:

ALGORITMO PARA TRATAMENTO DAS TAQUICARDIAS VENTRICULARES



❖ **PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE TORSADES DE POINTES**

INTRODUÇÃO

Corresponde a um tipo de taquicardia ventricular polimórfica associada a um intervalo QT longo;

Sua duração é tipicamente curta (menor que 20 segundos), mas pode se sustentar e rapidamente degenerar para fibrilação ventricular;

Em geral tem uma frequência ventricular irregular > 200bpm e tem uma aparência "ondulada" -os complexos QRS parecem girar sobre um eixo isoelétrico.

### ETIOLOGIA

O prolongamento do intervalo QT, causa do "Torsades de pointes" pode ser congênito (Síndrome do QT longo) ou adquirido;

As formas adquiridas são, na maioria das vezes, induzidas por drogas. Entretanto, tal arritmia pode ser causada por anormalidades eletrolíticas, hipotireoidismo, eventos cerebrovasculares (hemorragia subaracnóidea), IAM ou isquemia miocárdica, dietas para emagrecimento (jejum prolongado), intoxicação por organofosforados, miocardite, ICC grave e prolapso de valva mitral; as drogas mais comumente implicadas são os antiarrítmicos da classe IA. Os antiarrítmicos classes III (sotalol e amiodarona) também estão implicados; Outras drogas: antidepressivos tricíclicos, haloperidol, antibióticos como eritromicina e outros macrolídeos, anti-histamínicos (principalmente se associados aos macrolídeos), agentes pró-cinéticos como a cisaprida; Bradicardia pode desencadear "Torsades" em usuários com QT longo;

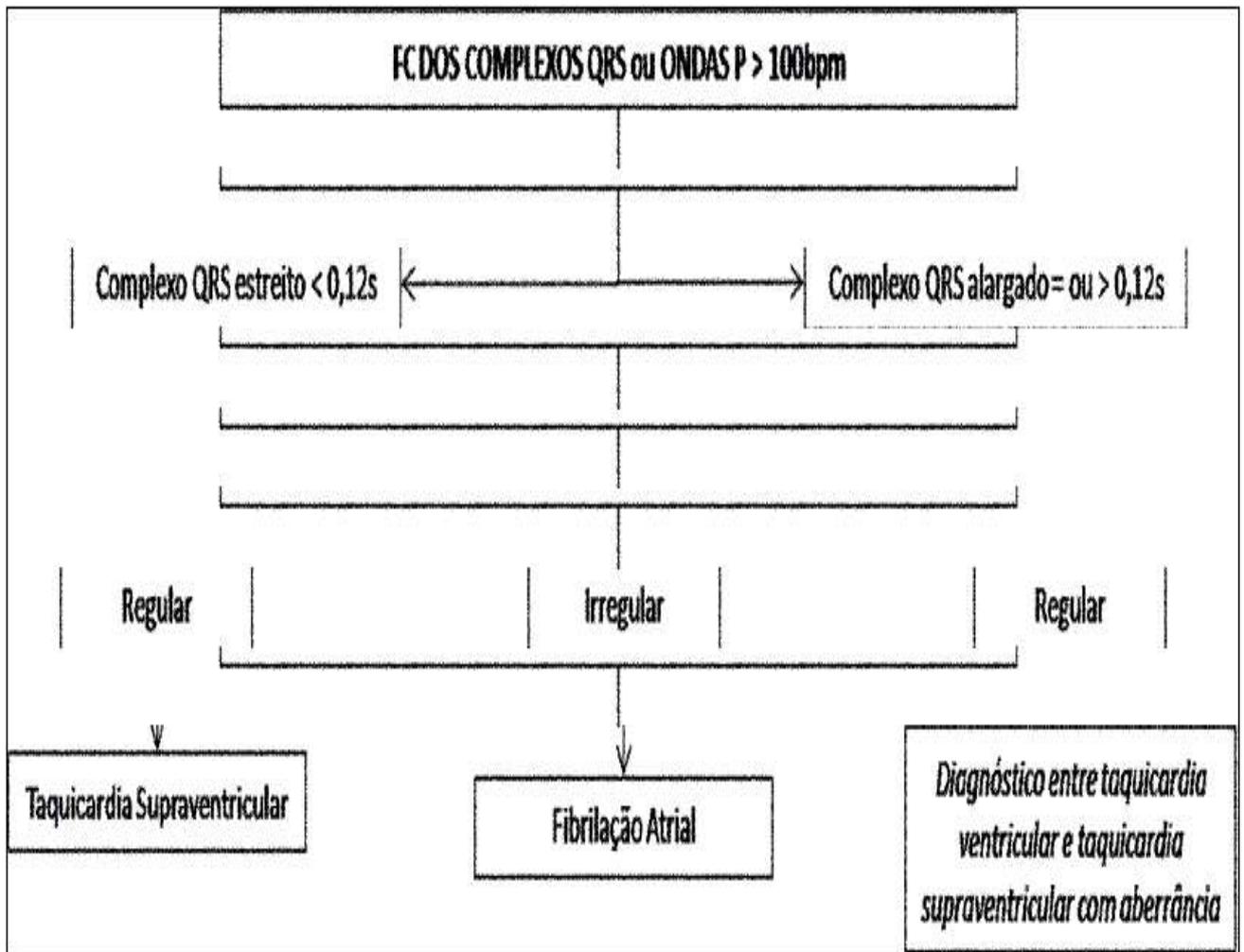
Distúrbios hidroeletrólíticos: hipocalcemia é o distúrbio mais associado; hipomagnesemia também está implicada e em geral a arritmia é terminada pela administração de sulfato de magnésio; hipocalcemia também está implicada.

### TRATAMENTO

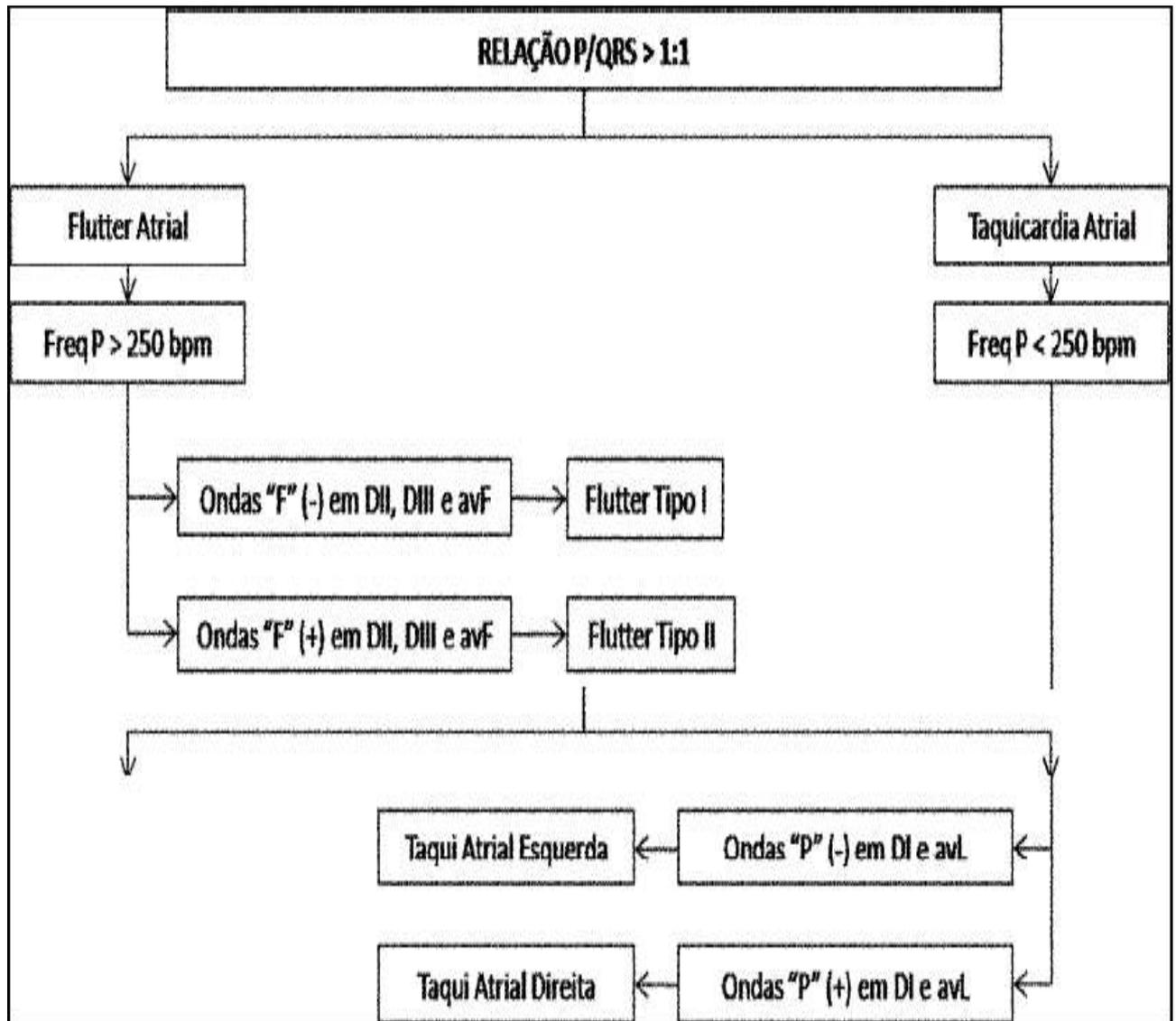
- A) Pacientes com arritmia sustentada ou associada com comprometimento hemodinâmico;
- realizar cardioversão elétrica imediata com voltagem inicial de 50 a 100J, progredindo até 360J se necessário;
- B) Suspensão de drogas predisponentes;
- C) Correção dos distúrbios hidroeletrólíticos (hipocalcemia, hipomagnesemia e hipocalcemia):Magnésio pode ser dado em bolus IV de 1 a 2g, com dose total de 2 a 4g administrados em um intervalo de 10 a 15 minutos;
- D) Correção de bradicardia:
- Passagem de marcapasso transvenoso + overdrive suppression (aumento gradual da frequência de estimulação ventricular até término da arritmia) ou
- F) Lidocaína -pode ser uma alternativa em alguns casos. Deve ser administrada IV nas doses habituais para o tratamento da TV sustentada.

## ALGORITMOS PARA TAQUIARRITMIAS

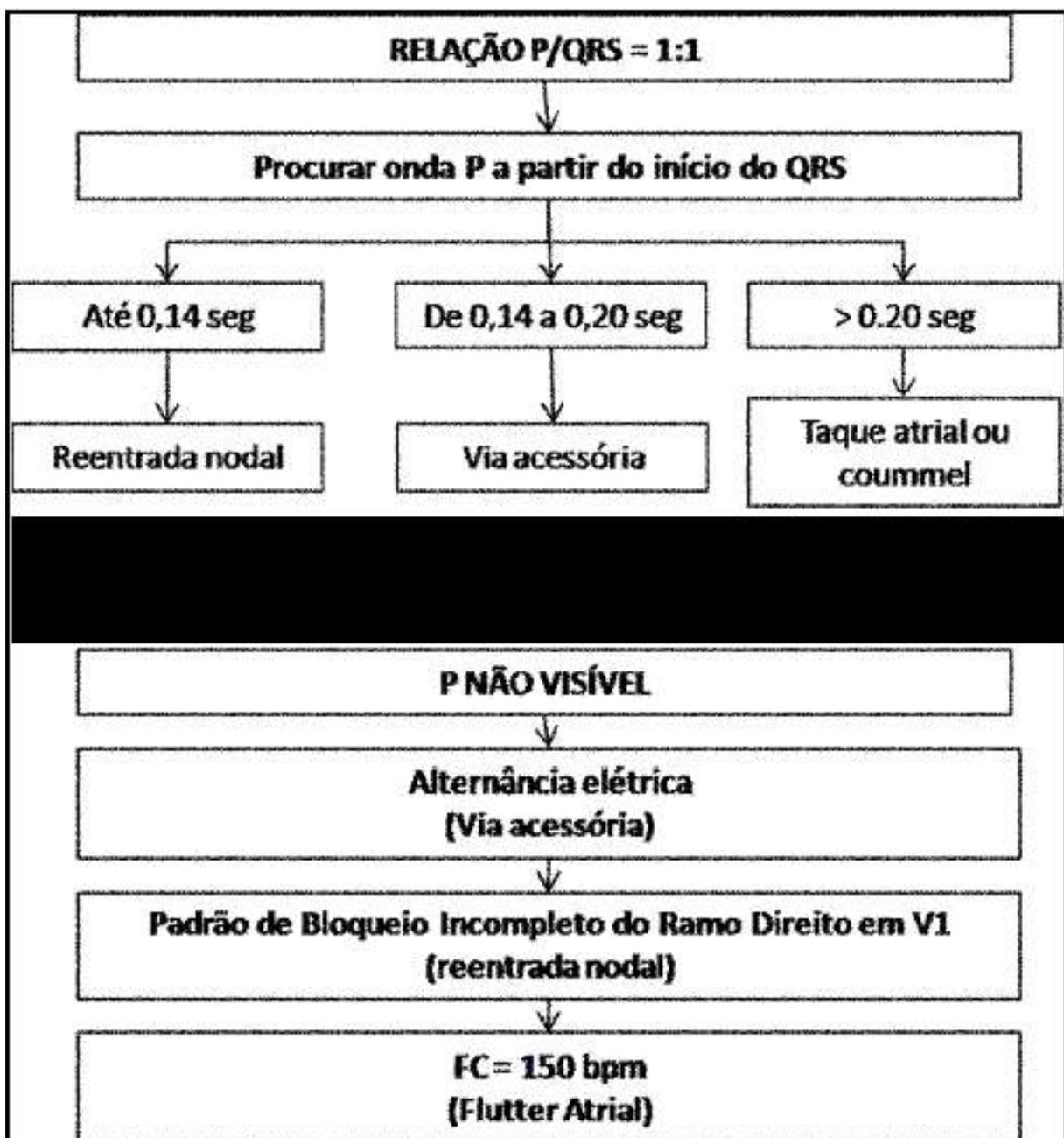
Algoritmo para o diagnóstico das taquiarritmias



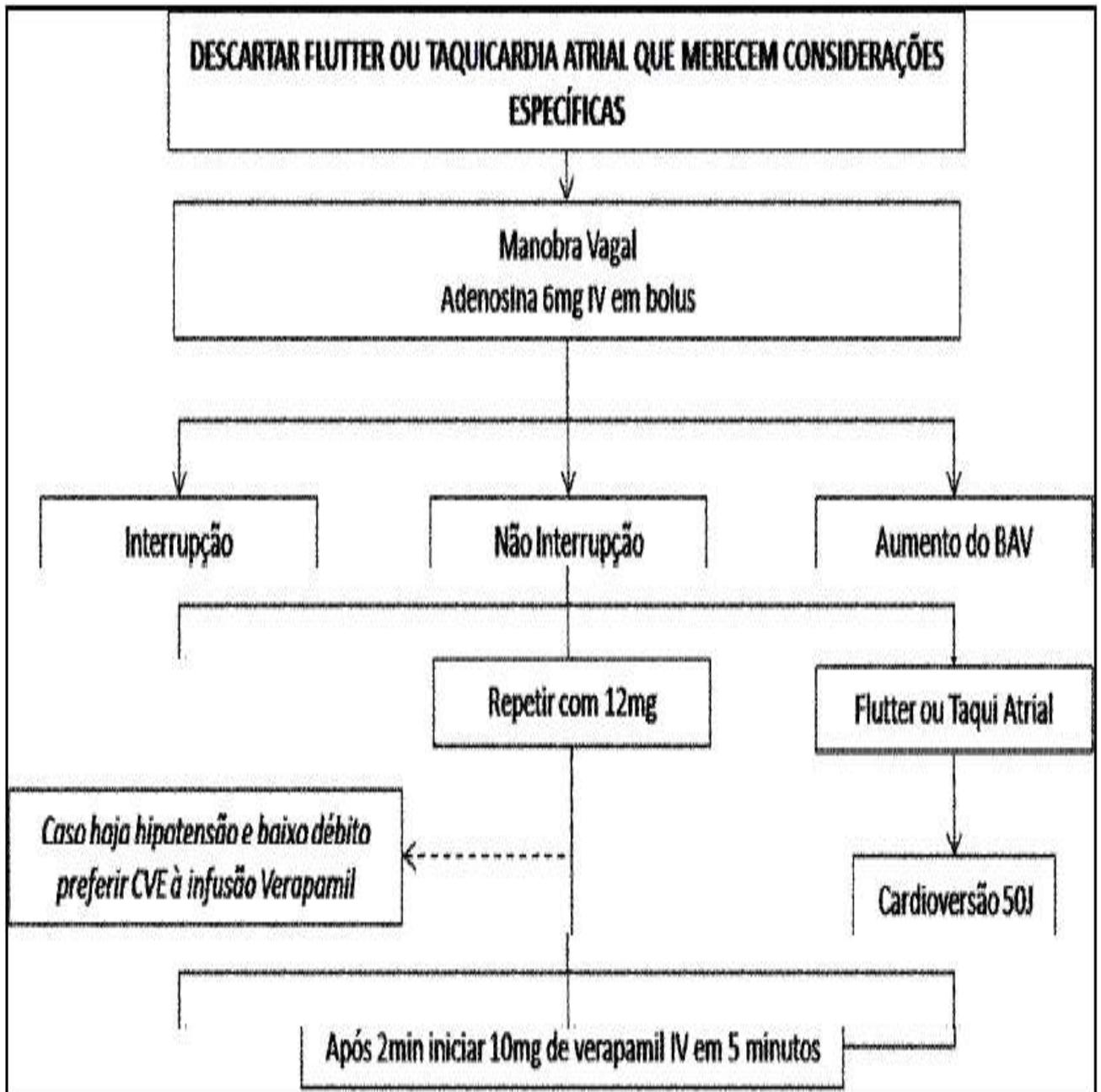
Algoritmo para o diagnóstico das taquiarritmias regulares com complexo QRS < 0,12 s



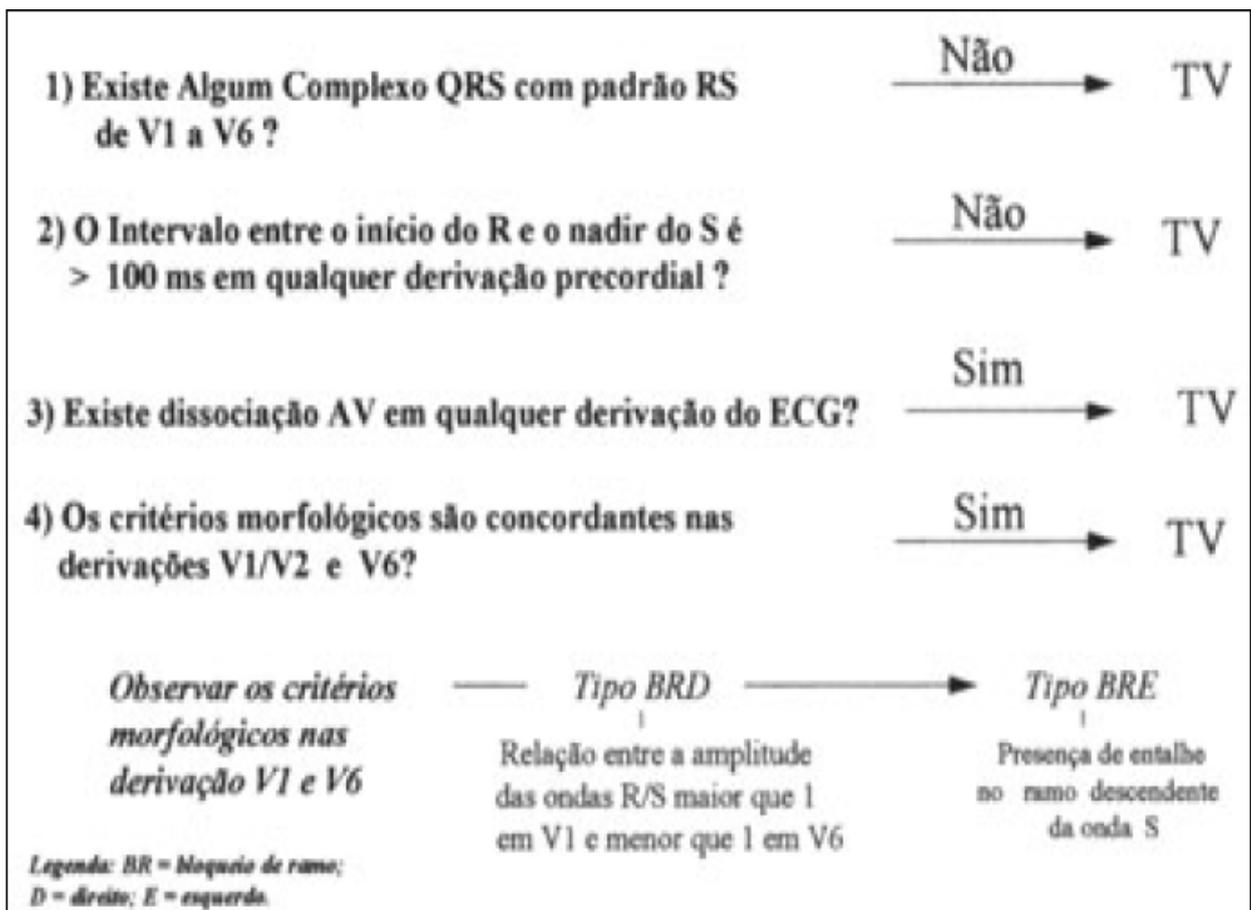
Algoritmo para o diagnóstico do mecanismo das taquiarritmias regulares com complexo QRS < 0,12 s.



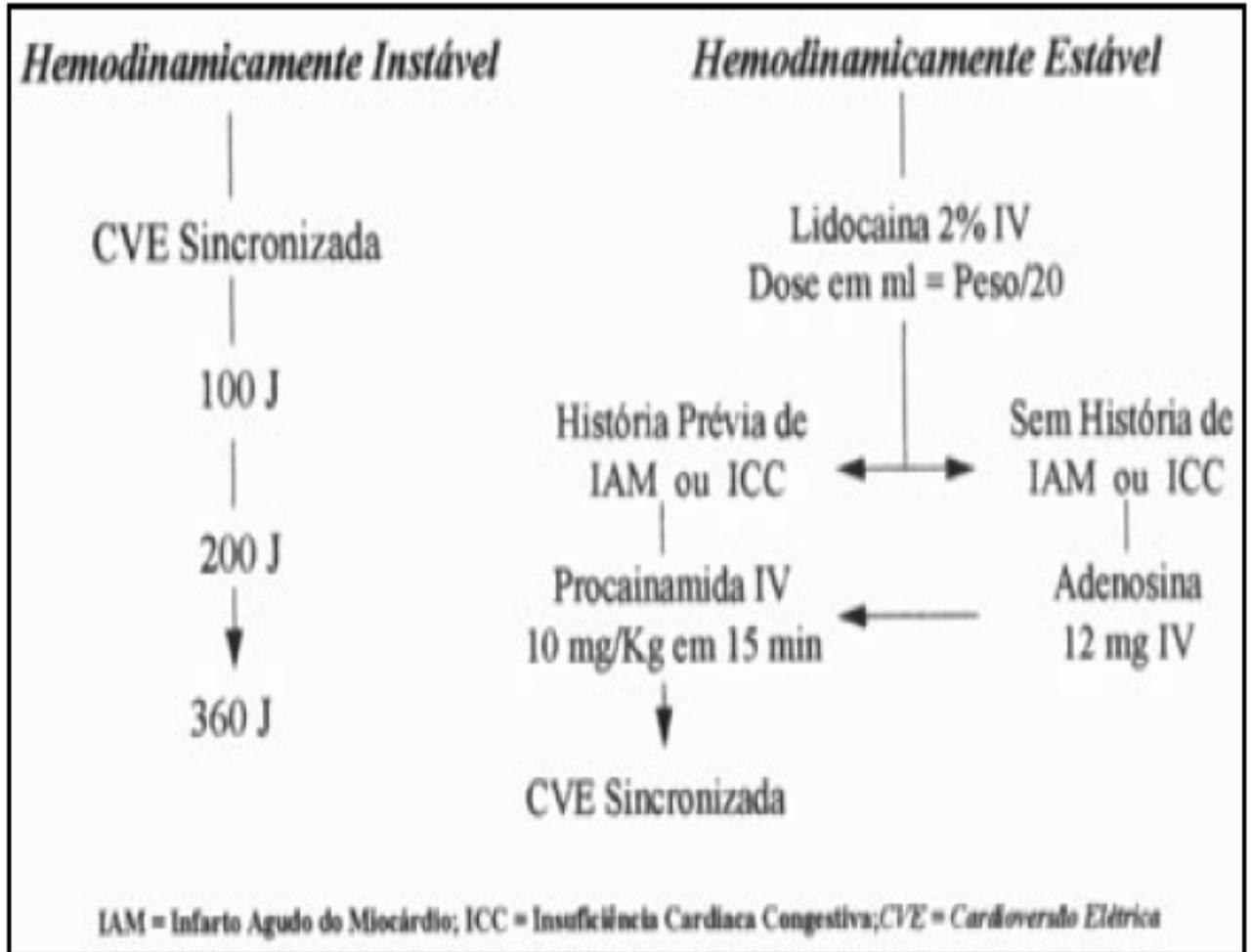
Algoritmo para o tratamento das taquicardias regulares com QRS < 0,12 s.



Algoritmo para o diagnóstico das taquicardias regulares com complexo QRS > 0,12 s



Algoritmo para o tratamento das taquicardias regulares com QRS > 0,12 s



❖ **PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DA ANGINA INSTÁVEL (AI) E INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO SEM SUPRADESNIVELAMENTO DE ST**

INTRODUÇÃO

- Principal causa de internação em unidades de emergência;

- Em geral resultam da rotura de placa aterosclerótica e uma sequência eventos que levam à redução do fluxo sanguíneo coronariano e consequente sofrimento miocárdico;
- Fazem parte de um espectro da mesma doença cuja diferenciação se faz evolutivamente, a partir da constatação de elevação sérica dos marcadores de necrose miocárdica.

#### ESTRATIFICAÇÃO CLÍNICA DE RISCO:

Os usuários que preenchem critérios diagnósticos de AI / IAMSSST devem ser estratificados com relação ao risco de morte e IAM não fatal, com finalidades prognóstica e terapêutica (estratégias diferentes nos diferentes grupos de risco).

#### ALTO RISCO (PRESENÇA DE PELO MENOS UM DOS SEGUINTE):

- Sintomas isquêmicos se agravando nas últimas 48h;
- Dor em repouso prolongada (>20 min) e contínua;
- Edema pulmonar associado à isquemia, sopro de insuficiência mitral agravado ou recente, terceira bulha, estertores, hipotensão, bradicardia ou taquicardia e/ou idade > 75 anos;

- Alterações dinâmicas do segmento ST no ECG ( $>0,05\text{mV}$ ), bloqueio de ramo esquerdo recente ou taquicardia ventricular sustentada;
- Elevação acentuada dos marcadores de necrose miocárdica
- Troponinas (TnT ou TnI  $> 0,1\text{ng/ml}$ ).

RISCO INTERMEDIÁRIO (QUALQUER UM, NA AUSÊNCIA DOS CRITÉRIOS PARA ALTO RISCO):

- IAM ou revascularização miocárdica prévios, doença cerebrovascular ou periférica e/ou uso prévio de AAS;
- Angina em repouso ( $>20\text{min}$ ), ausente na apresentação, com probabilidade alta ou moderada de doença coronariana. Angina em repouso ( $<20\text{min}$ ) ou aliviada com repouso ou nitrato SL;
- Idade  $> 70$  anos;
- Ondas T invertidas no ECG ( $>0,2\text{mV}$ ) e/ou ondas Q patológicas;
- Elevação discreta dos marcadores de necrose – troponinas
- Troponinas (TnT  $0,01-0,1\text{ng/ml}$ ).

BAIXO RISCO (QUALQUER UM DESTES, SEM ACHADOS DE RISCO ALTO OU INTERMEDIÁRIO):

- Angina de início recente, classe III ou IV (Canadian Cardiology Society), nas últimas duas semanas, sem dor prolongada (>20min) de repouso, mas com probabilidade moderada ou alta de doença coronariana;
- ECG normal ou inalterado;
- Marcadores de necrose miocárdica negativos.

#### ABORDAGEM TERAPÊUTICA

- 1) ANGINA INSTÁVEL RISCO INTERMEDIÁRIO OU ALTO E IAM SEM SUPRA DE ST:
  - A) Repouso no leito, sob monitorização contínua do ECG -detecção de isquemia e/ou arritmias;
  - B) Oxigênio sob a forma de catéter de O<sub>2</sub> 3l/min, na presença de hipoxemia, para manter SaO<sub>2</sub>>90%;
  - C) Nitrato
    - Inicialmente usar dlnitrato de isosorbida 5mg SL;
    - Introduzir Nitroglicerina EV na sequência titulando a dose com os efeitos desejados;
  - D) Sedação e analgesia

- Aos usuários com dor isquêmica, refratários à terapêutica. Utilizar sulfato de morfina IV, 1 a 5mg;
- Benzodiazepínicos de horário, caso não haja contra-indicação.

E) Betabloqueadores:

- Iniciar com betabloqueador EV( na ausência de contra-indicações)  
  
Utilizar metoprolol 5mg IV, sob infusão lenta (1 a 2 min), a cada 5 minutos, até completar dose máxima de 15mg ou efeitos desejados (frequência cardíaca 55 a 60bpm e/ou redução da PAS).
- Iniciar atenolol 25-50mg VO a cada 12 horas, 15 minutos após a última administração IV, ou propranolol 20mg VO a cada 8 horas, titulando a dose.

F) Antagonistas dos canais de cálcio

- (derivados não-dihidropiridínicos) devem ser administrados na presença de contra-indicações ao uso dos betabloqueadores e na ausência de disfunção grave de ventrículo esquerdo. Utilizar diltiazem 60mg VO três vezes ao dia ou verapamil 80 e 120mg VO 3x ao dia;

G) AAS 200mg VO imediatamente e continuar indefinidamente em dose diária. Em caso de hipersensibilidade ao AAS ou intolerância gastrointestinal maior, utilizar clopidogrel, na dose de 75mg VO, diariamente (atenção: em caso de cirurgia de revascularização miocárdica programada, suspender o uso do clopidogrel 5 a 7 dias antes);

H) Iniciar anticoagulação com heparina de baixo peso molecular SC (ex: enoxaparina 1mg/kg a cada 12h) ou heparina não fracionada -bolus IV de 5000UI, seguido de 1000UI/h sob infusão contínua com o objetivo de manter valores de TTPA entre 1,5 a 2 vezes o controle laboratorial (50 a 70s);

I) Inibidores da GP IIb/IIIa:

Estão indicados na ausência de contra-indicações e nos usuários de alto risco. O tirofiban deve ser administrado IV na dose de 0,4mg/kg/min por 30 minutos, seguida de infusão contínua de 0,1mg/kg/min por 48h a 96h:

- Concomitante ao uso dos inibidores da GPIIb/IIIa, preferir a heparina não fracionada;
- O abciximab só deverá ser utilizado como pré-tratamento para intervenção coronariana percutânea ou quando iniciado na sala da hemodinâmica;

J) Indicações de cateterismo de emergência: isquemia persistente e/ou instabilidade hemodinâmica.

- A estratégia invasiva precoce (cateterismo nas primeiras 24 a 48h) deve ser considerada nos usuários com qualquer um dos indicadores de alto risco: isquemia recorrente, marcadores de necrose elevados, instabilidade clínica, taquicardia ventricular sustentada, revascularização miocárdica prévia ou angioplastia percutânea nos últimos 6 meses.

## 2) ANGINA INSTÁVEL RISCO BAIXO:

- Investigação através de testes não-invasivos desencadeadores de isquemia -não necessitam de Terapia Intensiva.

## ❖ PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DO CHOQUE CARDIOGÊNICO

### INTRODUÇÃO

- Corresponde a uma das mais graves complicações do IAM, com uma incidência aproximada de 6 a 7%;

A síndrome do choque cardiogênico é definida como incapacidade do coração em manter fluxo sanguíneo adequado aos tecidos, resultando em deficiência metabólica, mesmo em repouso, com conseqüente hipóxia tissular na presença de adequado volume intravascular;

- Hemodinamicamente traduz-se por alguns parâmetros:

- 1) Pressão arterial sistólica baixa (<90mmHg ou valor 30mmHg abaixo do valor basal por um período mínimo de 30 minutos);
- 2) Diferença arteriovenosa de oxigênio elevada (>6ml/dl);
- 3) Queda do índice cardíaco (<2,2 l/min/m<sup>2</sup>).

### EXAMES

- Solicitar além da rotina laboratorial, a dosagem de lactato arterial e gasometria venosa central diariamente;
- ECG diário;
- Ecocardiograma deve ser solicitado nas primeiras 24h do choque.

### TRATAMENTO

#### Abordagem terapêutica inicial

- Monitorizar o ritmo cardíaco, oximetria de pulso, obter acesso venoso (na emergência dar preferência a um acesso periférico, devendo ser trocado por um acesso central assim que a compensação inicial seja alcançada).
- Administrar O<sub>2</sub>: manter SO<sub>2</sub> > 90%.
- Atentar para necessidade de intubação traqueal e necessidade de ventilação mecânica.

- Monitorização hemodinâmica com cateter de Swan-Ganz, se possível.

#### Ausência de congestão pulmonar clínica

- Considerar a administração de volume - utilizar solução salina isotônica, com quantidade e velocidade de infusão de acordo com os parâmetros clínicos (ausculta pulmonar, saturação de oxigênio no sangue periférico). Avaliar as alterações no débito cardíaco no caso de monitorização hemodinâmica.

#### Presença de sinais e sintomas de choque

- PAS < 70mmHg: Iniciar Noradrenalina em infusão IV contínua, titulando a dose, de acordo com resposta clínica.
- PAS > 70 mmHg e < 90mmHg:
- Dobutamina – IV contínua na dose de 5 a 20 µg/kg/min.
- Ausência de sinais e sintomas de choque PAS > 90mmHg:
  - Iniciar com Dobutamina na dose de 5 a 20 µg/kg/min.

#### Presença de congestão pulmonar clínica:

- PAS < 70mmHg - Iniciar Noradrenalina IV, contínua, titulando a dose, de acordo com resposta clínica;
- PAS > 70 e < 90mmHg - Dobutamina – IV contínua na dose de 5 a 20 µg/kg/min.

- PAS > 90mmHg - Iniciar Dobutamina IV, contínua, na dose de 5 a 20 µg/kg/min

Após estabilização da pressão arterial

- Avaliar início do tratamento para disfunção ventricular esquerda;
- Guiar o tratamento baseado nas medidas do cateter de Swan-Ganz, avaliando principalmente as variáveis respiratórias;
- Discutir a possibilidade de uso de Levosinmendan.

#### ❖ **PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM) COM SUPRADESNIVELAMENTO DE ST**

O IAM é a principal causa de mortes no mundo Ocidental apesar dos avanços em seu tratamento (Unidades Coronarianas e trombólise). Atualmente apresenta taxa de mortalidade em torno de 8 a 10%;

- É importante o rápido reconhecimento clínico desta entidade, com os seguintes objetivos:
  - 1) Reduzir a necrose miocárdica;

- 2) Prevenir eventos cardíacos maiores (morte, IAM não fatal e necessidade de revascularizações miocárdicas de urgência);
- 3) Tratamento adequado da fibrilação ventricular - principal responsável pela mortalidade nas primeiras horas do IAM.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Pericardite (a dor se modifica com a postura, ECG com alterações difusas da repolarização ventricular);
- Miocardite (início mais insidioso e geralmente associada a uma síndrome viral);
- Dissecção aguda de aorta (dor muito intensa com irradiação para o dorso, assimetria de pulsos periféricos. Atenção: extensão proximal da dissecção no óstio da coronária pode levar a IAM concomitante, particularmente de parede inferior);
- Tromboembolismo pulmonar (dispnéia súbita associada à dor torácica, sem evidência de congestão pulmonar);
- Doenças do trato gastrointestinal (úlcera perforada, p.ex.).

### EXAMES COMPLEMENTARES

#### **ECG (critérios diagnósticos)**

- Supradesnivelamento do segmento ST > 1mm em duas ou mais derivações que explorem a mesma parede com infradesnivelamento do ST em parede contralateral;
- Bloqueio de ramo esquerdo novo ou presumivelmente novo;

Marcadores bioquímicos de Necrose Miocárdica (CK-MB ou troponina):

Obs: Não se justifica as dosagens de TGO e DHL

- Colher na internação e após de 6/6 horas nas primeiras 48h e diariamente até a alta da UTI.
- Curva característica de elevação e descenso caracterizam o IAM;

RX de tórax:

- Diagnóstico diferencial (p.ex. alargamento de mediastino).

#### **Ecocardiograma:**

- Deverá ser realizado, preferencialmente, nas primeiras 24-48h do IAM;
- Na fase aguda poderá auxiliar no diagnóstico em casos duvidosos (p.ex. BRE de início indeterminado, para avaliar alteração de contração segmentar).

#### **Outros exames:**

- Bioquímica completa (função renal) e hemograma.

## TRATAMENTO

- Tratamento geral imediato:
  - A) História clínica dirigida incluindo possíveis contraindicações para trombólise, sinais vitais e exame físico;
  - B) Repouso absoluto, monitorização cardíaca, acesso venoso periférico calibroso;
  - C) ECG de 12 derivações:
    - ECG seriados serão necessários: após término da trombólise, mudança nos sintomas ou arritmias detectadas na monitorização;
    - IAM inferior: realizar derivações direitas (V3R e V4R) para afastar IAM de VD e derivações dorsais (V7 e V8);
  - D) Oxigênio: administrar a todos os usuários -catéter nasal a 3l/min nas primeiras 6h. Continuar o uso em caso de hipoxemia ( $SaO_2 < 90\%$ );
  - E) AAS -200 a 300mg macerados VO ;
  - F) Nitrato -Dinitrato de isosorbida SL(5mg) ou nitroglicerina spray (0,4mg) Seguir com uso de nitroglicerina EV, salvo contra-indicações (IAM de VD com hipotensão);
  - G) Morfina -1 a 3mg IV para alívio da dor e conseqüente diminuição.

Atenção aos efeitos colaterais (hipotensão e rebaixamento do nível de consciência);

Reperusão indicada?

- Duração dos sintomas > 20min e < 12horas
- Critérios diagnósticos do ECG preenchidos;
- Ausência de contraindicações;
- Impossibilidade de realização de Angioplastia primária em 90 minutos.

H) Trombólise:

- Administrar estreptoquinase 1500000 UI, diluída em 100ml de SF0.9%, IV, em 1 hora. Em caso de hipotensão, diminuir a velocidade de infusão, adotar posição de Trendelenburg, infundir SF0.9% 500ml EV(cuidado se congestão presente) e considerar drogas vasoativas.

Indicação de cateterismo de emergência?

- Contraindicação ao uso de trombolíticos?
- Instabilidade hemodinâmica ou elétrica;
- Dissecção de Ao + IAM;
- Falência da terapia trombolítica (resgate).

Critérios de reperusão após trombólise:

- Redução do supra de ST >50% em relação ao ECG de entrada até 60 minutos após término da trombólise;
- Melhora total da dor após início da trombólise;
- Pico de CKMB precoce (até 12h da primeira medida -início da infusão do trombolítico);
- Arritmias de reperfusão (ritmo idioventricular acelerado, bradiarritmias com FC<55bpm e aparecimento de BAV na ausência de beta-bloqueadores).

#### TRATAMENTO ADJUVANTE:

##### **A) Heparina**

- manter o uso de HBPM ou Heparina não fracionada para todos os usuários, salvo a presença de contra-indicações:
- Liquevine: 5000U 8/8h ou Enoxaparina: 40mg 1x/d. Dar preferência pelo liquemine por questões de custo;
- Nos casos de infarto anterior extenso e presença de angina pós –IAM, DEVEMOS INICIAR HEPARINIZAÇÃO PLENA;
- Iniciar com heparina EV contínua com controle do TTPa 3x/dia, mantendo sua relação entre 1,5-2,5x o valor normal;
- Diluição da heparina: heparina 25000unidades + SF0,9% 245ml ( solução: 1ml: 100 unidades);

- iniciar com 1000 unidades / hora – titular de acordo com o TTPa.

## **B) Beta-bloqueadores**

- manter FC entre 55 e 60bpm. Infusão de metoprolol IV 5mg a cada 5 minutos (dose máxima de 15mg);
- Em seguida qualquer dos beta-bloqueadores orais disponíveis pode ser utilizado, no sentido de manter a frequência cardíaca do usuário < ou = a 60 bpm;
- Iniciar com Atenolol 50mg VO 12/12h ou Propranolol 20mg VO 8/8h, aumentar a dose conforme necessidade.

## **C) Antagonistas dos canais de Cálcio**

- Utilizar Diltiazem nos usuários com contra-indicação ao uso dos beta-bloqueadores, desde que não exista disfunção ventricular esquerda;
- Iniciar com Diltiazem 30mg VO 8/8h.

## **D) Inibidores da ECA**

- Iniciar de rotina em todos os usuários;
- Iniciar com Captopril 25mg VO 12/12h ou Enalapril 10mg VO 1x/dia;

**E) Proteção da mucosa gástrica**

- Usar ranitidina 50mg EV 12/12h;
- Iniciar ranitidina 300mg VO à noite, assim que possível.

**G) Medidas de suporte clínico.**

❖ **PROTOCOLO PARA O USO DO MARCAPASSO TRANSCUTÂNEO  
TEMPORÁRIO E MARCA PASSO TRANSVENOSO**

MARCAPASSO TRANSCUTÂNEO

**Indicações**

- Bradicardias com prejuízo hemodinâmico sem resposta à abordagem farmacológica;
- BAV 2º grau MOBILZ II;
- BAVT.

**Materiais**

- Eletrodos nas pás;
- Gerador de pulso;
- Conectores das derivações;
- Sedativos e Analgésicos;

- Suplementação de oxigênio;
- Oximetria de pulso;
- Monitor de ECG;
- Acesso Venoso;
- Material de Reanimação.

### **Técnica**

- Reconhecer o ritmo cardíaco e avaliar a gravidade
- Preparar e informar o usuário
- Acesso venoso
- Administrar oxigênio
- Instalar os monitores de ECG e Oximetria
- Instalar os eletrodos:
  - anterior - à esquerda, próximo ao ictus cordis;
  - posterior-atrás do anterior à esquerda da coluna torácica;
- Conectar os eletrodos ao gerador de pulso;
- Ajustar a frequência para 60 a 100 batimentos por minuto;
- Ajustar a potência entre 20 a 200 joules;
- Aferir a eficácia através da palpação do pulso ou da medida da pressão arterial;
- Sedação e Analgesia;

- Providenciar a instalação de marca-passo transvenoso;

### **Complicações**

- Contração muscular esquelética dolorosa

### MARCA PASSO TRANSVENOSO:

### **Indicações**

1- Bradiarritmias com prejuízo hemodinâmico

- Bradicardia Sinusal
- Bloqueio Átrio-Ventricular(BAV) do 1º grau
- BAV do 2º grau
- BAV Total

2- Bradiarritmias sem prejuízo hemodinâmico

- BAV do 2º grau tipo II
- BAV Total

### **Técnica**

- Informe o usuário;

- Aplique oxigênio, monitorize a oximetria e o ECG;
- Lavagem cuidadosa das mãos;
- Paramentação Cirúrgica: gorro e máscara. Avental e luvas estéreis.
- Limpeza da pele da região da punção;
- Assepsia com álcool iodado ou PVPI;
- Infiltração do sítio da punção com lidocaína a 2%;
- Punção da Veia -jugular interna ou subclávia;
- Introdução do guia metálico flexível em J;
- Retirada cuidadosa da agulha de punção, conservando o guia;
- Pequena incisão, com bisturi, na pele junto ao sítio de entrada do guia;
- Colocação do introdutor, através do guia, no local da incisão;
- Retirada cuidadosa do guia, conservando o introdutor;
- Colocação do eletrodo através do introdutor;
- Monitorização do ECG através do eletrodo até se obter a morfologia de bloqueio completo do ramo esquerdo fixar o eletrodo;
- Aferir a localização do eletrodo através do Rx de Tórax;
- Quando o eletrodo está bem posicionado, a geração de corrente com baixa amperagem é suficiente para estimular o miocárdio.

## ❖ PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DA HIPERGLICEMIA

### 1) PACIENTES INSTÁVEIS – EM USO DE DROGAS VASOATIVAS EM QUALQUER DOSE. INICIAR BOMBA DE INSULINA EM INFUSÃO CONTÍNUA

Diluição: Insulina R 100 UI / Soro Fisiológico 0,9% 100 ml

a) >220 mg/dl - iniciar 4UI/h;

b) 150-220 mg/dl - iniciar 2UI/h.

- fazer dxt 1/1h até estabilização da glicemia capilar nos níveis desejados: entre 60 – 150 mg/dl
- Após estabilização dos níveis glicêmicos: fazer dxt 2/2h.
- Seguir o seguinte esquema quando estiver com a bomba de insulina.
  - >180 mg/dl - aumentar 2 UI;
  - 150-180 mg/dl - aumentar 1UI;
  - 150-120 mg/dl - manter dose;
  - 120-80 mg/dl - reduzir 2 UI;
  - queda >50% em relação ao dextro anterior - reduzir dose em 50%;
  - 60-80 mg/dl – suspender bomba de insulina;
  - < 60 mg/dl - suspender insulina + 20ml G50%, repetir o dextro em 1 hora.

2) PACIENTES ESTÁVEIS – SEM USO DE DROGAS VASOATIVAS: REALIZAR DXT 4/4H – AVISAR SE DEXTRO < 60 MG/DL OU SEGUIR O PROTOCOLO SE > 150 MG/DL SE >150;

**a) 150-200 mg/dl: 0,1UI/kg sc repetir dxt em 2h**

- se mantiver o mesmo valor repetir a dose e repetir o dxt em 2h
- se mantiver o mesmo valor – iniciar bomba de infusão. Conforme protocolo 1

**b) 200-250 mg/dl: 0,15 UI/kg sc repetir dxt em 2h**

- se mantiver o mesmo valor - iniciar bomba de infusão;
- se 150-200 mg/dl : 0,1UI/kg sc repetir dxt em 2h;
- se mantiver o mesmo valor repetir a dose e repetir o dxt em 2h;
- se mantiver o mesmo valor – iniciar bomba de infusão. Conforme protocolo 1.

**c) >250 mg/dl : 0,20 UI/kg sc repetir dxt em 2h**

- se mantiver o mesmo valor -iniciar bomba de infusão;
- e 200-250 mg/dl : 0,15UI/kg sc repetir dxt em 2h;
- se mantiver o mesmo valor repetir a dose e repetir o dxt em 2h,se mantiver o mesmo valor – iniciar bomba de infusão. Conforme protocolo 1;

- se 150-200 mg/dl : 0,1UI/kg sc repetir dxt em 2h, se mantiver o mesmo valor repetir a dose e repetir o dxt em 2h, se mantiver o mesmo valor – iniciar bomba de infusão. Conforme protocolo 1.

**Obs:** Nos casos em que o usuário já esteja recebendo insulina NPH, só devemos ligar a bomba de insulina, caso o usuário venha instabilizar, caso contrário devemos usar insulina R sc conforme o dextro e ajustar a dose de insulina NPH.

#### ❖ **PROTÓCOLO PARA USO DE CORTICÓIDE NO CHOQUE SÉPTICO**

*PACIENTES INSTÁVEIS, EM USO DE QUALQUER DROGA VASOATIVA COM INTUITO DE AUMENTAR A PRESSÃO ARTERIAL.*

- Introduzir: Esquema padrão
  - Hidrocortisona 50mg EV 8/8h manter dose por 5 dias;
  - Hidrocortisona 50mg EV 12/12h manter dose por 3 dias;
  - Hidrocortisona 50mg EV 24/24h manter dose por 3 dias;
  - Suspender após.

**ATENÇÃO:**

- A dose do corticóide só deve ser reduzida se o usuário estiver sem drogas vasoativas;
- Caso o usuário apresente novo choque devemos retornar com a dose máxima.

## ❖ PROTOCOLO DE GASTROENTEROLOGIA

### OBJETIVOS DA TERAPIA NUTRICIONAL:

Sustentar de maneira adequada o processo metabólico desencadeado pela injúria aguda, tentando prover substratos energéticos e proteicos em quantidade e qualidade adequadas, sem criar ou acentuar os distúrbios metabólicos típicos dessa resposta.

Necessidades energéticas: -21 a 30 kcal/kg/dia

- quanto mais grave, mais próximo a 21kcal/kg/dia. Quando usuário inicia a recuperação, paralela e progressivamente aumentamos as kcal diárias até 35kcal/kg/d.

Necessidades proteicas: -1 a 1,5 g/kg/dia

- kcal não prot: g N\* = 80 a 100:1

- quanto mais grave, mais próximo a 1,5 g/kg/d e mais próximo a 80:1
- A presença de IRA ou IRC agudizada não muda esta indicação.

\* Como calcular:

-g Ni = g proteínas ofertadas / 6,25

- kcal não proteicas = kcal total – kcal na forma de proteínas

-1g proteínas = 4kcal.

Vias de administração: Sempre a prioridade será a via enteral. A via parenteral deverá ser utilizada somente quando houver contraindicação para a via enteral, ou houver intolerância à Nutrição Enteral (diarréia, gastroparesia, distensão).

Quando iniciar Terapia Nutricional (NP ou NE): O mais precoce possível, assim que os parâmetros hemodinâmicos estiverem adequados, dentro dos limites definidos como ideais pela literatura (PAM > 70, sem evidências de hipoperfusão tecidual), sem distúrbios ácido-base e eletrolíticos importantes.

Controles e monitorização:

	Diariamente	Semanalmente
Volume recebido	X	

(calorias e proteínas)		
Evacuações	X	
Vômitos, resíduo gástrico	X	
Glicemia	X	
Intercorrências, jejum para exames	X	
Sódio, potássio, cálcio	X	
Magnésio, fósforo		X
Triglicérides		X
Albumina *		
Balanço nitrogenado**		

\* Conforme rotina do serviço

Deverá ser realizado somente nos usuários em recuperação, sem evidência de inflamação ativa, para que tenha real valor enquanto parâmetro para o ajuste do aporte calórico-proteico. Do contrário, só será marcador de gravidade da resposta metabólica.

#### NUTRIÇÃO ENTERAL:

A fórmula de Nutrição Enteral atualmente padronizada:

	Kcal/ml	% proteínas
Hiperdiet STD	1,0	16%

Sistema de Infusão padronizado:

- Sistema fechado, em infusão contínua.

Horários de administração:

- Os horários padronizados pela SND para infusão das dietas são:

O horário de infusão será nas 24h, logo o volume infundido deverá ser dividido neste período.

#### CONTROLE DO RESÍDUO GÁSTRICO:

- Indicado para todos os usuários críticos em Nutrição Enteral;
- Objetivo: identificar resíduos gástricos elevados, que possam predispor à broncoaspiração.
- Antes de iniciar a infusão de cada dieta, aspirar conteúdo gástrico:
  - se resíduo < 200ml, reinfundir o volume aspirado e administrar a dieta conforme rotina do serviço;
  - se resíduo > 200ml, suspender o horário da dieta e manter a sonda fechada. Rever em duas horas, se o resíduo diminuir introduzir a dieta, se não repetir o procedimento.
- somente manter sonda aberta se resíduo gástrico > 500ml, se houver distensão abdominal;

Manter cabeceira elevada entre 30 e 45° sempre.

#### DIARREIA:

Definição: > 3 episódios de evacuações líquidas ou semilíquidas volumosas ao dia.

#### **Condutas:**

1. Discutir fórmula em uso com a equipe de suporte nutricional;
2. Diminuir temporariamente o aporte programado em 25 a 50%;

3. Colher exames das fezes (protoparasitológico, a fresco de fezes, coprocultura) se a diarreia persistir além de 24h apesar das medidas instituídas;
4. Considerar uso de fibras solúveis, 20g ao dia.
5. Avalie abdome à procura de outros sinais de intolerância: distensão abdominal, sinais de irritação peritoneal, resíduo gástrico elevado.

Observação: diante de 1 (UMA) evacuação líquida, mesmo que em grande quantidade, não suspender a dieta; solicitar a infusão mais lenta dos volumes, preferencialmente em bomba de infusão. Avaliar a hemodinâmica (primeiro sítio a sofrer diminuição da perfusão nos períodos iniciais de choque é o mesentérico) e o abdome do usuário (distensão, resíduo gástrico elevado, irritação peritoneal).

ORIENTAÇÕES GERAIS:

1. Iniciar com a fórmula, com um volume de 100ml, conforme esquema abaixo:

Dia 1	Dia 2	Dia 3	Dia 3 – D...
20ml/h	40ml/h	60ml/h	60ml/h

2. Indicações de dieta oligomérica: tempo prolongado de jejum, distúrbio absorção, fistula bilio-pancreática, pancreatite aguda, intolerância à dieta polimérica.
3. Sempre discutir a conduta do dia com rotina da unidade. Para que os objetivos nutricionais sejam cumpridos, é imprescindível a participação de todos os profissionais envolvidos.
4. A sonda preferencialmente deve ser a de “Dubohoff”, e não a de Levine (“nasogástrica”).
5. Considere que toda sonda está em posição gástrica, exigindo os cuidados necessários para evitar regurgitação e broncoaspiração: manter sempre cabeceira elevada, verificar resíduo gástrico rotineiramente, evitar manobras de fisioterapia durante e logo após a infusão da dieta.
6. Atenção à fixação da sonda: evite ocorrência de necrose de asa do nariz, fixando a sonda sem estrangulá-la.
7. Pacientes em Insuficiência Renal Aguda ou Crônica Agudizada não são candidatos à restrição proteica oferecidas pelas fórmulas desenhadas para “insuficiência renal crônica”, que visam os usuários crônicos, não hiper metabólicos.
8. Pacientes com hepatopatia crônica só devem ser submetidos à restrição proteica se estiverem em encefalopatia.

9. Pacientes instáveis não devem receber Terapia Nutricional, especialmente a enteral, pelo risco de aumentar o dano isquêmico à mucosa intestinal hipoperfundida. Lembrar de suspender a prescrição diante de um novo choque não compensado.

NUTRIÇÃO PARENTERAL:

As fórmulas de Nutrição Parenteral atualmente padronizadas são que disponibiliza 09 formulações para diferentes situações clínicas. Dentre elas, as que mais se enquadram para prescrição para usuários graves, tendo em vistas as recomendações da literatura, estão descritas abaixo, de forma prática e objetiva.

	NP03*	NPO2*
Glicose (g)	220	220
Aminoácidos (g)	40	40
Lipídeos (g)	40	20
Kcal totais	1148	948
Kcal não prot : gNi	179:1	148:1
Volume (ml)	1100	1000

\* (conteúdo de 1 bolsa)

### INDICAÇÕES:

Quando a via enteral não puder ser utilizada (contra-indicações formais para o uso do trato gastro-intestinal), ou não estiver tolerante à infusão plena das necessidades energético-protéicas definidas (distensão, diarreia, gastroparesia).

### VIAS DE INFUSÃO: ACESSO PERIFÉRICO:

Tem uso restrito no usuário grave, pois o edema que acompanha os estados críticos dificulta a manutenção de um acesso periférico, e além disso, o conteúdo energético proteico dessas fórmulas, que não devem ter mais que 900mOsm, não atende às demandas metabólicas do usuário grave. Sua indicação deve ser avaliada à luz desses dois fatores limitantes. Opção para ser utilizada em associação à Nutrição Enteral em casos selecionados.

### VIAS DE INFUSÃO: ACESSO CENTRAL:

O mais frequentemente utilizado. Por ter a extremidade distal localizada na veia cava, uma veia calibrosa e de alto fluxo, permite infusão de soluções hipertônicas contendo as necessidades adequadas de macronutrientes, com riscos de lesão

endotelial e trombose venosa minimizados. Nos cateteres de dupla via infundir pela via distal preferencialmente.

#### COMPLICAÇÕES PRINCIPAIS:

1. Relacionadas ao procedimento de punção venosa central: Hemo/pneumotórax, punção arterial, lesão ducto torácico/quilotórax, entre outros.
2. Relacionadas à permanência do cateter: infecção relacionada a cateter, trombose/síndrome da veia cava superior.
3. Relacionados ao TGI: colecistite alitiásica, esteatose hepática, atrofia da mucosa intestinal com comprometimento da barreira intestinal, translocação bacteriana.

#### ORIENTAÇÕES GERAIS:

1. No primeiro dia, iniciar com metade da dose planejada (ou seja, 1 “bolsa”);
2. No segundo dia, conforme tolerância (níveis glicêmicos) e estado hemodinâmico, progredir para “2 bolsas”;
3. Suplementação de Vitamina K, 5mg, 2x por semana, preferencialmente intramuscular se não houver coagulopatia/plaquetopenia.

4. Ao definir a fórmula a ser utilizada, leve em consideração o peso do usuário, os níveis glicêmicos, e a taxa máxima de oxidação da glicose (TMOG), que é 5mg/kg/min. Para determinar a VIG (Velocidade de Infusão de Glicose, que não deve ser maior que a TMOG), dividir o conteúdo de glicose da solução em mg pelo peso do usuário, por 24 (período de infusão), por 60 (min).
5. Se usuário evolui com hiperglicemia de difícil controle, avaliar redução temporária do aporte calórico (se infusão de glicose ultrapassar 50ml/h)
6. É obrigatório o uso de via exclusiva para infusão da Nutrição Parenteral.
7. É contraindicado o uso de “torneirinhas” na via de administração da Nutrição Parenteral.
8. Valem as mesmas regras já estabelecidas nas Unidades para passagem de cateter central quanto ao rigor asséptico e necessidade de paramentação cirúrgica.
9. O acesso deve ser definido julgando os riscos envolvidos, e a experiência pessoal do profissional. Embora o acesso pela v. subclávia resulte em menor risco de complicações infecciosas, pode não ser o acesso adequado em situações de coagulopatia, ou de inexperiência do operador.
10. Avaliar diariamente a inserção do intracath à procura de sinais de infecção.

11. Lembre-se sempre de tentar utilizar a via enteral assim que for possível, não perdendo a oportunidade de colocar isto em discussão.
12. Não é adequado interromper a infusão da NP; o ideal é que a bolsa acompanhe o usuário nos exames e cirurgias. Quando isto não for possível, garanta que haja aporte adequado de glicose, para evitar hipoglicemia. Mantenha sempre SG 10%, 40ml/h, nessas ocasiões.
13. O “desmame” da Nutrição Parenteral deve ser avaliado individualmente. Como regra geral, podemos estabelecer que no momento em que 50% das necessidades energético-proteicas tiverem sido supridas satisfatoriamente pela via enteral, podemos então diminuir o aporte parenteral para “1 bolsa”. Quando o próximo aumento da Nutrição enteral seja para atingir 100%, suspenderemos a Nutrição Parenteral.
14. Eventualmente, alguns usuários necessitarão fórmula individualizada. Esses casos deverão ser avaliados e discutidos com a coordenação.

❖ **PROTOCOLO PARA ATENDIMENTO DE ENCEFALOPATIA HEPÁTICA**

FISIOPATOLOGIA

Disfunção do sistema nervoso central, potencialmente reversível, devida a insuficiência hepática que pode instalar-se nas falências agudas ou crônicas.

Substâncias nitrogenadas provenientes do intestino, atuam de modo adverso nas funções cerebrais. Estes componentes que chegam a circulação sistêmica como resultado de diminuição da função hepática ou "shunts" porto sistêmicos, ao atingirem o cérebro modificam os neurotransmissores, responsáveis pela consciência e comportamento.

A amônia, principal substância relacionada á patogênese da encefalopatia hepática, é liberada por rins e músculos, alcançando níveis maiores na veia porta. Em hepatites agudas fulminantes, níveis de amônia sérica maiores que 200mcg/dL tem sido associada a risco elevado de herniação cerebral. Não há correlação entre a amonia sérica e o nível de consciência, porém a amonemia se correlaciona bem com o nível de amônia no liquor.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Desordens metabólicos;
- Infecções;
- Doenças vasculares cerebrais;
- Lesões cerebrais com efeito de massa.

### EXAMES DIAGNÓSTICOS

- Eletroencefalograma;
- Imagem – RX de tórax e USG de fígado e vias biliares;
- Punção lombar (quando a sintomatologia sugere irritação meníngea);
- Amonemia (útil na avaliação inicial se existe dúvida quanto a presença);
- Realizar paracentese abdominal para afastar PBE.

### TRATAMENTO

- Dieta hipoprotéica 0,8-1,0g kg/dia;
- Observação rigorosa do nível de consciência para indicação da dieta enteral;
- Lactulona 20-50ml 3-6x/dia para apresentar de 3-4 evacuações ao dia;
- Infecções (peritonite espontânea, pneumonia) devem ser tratadas sempre que presentes. Iniciar ceftriaxone 2g 24/24h;
- O uso de enemas pode ser realizado em fases iniciais do quadro principalmente quando a descompensação estiver relacionada com quadro de hemorragia digestiva;

- O uso de neomicina 2-4g/d e/ou metronidazol 500mg 2x/d, deve ser iniciada nos usuários que não responderam a terapêutica inicial;
- Suplementação de Zinco;
- Considerar o uso de aminoácidos de cadeia ramificada no hepatopata crônico que aumenta a tolerância a proteína;
- Evitar o uso de benzodiazepínicos;
- Correção dos distúrbios hidroeletrolíticos;
- O uso da albumina está indicado quando, albumina sérica < 2,0g/dl;
- Se apresentar distúrbio da coagulação repor plasma fresco 15-20ml/kg.
- O uso da vitamina K deve ser realizado nos casos de alteração importante da atividade da protrombina.
- Observação rigorosa do nível de consciência. IOT se necessário.

#### ❖ PROTOCOLO PARA USO DE HEPARINA

##### ESQUEMA DE ANTICOAGULAÇÃO VENOSA:

##### - Solução:

Heparina 25000UI + SF 0,9% 245ml = 1ml: 100UI

Dose inicial -----80UI/Kg em bolus e 18UI/Kg/h

TTPA <35'' (< 1,2x controle)-----80UI/Kg em bolus e aumentar 4UI/Kg/h

TTPA 35-45'' (1,2-1,5x controle)-----40UI/Kg em bolus e aumentar 2UI/Kg/h

TTPA 46-70'' (1,5-2,3x controle)-----manter!

TTPA 71-90'' (2,3-3,0x controle)-----reduzir 2UI/Kg/h

TTPA >90'' (>3,0x controle)-----suspender infusão por 1h e após, reduzir  
3UI/Kg/h

\*\*Redraw from: Raschke, RA; Reilly, BM; Guidry, JR, et al. Ann Intern Med 1993; 119-  
874.

ATENÇÃO: Realizar dosagem do TTPa DE 6/6h enquanto estiver com heparinização  
por via IV

ESQUEMA DE ANTICOAGULAÇÃO SUBCUTÂNEA:

- enoxaparina: 1mg/kg 2x/dia

ATENÇÃO: Não é necessário o controle com o TTPa

### ESQUEMA DE ANTICOAGULAÇÃO PARA PROFILAXIA PARA TVP/TEP SUBCUTÂNEA:

-Liquemine: 5000UI 8/8h;

-enoxaparina: 40mg 1x/dia. Usar 20mg nos usuários com Insuf. Renal.

## ❖ PROTOCOLO DE SEDAÇÃO

### INDICAÇÕES

A agitação e a dor são comuns no usuário grave. A resposta á agressão aguda causa uma tremenda resposta neuro hormonal com elevação das catecolaminas, cortisol, glicose, ADH e proteínas de fase aguda e conseqüente taquicardia, hipertensão, aumento do consumo de O<sub>2</sub>, retenção hídrica e comprometimento da resposta imune. Os objetivos primordiais da sedação e analgesia são aliviar a ansiedade e a dor e atenuar a resposta ao estresse. O uso apropriado das drogas envolvidas requer um entendimento completo das indicações, metabolismo e efeitos colaterais e técnicas de monitorização.

Os sedativos são geralmente necessários como adjuntos no tratamento da ansiedade e agitação e ainda para facilitar a ventilação mecânica, produzir relaxamento muscular e sono.

## AGENTES

**1. Opióides:** Os opióides produzem analgesia ao mesmo tempo que são fundamentais na estratégia terapêutica que busca a sedação consciente, não produzem amnésia e são associados à vários efeitos colaterais.

**2. Benzodiazepínicos:** Produzem sedação, ansiólise e amnésia anterógrada além de terem efeito anticonvulsivante. Os benzodiazepínicos diferem entre si por suas características farmacodinâmicas e farmacocinéticas. São antagonizados pelo flumazenil, entretanto seu uso rotineiro após administração por tempo prolongado, pode precipitar síndrome de retirada.

**3. Barbitúricos:** Tem efeitos no Sistema Nervoso Central, coração e pulmões que são semelhantes qualitativamente aos benzodiazepínicos, mas tem maior magnitude.

**4. Propofol:** Agente anestésico geral intravenoso que em doses mais reduzidas é sedativo potente com ação amnésica mínima. Possui ação anticonvulsivante, embora mioclonias tenham sido observadas. Seu uso deve ser pensado quando existe possibilidade da necessidade de sedação por pouco tempo ou quando existe a necessidade da associação de uma terceira droga.

**5. Butirofenonas:** As butirofenonas, haloperidol e droperidol, estão indicados no tratamento da agitação e delírio.

**6. Alfa Agonistas Centrais:** A dexmedetomidina, agonista alfa 2 adrenérgico com uma

relação alfa1: alfa 2 mais de setes vezes a da clonidina, foi recentemente aprovado para uso por até 24 horas. É sedativo, hipnótico, ansiolítico e analgésico reduzindo a atividade simpática. Não produz depressão respiratória significativa e o usuário desperta rapidamente atendendo ordens com facilidade. Pode facilitar a intubação traqueal, e procedimentos para os quais normalmente é necessária sedação consciente. Seu papel como agente sedativo em usuários graves ainda requer maiores estudos.

#### FÁRMACOS UTILIZADOS

##### **Fentanila:**

- Farmacocinética:

Início de ação < 1 min após injeção intravenosa;

Duração de ação: 30 a 60 min;

Eliminação hepática.

- Posologia:

25 a 100 mcg. (0,7 a 2mcg/kg) EV ou 50 a 500 mcg/h EV contínua.

- Efeitos adversos: Miose, Bradicardia (vagal), Rigidez muscular, Rápido desenvolvimento de tolerância. Depressão respiratória, Náuseas, vômitos, íleo, espasmo vias biliares, retenção urinária, Efeito prolongado em cirrose, Associação com diazepínicos aumenta o risco de depressão cardiorrespiratória.

#### **Diazepam:**

- Farmacocinética: Rápido início de ação, eliminação prolongada, metabolismo hepático;
- Posologia: Sedação consciente, 1 a 10 mg (0,2 a 0,3 mg.kg<sup>-1</sup>) EV, repetidas conforme necessário. Tétano: doses maiores de 2 a 20 mg a cada 1 a 8 horas.
- Efeitos Adversos: Depressão respiratória, confusão, excitação paradoxal, após administração prolongada, a recuperação pode tomar vários dias. Tromboflebite, dor à injeção.

#### **Midazolam:**

- Farmacocinética: Início de ação: 1 a 3 min. Duração: 1 a 4 horas. Metabolismo hepático;
- Posologia: 0,03 a 0,3 mg.kg<sup>-1</sup> EV em "bolus" seguida de 0,012 a 0,6 mg.kg/h EV contínuo;

- Efeitos Adversos: Efeitos hemodinâmicos discretos. Hipotensão arterial em idosos. Depressão respiratória, sobretudo se associado a opióides. Metabolismo prejudicado em insuficiência hepática ou renal. Interrupção da administração associada a manifestações de abstinência.

### **Propofol:**

- Farmacocinética: início de ação 40 segundos. Duração 2 a 4 min, 180 a 720 min. Metabolismo hepático. Posologia: Sedação intravenosa 0,3 a 3 mg/kg/h;
- Efeitos Adversos: Dor ao início da injeção em veia superficial. Depressão cardiovascular e respiratória;
- Recomenda-se redução progressiva da velocidade de infusão para evitar despertar brusco;
- Em sedação para ventilação artificial, geralmente usado associado a opioides.

### **Haloperidol**

- Farmacocinética: Início de ação: parenteral, até 30 min; oral, até 2 horas. Pico de ação: parenteral, até 45 min; oral, até 4 horas. Duração da ação: até 38 horas;
- Posologia: 0,5 a 10 mg IM ou EV (agitação leve a intensa); manutenção, 2 a 10mg 2 a 8 horas;

- Via oral 0,5 a 2 mg a cada 8 ou 12 horas (em crianças, apresentação líquida 0,05 a 0,15 mg/kg ao dia);
- Efeitos Adversos: Taquicardia, hipotensão ou hipertensão arterial. Laringo espasmo, bronco-espasmo. Potencializa ação depressora de sedativos e opióides. Reações extrapiramidais. Risco de efeitos adversos maior em idosos. Síndrome neurolépticomaligno;
- Indicado no tratamento da agitação e delírio.

### **Dexmedetomidina**

- Farmacocinética: Início de ação até 6 minutos Meia vida de eliminação 2 horas;
- Posologia: 1µg/Kg em 10 a 20 minutos EV seguido de 0,2 a 0,7 µg/Kg/h EV contínuo;
- Efeitos Adversos: Bradicardia e hipotensão especialmente na presença de hipovolemia e tônus adrenérgico exacerbado.

### ROTINA DE SEDAÇÃO PARA INTUBAÇÃO

A ) Sedação:

- 1 Fentanil (50mcg/ml) – dose 0,5-1ml/10kg EV em bolus lentamente;
- 2 Etomidato (2mg/ml) – dose 0,3-0,4mg/kg EV em bolus lentamente;
- 1 Quelicin (100mg) – dose 1-1,5 mg/kg EV em bolus lentamente.

B ) TOT:

- Homens: 8 – 8,5 – 9;
- Mulheres : 8 – 8,5.

ROTINA DE SEDAÇÃO CONTÍNUA

**Plano terapêutico**

1. Analgesia Efetiva, Controle de causas clínicas reversíveis de agitação (hipoxemia, hipoglicemia, hipotensão).
2. Otimização do ambiente (informação, diminuição de ruído, etc).
3. Individualização do objetivo da sedação (reverter agitação aguda? Permitir despertar rápido ou avaliação neurológica?).
4. Escolha do agente.
5. Avaliação regular do nível de sedação com documentação sistemática.

6. Titulação diária da dose (diminuição do efeito sedativo prolongado).
7. Suspensão diária da sedação para avaliação do nível de consciência e menor risco de taquifilaxia. Após a suspensão de sedação e com o “despertar” do usuário, deve-se retornar com 50% da dose prévia a suspensão.

Objetivos: Manter Ramsay 3 / 4

### **Soluções sedação:**

A) Solução midazolam : diluição 1mg/ml.

- Dormonid -20ml (100mg);
- SF 0,9% -80ml.

B) Solução Fentanil: 25mcg/ml

- Fentanil – 50ml;
- SF 0,9% -50ml;
- Propofol: frascos de 50 e 100ml – 20mg/ml.

C) Uso de bloqueador neuromuscular

- usar quando o usuário estiver mal acoplado fazendo pico de pressão no ventilador, e já estiver adequadamente sedado (Ramsay de 6). Com a

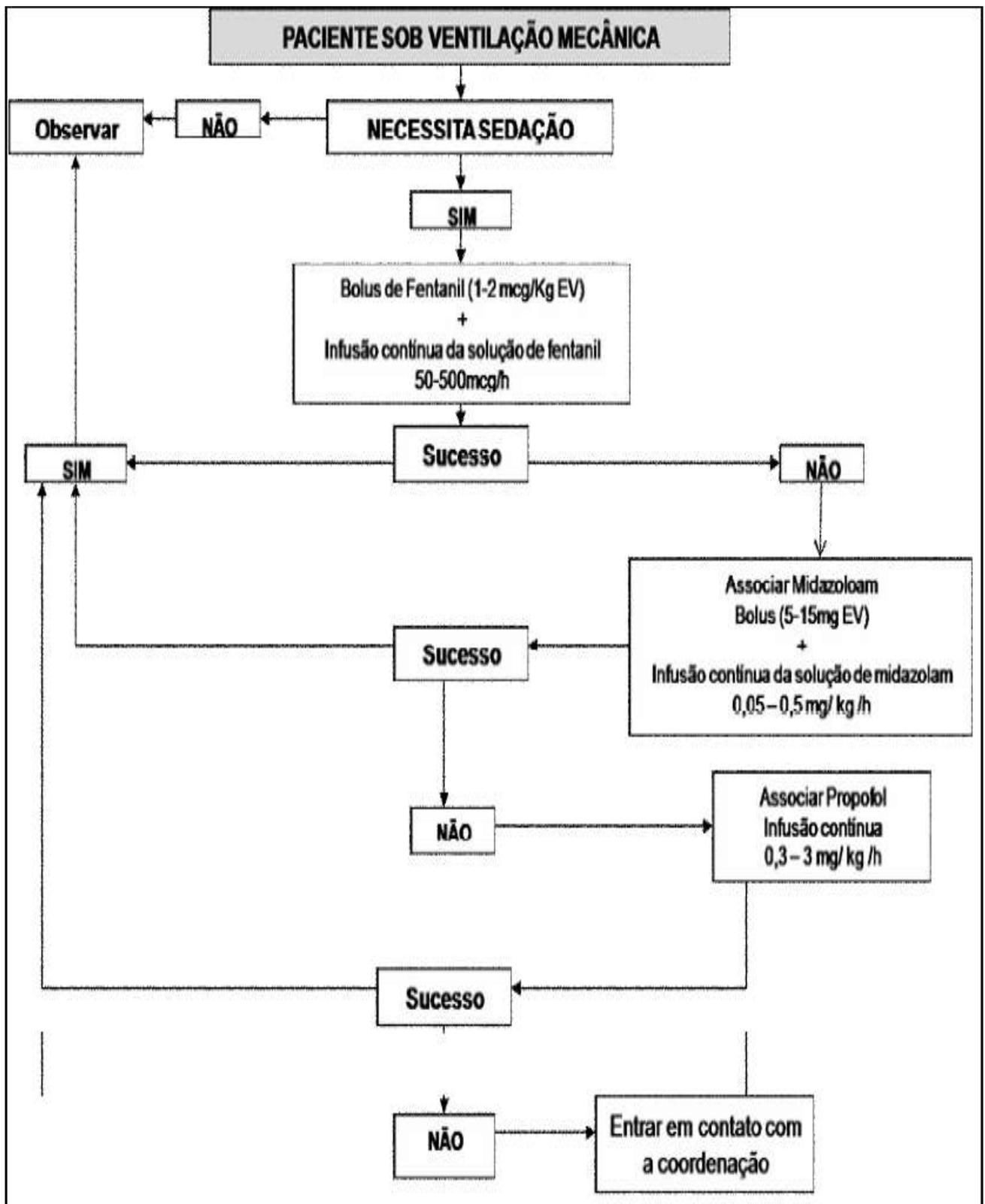
combinação de um analgésico com um hipnótico. (midazolam ou propofol + fentanil);

- Pancurônio 0,05-0,1mg/kg/dose ou atracúrio 0,5 - 1mg/kg/dose;
- usar pavulon nos usuários com broncoespasmo, pois o traquium é liberador de histamina.

\*\*ESCALA DE SEDAÇÃO DE RAMSAY:

<b>I</b>	<b>Usuário acordado e agitado</b>
<b>II</b>	<b>Usuário acordado e colaborativo</b>
<b>III</b>	<b>Usuário dormindo, despertável com estímulo verbal</b>
<b>IV</b>	<b>Usuário dormindo, despertável com estímulo motor</b>
<b>V</b>	<b>Usuário dormindo, despertável com estímulo alérgico intenso</b>

<b>VI</b>	<b>Usuário dormindo sem resposta motora</b>
-----------	---



## ❖ PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DO DELÍRIO

### CONCEITOS GERAIS

#### 1. História clínica:

- a) Procurar abstinência alcoólica, geralmente precedida por convulsão. Delírio de padrão hiperativo com descarga simpática;
- b) Descartar quadro infeccioso.

#### 2. Verificar estado cognitivo;

#### 3. Exame físico;

#### 4. Suspender medicamentos psicoativos;

#### 5. Exames: Hemograma, gasometria arterial, eletrólitos, urina I, uréia, creatinina, TAP, TGO, TGP, glicose, RX de tórax e ECG;

#### 6. Causas menos comuns: Hipotireoidismo, hipertireoidismo, encefalite, estado de mal epiléptico.

<b>Fatores de risco para delírio</b>	
Idade > 65 anos	
Uso de 4 ou mais medicamentos	
Lesão neurológica prévia	
Comorbidades clínicas (ICC, DPOC, fratura de fêmur, etc...)	
Infecção	
História de quedas	
Alterações metabólicas e eletrolíticas	
<b>Medicamentos associados com delírio</b>	
Benzodiazepínicos	Antiarrítmicos
Opióides	Antieméticos
Anticolinérgicos	Antiinflamatórios
Biperideno	Antidepressivos
Anti-histamínicos	Anticonvulsivantes
Inibidor de bomba de prótons	Antiparkinsonianos
Digitálicos	

### TRATAMENTO

1. Tratar a causa;
2. Reduzir estímulos ambientais;
3. Trazer objetos familiares;
4. Orientar o usuário quanto aos equipamentos;
5. Evitar contenção física;
6. Haldol:
  - a) ataque.
    - Fazer 3-5mg EV de 30 3m 30min até sedação leve
    - Em casos mais graves, fazer 10mg EV em bolus e manter 5mg/h, contínuo
  - b) manutenção
    - Fazer 3-5mg EV de 4/4h à 8/8h

## ❖ PROTOCOLO DE REPOSIÇÃO VOLÊMICA DO CHOQUE

### OBJETIVOS

- Restaurar perfusão tecidual e normalizar o metabolismo oxidativo.

- Corrigir hipovolemia absoluta e/ou relativa.
- Melhorar débito cardíaco através do aumento da pré-carga.

#### ADMINISTRAÇÃO

- Bólus de volume pré-determinado em infusão rápida

#### TIPO DE REPOSIÇÃO

- Não há diferenças em termos de mortalidade ou incidência de edema pulmonar em relação ao uso de colóide ou cristalóide. Quando cristalóide ou colóide são usados em expansão para os mesmos níveis de pressões de enchimento, ambos são igualmente efetivos em restaurar a perfusão tecidual.
- Apesar da maior formação de edema periférico com o uso de cristalóides, tal efeito é subjetivo e não parece acarretar alteração no metabolismo oxidativo muscular ou intestinal.
- Reposição com cristalóides geralmente necessita de 2-4 vezes mais volume que com colóides para se alcançar o objetivo.

### MONITORIZAÇÃO DA REPOSIÇÃO VOLÊMICA

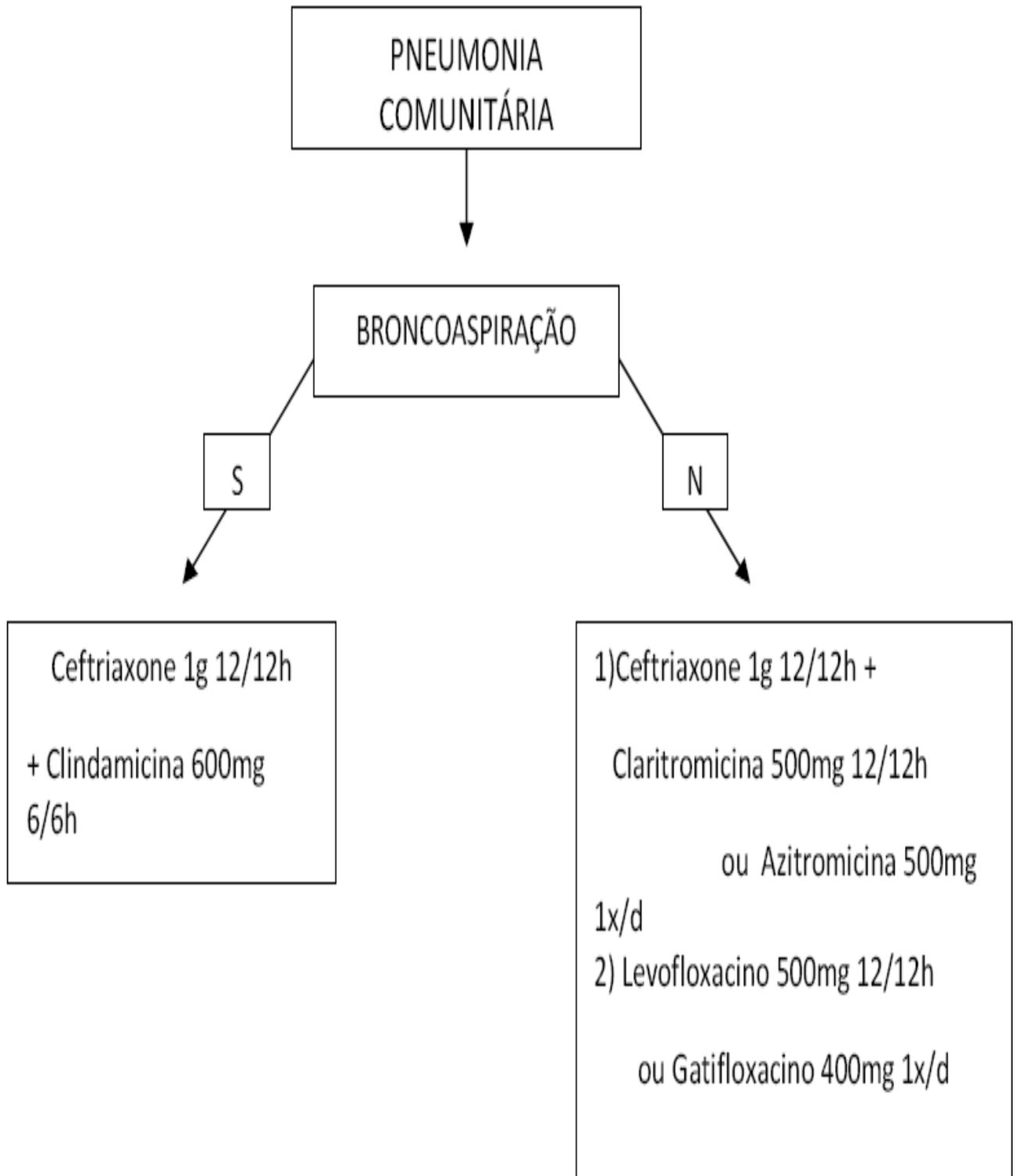
- A reposição volêmica deve ser titulada segundo parâmetros clínicos mensuráveis como frequência cardíaca, débito urinário, pressão arterial média e outros passíveis de serem medidos;
- Monitorizar o usuário de forma invasiva e precoce sempre que necessário.
- Manter PAM > 65 mmHg de início ou maior de acordo com a necessidade e/ou situação prévia (HAS);
- Manter PVC acima de 12 mmHg;
- Em usuários sépticos e entubados, a variação respiratória da pressão de pulso é um método simples para se prever a resposta volêmica, sendo que nesse grupo, ela seria o método com melhor sensibilidade e especificidade;
- A avaliação da ScvO<sub>2</sub> e do lactato arterial deve ser realizada em todos os usuários com choque independente da sua etiologia;
- A mensuração do BE na gasometria arterial é outro índice de perfusão ser valorizado, desde que não haja insuficiência renal ou ácidos fixos externos na circulação.

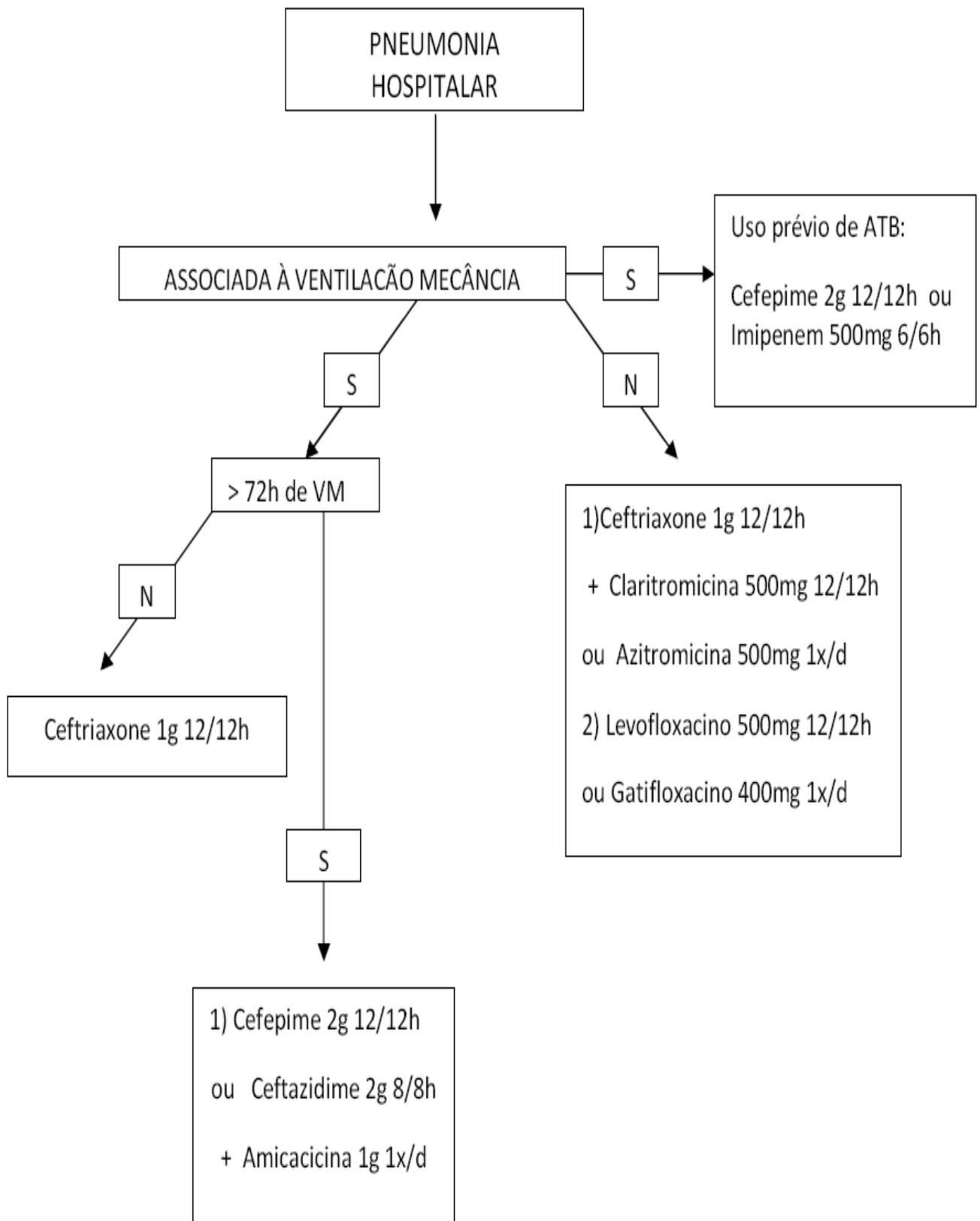
### REPOSIÇÃO VOLÊMICA

- Ringer lactato 20ml / Kg EV – Avaliar sinais clínicos de melhora;
- Repetir infusão da Solução, caso não apresente melhora do quadro.

**Protocolo para tratamento empírico das infecções.**

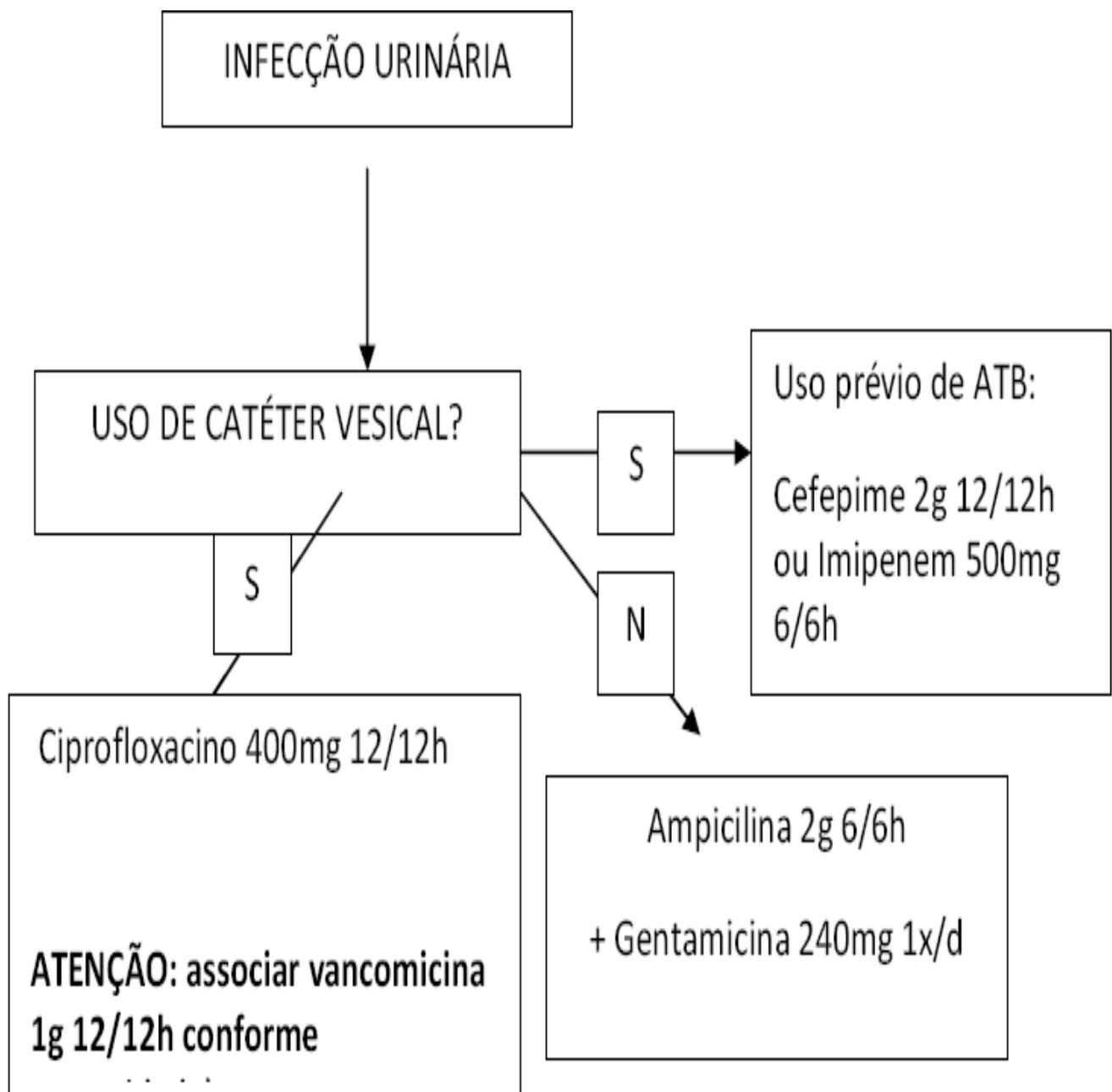
#### **A) PNEUMONIAS TRATAMENTO EMPÍRICO**



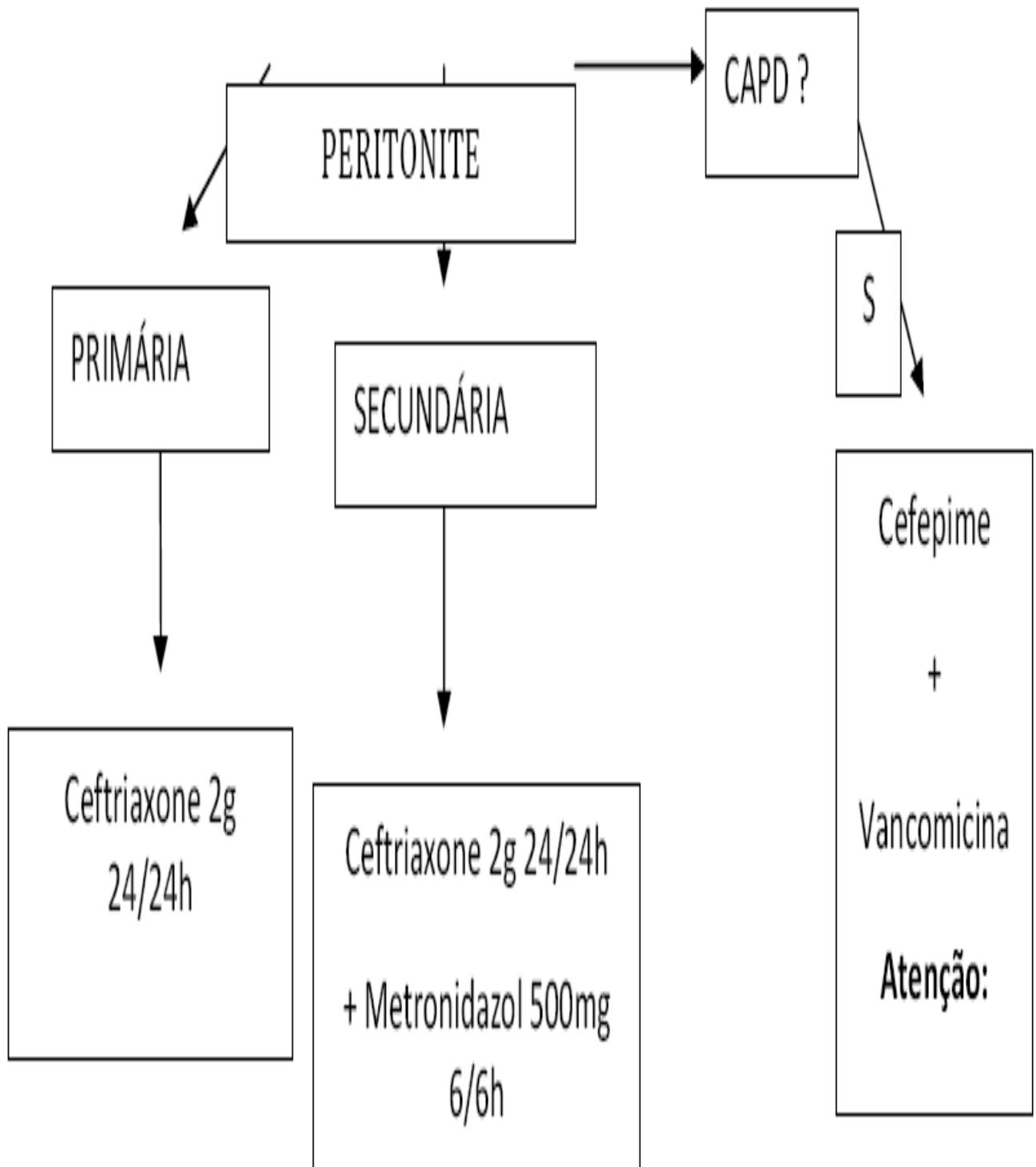


ATENÇÃO: A vancomicina pode ser acrescentada ao tratamento em caso de suspeita de infecção por *S. aureus*.

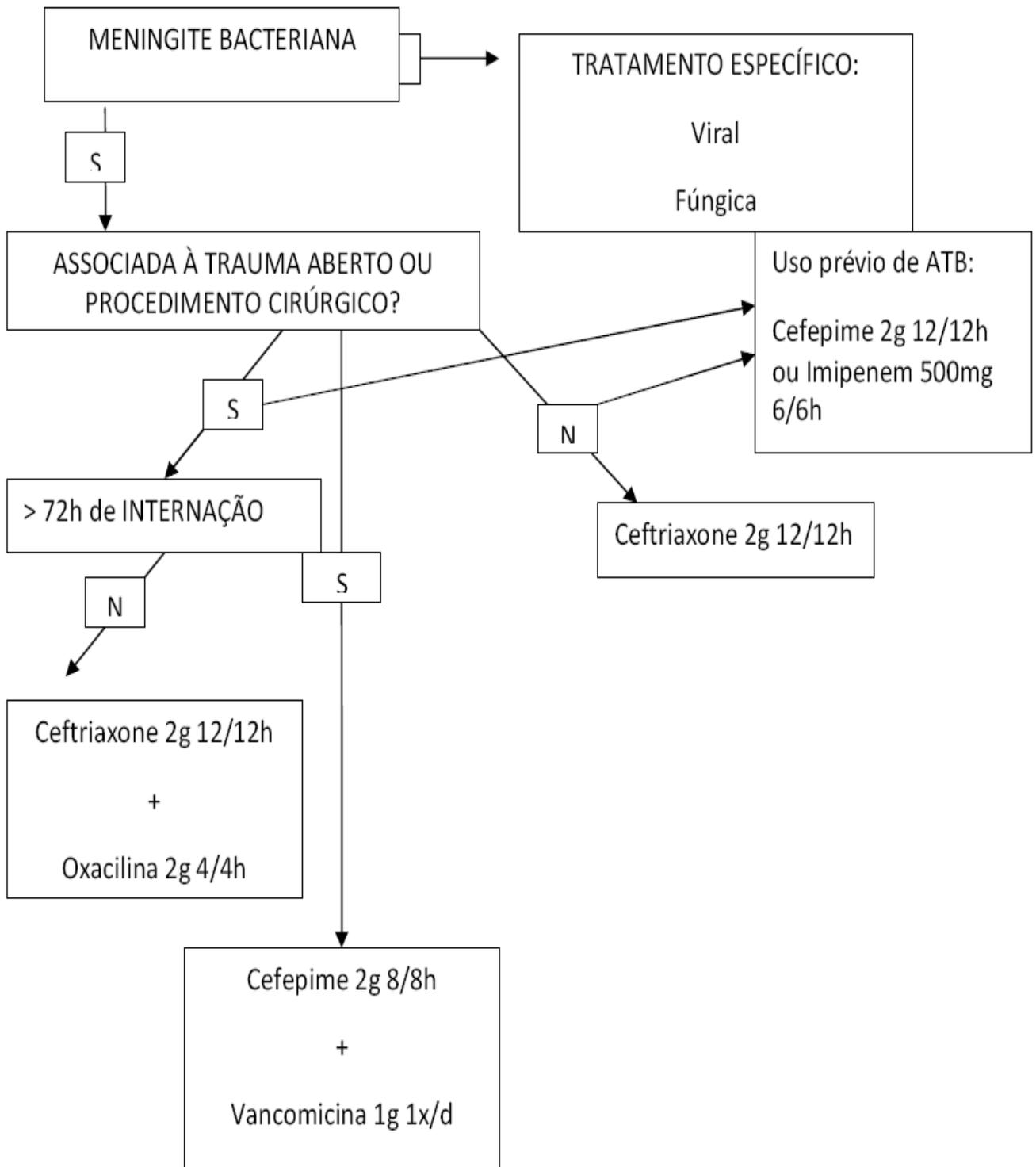
### C) INFECCÕES URINÁRIAS TRATAMENTO EMPÍRICO



### C) INFECCÕES ABDOMINAIS TRATAMENTO EMPÍRICO



#### D) INFECÇÕES SISTEMA NERVOSO CENTRAL



## ❖ PROTOCOLO PARA ISOLAMENTO – NORMAS

### INTRODUÇÃO

O objetivo destas normas é prevenir a transmissão de microrganismos ou doenças infecciosas entre usuários, profissionais de saúde e visitantes. Vem de longo tempo a preocupação com a disseminação de doenças infecciosas refletida no surgimento de hospitais específicos para tratamento dessas doenças. Posteriormente, em hospitais gerais surgiram as unidades de "Isolamento". Na década de 70, o *Center for Disease Control* (CDC) elaborou medidas relacionadas a categorias de isolamentos chegando no ano de 1985, em decorrência da AIDS, na proposta que definia como "Precauções Universais" (PU) os cuidados com sangue e fluídos corpóreos. Em 1987, o CDC propõe um sistema alternativo, chamado de "Isolamento de Substâncias Corpóreas" (BSI -*Body Substance Isolation*), para proteger o profissional de saúde da transmissão de patógenos pelo sangue e diminuir a transmissão de bactérias multirresistentes no ambiente hospitalar. No início de 1996 o CDC publicou novo documento objetivando simplificar o entendimento e aplicação dos cuidados com transmissão, adotando os termos Precauções Padrão e Precauções baseadas na transmissão.

## PRECAUÇÕES PADRÃO E MEDIDAS DE ISOLAMENTO

As precauções e medidas abaixo descritas deverão ser aplicadas por médicos, enfermeiras, técnicos ou auxiliares de enfermagem, pessoal do serviço da unidade, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, psicólogas e visitantes.

### PRECAUÇÕES PADRÃO

Constitui a síntese dos conceitos anteriores de Precauções Universais e Isolamento de Substâncias Corpóreas (BSI). Define-se como cuidados a serem tomados no trato com todos os usuários, independente do diagnóstico, para evitar a transmissão de microrganismos por sangue, fluídos corporais, secreções e excreções, pele não íntegra e mucosas, durante manipulação e/ou exposição aos mesmos. Deve ser mantido durante toda a internação. As Precauções Padrão deverão ser mantidas mesmo com a adoção de outra Medida de Precaução.

As medidas a serem tomadas na aplicação das precauções padrão são:

- Lavagem das mãos;
- Uso de luvas (estéreis e não estéreis e de borracha);
- Uso de avental, de tecido, descartável ou impermeável (se necessário);

- Uso de máscaras, óculos, protetor facial e botas (se necessário);
- Descontaminação, limpeza e desinfecção de artigos contaminados;
- Cuidados com materiais perfuro-cortantes;
- Cuidados com roupas contaminadas;
- Quarto privativo (se necessário).

Os equipamentos de proteção individual (EPI) mencionados deverão ser utilizados de acordo com os riscos de exposição das mãos, mucosas, roupa, etc, de quem cuida.

#### PRECAUÇÕES BASEADAS NA TRANSMISSÃO

##### **a) Precauções de contato**

É uma categoria de cuidados indicada para usuários colonizados ou infectados por microrganismos causadores de doenças infectocontagiosas encontrados no sangue, secreções ou excreções, e transmitidos por essas vias de maneira direta ou indireta ou até mesmo pele íntegra como no caso de colonização por microrganismo multirresistente ou de importância epidemiológica. As medidas a serem adotadas são:

- Lavagem das mãos;
- Uso de luvas em todo o contato com o usuário;

- Uso de avental: quando existir risco de contaminação da roupa no contato com o usuário e/ou utensílios e roupas que entraram em contato com o mesmo;
- Quarto privativo: indicado para evitar risco de contaminação cruzada entre usuários. Na impossibilidade também pode ser feita restrição ao leito ou enfermaria;
- Transporte de usuários o mais restrito possível; Limpeza de artigos e superfícies diariamente;
- Equipamentos e artigos de uso exclusivo ou desinfecção dos mesmos antes de utilizá-los em outros usuários;
- Manter coletor com saco plástico de cor padronizada, para o descarte de roupas utilizadas no quarto do usuário submetido às precauções.

#### **b) Precauções respiratórias por gotículas**

Esta categoria de cuidados é instituída para prevenir a transmissão de doenças através de via respiratória por gotículas. Nestas doenças as partículas são transportadas por gotículas maiores que 5 microns, que são consideradas pesadas e depositam-se nas superfícies. As medidas de isolamento são as seguintes:

- Lavagem das mãos;

- Todas as pessoas que tiverem contato com o usuário, à uma distância menor que um metro, deverão utilizar máscara cirúrgica;
- Transporte do usuário o mais restrito possível e, quando imprescindível, o usuário deverá usar máscara cirúrgica;
- Manter coletor com saco plástico de cor padronizada, para o descarte de roupas utilizadas no quarto do usuário em precauções.

### **c) Precauções respiratórias por aerossóis**

Esta categoria de cuidados é instituída para a prevenção da transmissão de doenças por via respiratória, através de partículas que transportam microrganismos menores que 5 microns, que por serem consideradas leves, formam aerossóis que ficam suspensos no ar, com grande risco de serem inalados.

- Lavagem das mãos;
- Quarto privativo: é necessário e deve ser mantido com portas fechadas (o ideal é quarto com pressão negativa, sistema de ventilação com 6 a 12 trocas de ar por hora, saída do ar apropriada ou filtro HEPA);
- Máscara N-95: deve ser usada por todas as pessoas ao entrar e durante a permanência no quarto;

- Transporte de usuários: restrito e, se absolutamente necessário, colocar máscara cirúrgica no usuário.
- Manter coletor com saco plástico de cor padronizada, para o descarte de roupas utilizadas no quarto do usuário em precauções.

**d) Precaução de contato e gotículas**

Destina-se a prevenir doenças que são transmitidas por contato direto ou indireto com sangue, secreções ou excreções e ao mesmo tempo por via respiratória por partículas maiores que 5microns, que são consideradas pesadas e se depositam nas superfícies.

- Lavagem das mãos;
- Uso de luvas em todo o contato com o usuário;
- Uso de avental: quando existir risco de contaminação da roupa no contato com o usuário;
- Quarto privativo: indicado para evitar risco de contaminação cruzada entre usuários;
- Limpeza de artigos e superfícies diariamente;
- Equipamentos e artigos de uso exclusivo ou desinfecção dos mesmos;

- Manter coletor com saco plástico de cor padronizada, para o descarte de roupas utilizadas no quarto do usuário em precauções;
- Máscara cirúrgica: deverá ser usada por todas as pessoas que tiverem contato com o usuário, à uma distância menor que um metro;
- Transporte do usuário o mais restrito possível e, quando imprescindível, o usuário deverá usar máscara cirúrgica.

**e) Precaução de contato e respiratória por aerossóis**

É instituída na prevenção de doenças transmitidas pelo contato direto ou indireto com sangue, secreções ou excreções e ao mesmo tempo por via respiratória por partículas menores que 5 microns, que formam aerossóis e ficam suspensos no ar.

- Lavagem das mãos;
- Uso de avental: quando existir risco de contaminação da roupa no contato com o usuário;
- Limpeza de artigos e superfícies diariamente;
- Equipamentos e artigos de uso exclusivo ou desinfecção dos mesmos;
- Manter coletor com saco plástico de cor padronizada, para o descarte de roupas utilizadas no quarto do usuário em precauções;

- Quarto privativo: é necessário e deve ser mantido com portas fechadas ( o ideal é quarto com pressão negativa, sistema de ventilação com 6 a 12 trocas de ar por hora, saída do ar apropriada ou filtro HEPA);
- Máscara N-95, deve ser usado por todas as pessoas ao entrarem e durante a permanência no quarto;
- Luvas: devem ser usadas sempre que se tiver contato com o usuário;
- Transporte de usuários: restrito e, se absolutamente necessário, colocar máscara cirúrgica no usuário.

#### **f) Isolamento reverso**

Não é mais utilizado, pois o mecanismo de desenvolvimento de infecções em usuários imunodeprimidos se dá por fatores endógenos na maioria das vezes. Porém, deve-se reforçar as Precauções Padrão, com grande ênfase na intensificação da lavagem das mãos e uso do álcool na forma de gel. Não devem ser escalados funcionários com processos infecciosos respiratórios ou de qualquer outra natureza para o atendimento destes usuários, assim como deve-se orientar para que não recebam visitas com processos infecciosos respiratórios.

#### [INSTRUÇÕES GERAIS](#)

A implantação das precauções baseadas no mecanismo de transmissão deverá ser feita conforme orientação do SCIH/CCIH e do médico assistente ou equipe médica responsável pelo caso, sempre de comum acordo. A notificação das precauções deverá ser feita ao ser detectada a necessidade da sua implantação. Deverão ser avisados a enfermeira de plantão do setor, os serviços de nutrição, hotelaria, enfermagem, fisioterapia, etc. A enfermagem responsável pelo plantão deverá orientar os acompanhantes conforme a categoria de precaução adotada. Caso o Laboratório avise direto no setor sobre a ocorrência de agentes multirresistentes em culturas dos usuários, e não for possível contato imediato com o SCIH/CCIH, a enfermagem poderá colocar o usuário em Medidas de Precauções de Contato até confirmação ou não pelo SCIH/CCIH.

Pacientes colonizados por agentes multirresistentes ou de significância clínica ou epidemiológica permanecerão em Precauções de Contato até a alta, ou de acordo com a orientação do SCIH/CCIH. As culturas de vigilância se referem a coletas de secreção nasal, "swab" perianal e, se possível, de material de origem onde cresceu o agente multirresistente. Poderão ser realizadas semanalmente até sua negatificação para o microrganismo em questão.

No caso das Doenças de Notificação Compulsória, a enfermagem e o médico responsável deverão notificar o SCIH para que possa ser efetuada a notificação compulsória ao Centro de Vigilância Epidemiológica.

Nos casos de meningite de qualquer etiologia, deverá ser instituída a Precaução Respiratória por Gotículas até que o resultado parcial do líquido descarte os agentes etiológicos *Haemophilus influenzae* e *Neisseria meningitidis* (meningococo).

Os EPI's a serem utilizados nos usuários em precauções deverão ficar dentro do quarto, próximos à porta, exceto nas Precauções Respiratórias por Aerossóis, quando ficarão do lado externo, próximo a porta do quarto. Devem ser retirados após utilização, na saída do quarto e desprezados no recipiente de resíduos ou coletor dentro do quarto, que deverá estar próximo à porta.

Auxiliares de limpeza deverão realizar a limpeza do quarto em Precauções Por Transmissão por último e, ao término, dirigir-se ao expurgo, lavar os equipamentos de limpeza e lavar as luvas de borracha, secá-las e passar álcool 70%. Quando for possível, individualizar os equipamentos só para este quarto. Nas Precauções de Contato, especialmente por agentes multirresistentes, utilizar sempre avental.

A máscara ou respirador N95 é de uso individual e pode ser utilizada por até sete dias, desde que obedecidos, rigorosamente, os seguintes critérios: não dobrar para não quebrar as fibras do filtro; não molhar; guardar em saco plástico identificado com

nome do usuário; quando totalmente saturado, o respirador N95 causa intensa dificuldade respiratória, devendo ser efetuada sua troca. As orientações sobre a máscara N95 devem ser dadas aos acompanhantes, devendo ser utilizada por todas as pessoas durante todo o período de permanência dentro do quarto.

Aventais não estéreis podem ser utilizados por até seis horas pela mesma pessoa. Caso saia do quarto, retirá-lo e mantê-lo de forma que não haja contaminação da face que entra em contato com o corpo do usuário. Estes deverão ser identificados. Os aventais devem ser de mangas longas com punho e traspassados.

As visitas deverão ser em número restrito, orientadas pelo enfermeiro de plantão e proibindo a entrada de crianças.

A coleta de roupa suja nos quartos com Precauções por Transmissão deve ser feitas em saco plástico de cor apropriada, que deve ser fechado no quarto, antes de ser transportado para a sala de roupa suja.

A coleta de resíduos dos quartos deverá ser feita em recipientes ou coletores apropriados, fechados e recolhidos em saco plástico branco, caracterizando-os como resíduo infectante.

Material da Nutrição: a louça será lavada em máquina com temperatura de 55°C, com detergente, para haver a termo desinfecção, conforme recomendado pelo CDC. O recolhimento dos utensílios dos quartos em Precaução por Transmissão deverá ser feito por último. Nos quartos submetidos a Precauções Respiratórias por Aerossóis, a

entrega e recolhimento de bandejas poderá ser feita pela equipe de enfermagem que já dispõem da máscara N95, não necessitando assim, da entrada da copeira no quarto.

Esfignomanômetros, estetoscópios e termômetros deverão ser de uso exclusivo até término da indicação da Precaução. A desinfecção dos termômetros é feita através da lavagem com água e sabão seguida de aplicação de álcool a 70%. Os estetoscópios são desmontados e desinfetados com álcool a 70%. Os esfignomanômetros são desinfetados com álcool a 70%, sendo que a braçadeira deverá ser encaminhada para lavagem se estiver muito suja.

## ❖ **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

### OBJETIVO

Proporcionar uma boa prática de Prescrição Médica, esclarecendo as dúvidas e evitando os erros prescritivos que ocorrem no exercício da profissão médica.

### RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE

A realização do ato médico se completa com a prescrição médica. O seguimento dos princípios básicos do relacionamento médico-paciente transmite ao paciente segurança e conseqüentemente adesão à prescrição médica. É necessário

transparência na prescrição, com esclarecimentos e disponibilidade do profissional diante de possíveis reações adversas.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

<b>AÇÃO</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>DESCRIÇÃO DA AÇÃO</b>
01.Anotar os dados paciente	Médico	Anotar os dados do paciente com: nome completo, número do prontuário ou da BE, leito, enfermaria, especialidade, peso, se possui algum tipo de alergia e clearance de creatinina.
02.Datar a prescrição	Médico	Colocar a data da prescrição, pois a mesma só tem validade de 24 horas. <b>OBS: A importância da data da prescrição, é que assegura que o que foi indicado está baseado na</b>

		<b>avaliação médica do dia em que foi feita a prescrição.</b>
03.Prescrever as Medicações	Médico	Prescrever as medicações com o nome completo da medicação ou a fórmula química, letras legíveis, claras e completas, sem uso de abreviações. Em relação a medicamentos com grafia parecida, coloca-se destaque na escrita da parte do nome que o diferencia.
04.Registrar Informações Importantes	Médico	Registrar na prescrição qualquer informação que considerar importante para que a assistência seja completa e segura.
06.Assinar a prescrição	Médico	Assinatura com identificação do prescritor através do carimbo com nome completo e número de registro no conselho

		profissional. <b>OBS: A prescrição só será válida, caso a prescrição contenha os elementos de identificação do prescritor e assinatura.</b>
--	--	---

### OBSERVAÇÕES GERAIS

- ✓ As expressões vagas como: usar como costume, usar como habitual, a critério do médico e se necessário devem ser abolidas das prescrições.
- ✓ Quando for necessário utilizar a expressão se necessário deve-se obrigatoriamente definir:

Dose;

Posologia;

Dose Máxima Diária;

Condição que determina o uso ou interrupção do medicamento.

- ✓ As prescrições verbais devem ser restrita às situações de urgência/emergência, devendo ser imediatamente escritas na prescrição após a administração do medicamento, devendo ser validada pelo prescritor assim que possível.

- ❖ **PROTOCOLOS E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE FARMÁCIA, INCLUINDO IMPLANTAÇÃO DE DISPENSAÇÃO DE DOSE UNITÁRIA**



## Estrutura e Organização

A Farmácia é um órgão de abrangência assistencial, técnico-científica e administrativa, onde se desenvolvem atividades ligadas à produção, armazenamento, controle, dispensação e distribuição de medicamentos e correlatos às unidades de saúde.

O Serviço de Farmácia será coordenado por um Farmacêutico especializado e qualificado, que será membro nato da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e da Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos (CPMM).

Caberá à Coordenação do Serviço de Farmácia – Coordenador Técnico:

14. Coordenar a aquisição, recebimento, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos, materiais médicos, antissépticos e saneantes. O Coordenador Técnico deve ainda controlar as condições de armazenamento dos produtos médicos e garantir a qualidade destes produtos (validade, marcas, etc.) atuando como responsável técnico legal;
15. Responder tecnicamente perante a Vigilância Sanitária e Conselho Regional de Farmácia pelos medicamentos, materiais e antissépticos e saneantes;
16. Estabelecer critérios para seleção e uso adequado de processos físicos e de germicidas para limpeza, desinfecção, esterilização e antisepsia na unidade, evitando o uso de produtos e processos inadequados aos fins que se propõem;
17. Controlar a monitorização e validade dos procedimentos e equipamentos de esterilização e desinfecção;
18. Participação na elaboração de normas e rotinas de limpeza, esterilização e antisepsia;

19. Contribuir na investigação de surtos;
20. Participar de estudos de utilização de antimicrobianos, priorizando os de uso restrito;
21. Participar dos processos de padronização de medicamentos;
22. Controlar os estoques dos medicamentos, garantindo que não seja interrompido o tratamento do paciente;
23. Acompanhar e controlar a dispensação dos Antimicrobianos de uso reservado ou restrito, mediante apresentação da Ficha de Solicitação de Antibióticos, devidamente preenchida;
24. Participar das reuniões da CCIH;
25. Participar de cursos e treinamentos, transmitindo conhecimentos relativos à sua área de atuação;
26. Participar das visitas técnicas da CCIH fornecendo parecer sobre atividades de sua competência.

## Funcionamento

**Compras** – o serviço de compras para essa unidade estará centralizada em área administrativa comum a todas as UPAs deste lote.

Os medicamentos submetidos a controles especiais (psicotrópicos, anestésicos, etc.) terão tratamento conforme determina a legislação em Portaria. É de responsabilidade médica a prescrição em formulário específico do medicamento sujeito a controle, cabendo a equipe de enfermagem a solicitação do pedido via sistema e recepção do medicamento controlado na farmácia mediante entrega da receita; e fazer a conferência do medicamento verificando se está em acordo com a prescrição médica. No momento da alta, conferir se o medicamento foi utilizado pelo paciente, caso contrário encaminhar a devolução para farmácia.

O controle destes medicamentos será de responsabilidade do farmacêutico que deverá gerar relatório dos medicamentos controlados consumidos num determinado período conferindo com as receitas médicas, corrigindo possíveis distorções. Deverá ainda conferir o estoque físico; fazer a atualização do livro de medicamentos controlados a partir das informações obtidas para posterior apresentação a Vigilância Sanitária e arquivar as receitas em pasta própria de forma organizada, facilitando a conferência. As receitas dos medicamentos controlados deverão ficar armazenadas em caixa arquivo morto na Farmácia.

Para dispensação dos medicamentos e materiais a eles relacionados, o serviço de farmácia adotará o Sistema de Dispensação de Medicamentos por Dose Individualizada (SDMDI) que consiste na distribuição ordenada dos medicamentos com formas e dosagens prontas para serem administradas a um determinado paciente de acordo com a prescrição médica, num certo período de tempo. Este sistema tem como objetivo promover a qualidade e a segurança do atendimento, além de reduzir os erros com medicamentos e os custos da instituição possibilitando o exercício da Farmacovigilância.

Nesse sentido cabe ao farmacêutico realizar a triagem das prescrições médicas observando possíveis interações medicamentosas e erros de prescrição dos pacientes em observação. Caberá ao auxiliar administrativo da farmácia, de acordo com o relatório de consumo que indica a quantidade a ser fracionado para 7 dias, verificar o estoque das farmácias e separar os medicamentos a serem individualizados. Antes da individualização, serão impressas as etiquetas na quantidade a ser individualizada com a identificação do lote e validade. Já individualizados, os medicamentos devem ser colocados nos escaninhos apropriados. Após solicitação de transferência, via sistema, os produtos em questão são transferidos fisicamente para a Farmácia de dispensação.

Para o aperfeiçoamento das ações desenvolvidas neste serviço a unidade buscará investir num processo permanente de capacitação da equipe envolvida.

### **Atividades Propostas no Serviço de Farmácia**

#### **a) Aquisição de Medicamentos e produtos**

Para a adequada seleção e aquisição de medicamentos e produtos, caberá ao farmacêutico da central de compras a elaboração da programação de compras, utilizando o sistema de padronização implantada na unidade. Serão utilizados indicadores como: nº. de prescrições por dia, por mês e nº. de pacientes atendidos ou percentual de cobertura para subsidiar a avaliação do consumo.

A aquisição de medicamentos se dará em conformidade com a legislação vigente no que se refere ao item “fornecedor qualificado”, devendo este possuir todos os documentos que comprovem a sua regularidade perante o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

#### **b) Recebimento**

O recebimento será precedido de inspeção de recebimento de produtos com a utilização de um formulário para verificação da conformidade com a aquisição.

#### **c) Armazenamento**

O armazenamento tem como objetivo básico garantir a conservação dos medicamentos e produtos para saúde dentro dos padrões e normas técnicas específicas que assegurem a manutenção das características e qualidade necessária à correta utilização.

#### **d) Distribuição e Dispensação de Produtos**

A Farmácia tem a responsabilidade de distribuir os materiais, medicamentos e germicidas.

Na dispensação de medicamentos e materiais para os leitos de observação se adotará o sistema de dispensação por prescrição individual. Com este procedimento os medicamentos serão fornecidos em embalagens individuais, dispostos por horário de administração, constante na prescrição e identificados para cada paciente.

Cada embalagem terá um compartimento identificador com: identificação da unidade, nº do leito, nome do paciente e a relação de todos os medicamentos ordenados para um período de 24h.

As prescrições devem ser encaminhadas/geradas para a farmácia para a dispensação, após o devido aprazamento dos medicamentos pela Enfermagem. Este sistema se constitui em um recurso fundamental para a diminuição do estoque nas unidades, redução potencial de erros de medicação, redução dos custos com medicamentos, além de melhorar o controle efetivo sobre os mesmos.

Com investimento em infraestrutura predial, com “*layout*” e fluxo de acordo com normas da vigilância sanitária, contratação de Farmacêuticos (as) com esta finalidade específica por período de 24 horas e aquisição de equipamentos específicos de manipulação de drogas, torna-se viável o sistema de distribuição através do **Sistema de Dispensação de Medicamentos por Dose Unitária (SDMDU)**. No **SDMDU** os medicamentos são dispensados em embalagens unitárias, de acordo com o horário de administração e prontos para serem administrados de acordo com a prescrição médica.

Como o medicamento já sofreu manipulação prévia, em condições próprias, pelo serviço de farmácia, o trabalho do enfermeiro com relação ao medicamento se restringe à administração da dose correta e na via de administração indicada.

Considerando o contrato de 24 meses e as limitações que serão encontradas durante este período, entendemos que este projeto ao estar condicionado as necessidades supracitadas, dificilmente será plenamente implantado antes do período de 12 meses. Há de se notar que no Brasil, uma ínfima quantidade de instituições de saúde adota tal sistemática pela complexidade de manipulação de soluções orais e injetáveis e argumentos aqui expostos.

#### **e) Farmacovigilância e Tecno vigilância**

A farmácia central deve possuir procedimentos destinados a detectar, registrar e avaliar as reações adversas a medicamentos, queixas técnicas e problemas na utilização de produtos de saúde.

Os procedimentos a serem praticados são: a notificação voluntária, que será avaliada pelo farmacêutico e caso necessário, encaminhada à vigilância sanitária; e o sistema de detecção indireta na dispensação, utilizando a atenção farmacêutica como principal ferramenta para a emissão de uma notificação de reação adversa a medicamento (RAM).

## **Controle de medicamentos submetidos a regime especial por determinação de legislação federal Portaria SVS/MS Nº 344/98 e suas atualizações.**

A dispensação destes medicamentos será realizada mediante prescrição em formulário padrão para medicamentos psicotrópicos e entorpecentes. Após a dispensação, o fornecimento terá o prazo máximo de uma semana para realizar a escrituração em livro de registro próprio devidamente autorizado pela vigilância sanitária local.

A dispensação dos medicamentos listados na portaria 344/98, para o tratamento ambulatorial, será realizada através de notificação de receita padrão da unidade, permanecendo arquivadas por um período de dois anos.

Em atenção às notificações e alertas de interdição cautelar de produtos, provenientes da DIVISA e ANVISA, o Farmacêutico será o responsável pela verificação do estoque, identificação e recolhimento dos produtos na unidade, atualização da Relação de Medicamentos Padronizados, além de informar ao corpo médico da Unidade.

### **Métodos de controle sobre fármacos controlados e/ou de alto custo**

Os medicamentos e substâncias de uso controlado constantes em Portaria específica e que fizeram parte de protocolo de assistência à saúde do paciente, serão de tal responsabilidade do profissional farmacêutico e guardados sob chave, em local que ofereça segurança e exclusivo para este fim.

Para a dispensação de fármaco controlado com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico adotaremos os seguintes procedimentos: prescrição médica com identificação completa do usuário e do médico responsável pela prescrição, com referência a forma farmacêutica, regime posológico, via de administração e duração do tratamento.

O Serviço de Farmácia reterá as prescrições e terá um Livro de Registro Específico para controle mensal da Vigilância Sanitária destinado à anotação em ordem cronológica, de estoques, de entradas por aquisição, de saídas para uso de perdas de medicamentos.

## **Manual Preliminar para Padronização de Medicamentos**

### **Definições**

A Padronização de Medicamentos é uma listagem dos fármacos disponíveis identificados por sua nomenclatura genérica (nome farmacológico), conforme Denominação Comum Brasileira (DCB) e acrescida pelas formas de apresentação, concentrações, e suas respectivas indicações. A padronização objetiva facilitar a prescrição médica, otimizar recursos e qualificar a assistência por meio de orientação e informações ao corpo clínico.

### **Medicamentos Padronizados**

Estes medicamentos são classificados em:

**Uso Sem Restrições** – medicamentos constantes na seleção de medicamentos da unidade e dispensados pela farmácia mediante prescrição médica.

**Uso Restrito (R)** – possuem uma ou mais das seguintes características: indicação muito específica, pressão para indução de resistência bacteriana, maior potencial para produção de efeitos adversos ou interações medicamentosas, uso inadequado ou abusivo, comercialização muito recente, dificuldade de obtenção no mercado nacional e alto custo. Além da prescrição, estes fármacos exigem, para dispensação, o preenchimento adequado do **Formulário de Solicitação de Medicação do Uso Restrito**. No caso de antimicrobianos deve ser preenchido Formulário de Controle do uso de antimicrobianos. Para a albumina e aminoácidos deve ser preenchido o **Formulário do Sistema Único de Saúde – Laudo p/Solicitação/Autorização de Mudança de procedimento Especial**.

### **Medicamentos Controlados**

São os medicamentos listados pela ANVISA, por meio de portaria 344/98, necessitando o preenchimento de receita específica.

### **Rotina para Prescrição de Medicamentos Padronizados de Uso Restrito**

Todas as prescrições de medicamentos de uso restrito devem ser acompanhadas de formulário de “Solicitação de Medicação de Uso Restrito” devidamente preenchido para ser avaliado pelos membros executivos da CPMM. No caso de antimicrobianos essa avaliação será realizada pela CCIH. A farmácia dispensa os padronizados de uso restrito

até a sua avaliação. Não havendo autorização para o uso, a justificativa é encaminhada a unidades, para que o médico solicitante tenha conhecimento que a medicação prescrita não será fornecida ao paciente. O médico responsável pelo paciente poderá entrar em contato com um dos membros da CPMM para discussão do caso ou poderá refazer a justificativa.

### **Rotina para Devolução de Materiais e Medicamentos para Farmácia**

#### **Objetivo:**

Direcionar as ações para a devolução de materiais médico-hospitalares e medicamentos à farmácia.

#### **Equipe:**

Auxiliar Administrativo;

Técnico de Enfermagem;

Enfermeira.

#### **Descrição:**

Auxiliar Administrativo:

- Observar no box do paciente as sobras de materiais médico-hospitalares e medicamentos existentes para devolução.
- Devolução de materiais de consumo do paciente.

#### **Procedimento realizado pela farmácia:**

OBS: Após este procedimento, a devolução sairá na Farmácia e no momento que for dada entrada novamente no estoque, estes materiais médico-hospitalares e/ou medicamentos sairão automaticamente da conta do paciente exigindo, assim, o máximo de atenção de todos.

#### **Devolução para consumo interno:**

- ✓ Abrir módulo de solicitação de materiais/ medicamentos clicando no ícone correspondente na tela principal;
- ✓ Automaticamente, abrirá uma janela na qual deve ser digitado o nome do usuário e sua senha;

- ✓ Abrir a tela de solicitação de devolução de mat/ med para consumo interno;
- ✓ Especificar o nome do material ou medicamento, ou código e indicar a respectiva quantidade que irá devolver;
- ✓ Em seguida, aparecerá uma nova linha para ser preenchida caso deseje devolver mais de um tipo de material ou medicamento;
- ✓ Encaminhar a devolução de medicamentos e materiais médico-hospitalares à Farmácia;
- ✓ Conferir juntamente com o Auxiliar Administrativo da Farmácia as devoluções assinando a 2ª via da devolução.

## **Rotina para Requisição de Materiais e Medicamentos a Farmácia**

### **Objetivo:**

Direcionar as ações da equipe de enfermagem para requisição de materiais médico-hospitalares e medicamentos para utilização do paciente à farmácia.

### **Equipe:**

Auxiliar Administrativo.

Técnico de Enfermagem.

Enfermeira.

**Descrição:**

**Médico**: Fazer prescrição médica.

**Enfermeiro**: Fazer aprazamento dos medicamentos conforme prescrição e plano de cuidado de enfermagem.

**Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Auxiliar Administrativo:**

Requisitar materiais médico-hospitalares e medicamentos para o usuário, conforme a prescrição médica e plano de cuidados de enfermagem através do sistema informatizado ou manualmente através da nota de débito quando o sistema não estiver disponível.

**Solicitação para consumo do paciente:**

- Abrir módulo de solicitação de materiais / medicamentos clicando no ícone correspondente na tela principal;
- Abrir a tela de solicitação para consumo do paciente;

- Realizar a solicitação;
- Selecionar no campo Sub-almojarifado, Farmácia. Automaticamente, o sistema gerará um número para a requisição (solicitação);
- Especificar o nome do material ou medicamento no campo e efetuar a escolha do mesmo ou digitar no campo o código do material ou medicamento e indicar as respectivas quantidades solicitadas;
- Caso deseje solicitar mais de um tipo de material ou medicamento.

#### **Solicitação para consumo interno:**

- Abrir módulo de solicitação de materiais/ medicamentos clicando no ícone correspondente na tela principal; automaticamente, abrirá uma janela na qual devem ser digitados o nome do usuário e sua senha;
- Abrir a tela de solicitação para consumo interno;
- Selecionar no campo Sub-almojarifado, Farmácia;
- Gerar um número de requisição (solicitação);

- Especificar o nome do material ou medicamento no campo “Descrição” para efetuar a escolha do mesmo ou digitar no campo “Código” o código do material ou medicamento e no campo e indicar as respectivas quantidades solicitadas;
- Confirmar a seleção;
- Clicar em OK novamente para que a solicitação desejada seja enviada;
- Receber e conferir os materiais médico-hospitalares e medicamentos da farmácia, assinando as 02 vias da requisição.

Na elaboração dos cardápios deverão ser observados os hábitos alimentares e características dos usuários, incluindo respeito às restrições religiosas e ideológicas dos usuários possibilitando dessa forma, atendimento adequado.

Será efetuado controle bacteriológico/microbiológico da alimentação a ser fornecida mensalmente, ou a qualquer momento em casos de suspeita de toxi-infecções alimentares.

Durante a execução do serviço o IIFHES deverá observar a aceitação, a apresentação e o monitoramento das temperaturas das refeições servidas, para possíveis alterações ou adaptações, visando atendimento adequado, com base na Portaria C.V.S.

nº 6/99 de 10/03/99, com alterações dadas pela Portaria C.V.S. nº 18/08, de 9/9/08 e Resolução 2535/2004 ou portaria vigente.

A operacionalização, porcionamento e distribuição das dietas serão supervisionados pelo nutricionista, de maneira a observar sua apresentação, aceitação, porcionamento e temperatura, para, caso se faça necessário, se façam alterações ou adaptações, visando atendimento adequado e satisfatório.

Para garantir a manutenção da qualidade do serviço, será elaborado o Manual de Normas de Boas Práticas de Elaboração de Alimentos e Prestação de Serviços, de acordo com a Portaria nº 1.428/93, do Ministério da Saúde que aprova o "Regulamento Técnico para Inspeção Sanitária de Alimentos", as "Diretrizes para o Estabelecimento de Boas Práticas de Produção e de Prestação de Serviços na Área de Alimentos" e o "Regulamento Técnico para o Estabelecimento de Padrão de Identidade e Qualidade (PIQ's) para Serviços e Produtos na Área de Alimentos", e Portaria C.V.S. nº 6/99, com alterações dadas pela Portaria C.V.S. nº 18/08; Portaria SMSG 1210, ou portaria vigente.

**h) PROPOSTA PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR;**

**OBJETIVO DA PROPOSTA DO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR**

Através desta proposta o IIFHES, define as diretrizes de controle e ações a serem desenvolvidas na unidade, a fim de estabelecer o controle e consequente redução das

taxas de infecção nosocomial garantindo um ambiente seguro para pacientes, familiares e colaboradores.

## **CAMPO DE APLICAÇÃO E EQUIPES ENVOLVIDAS**

### **A unidade no contexto do controle de infecção hospitalar**

A unidade atende uma gama diversa de indivíduos adultos e pediátricos, basicamente oriundos de demanda espontânea.

As ações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar são baseadas na literatura científica (*Guidelines*, artigos científicos), Leis, Portarias, Normas e Resoluções vigentes no Brasil e elaboradas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

A partir deste *background*, são formuladas políticas, planos operacionais e outras orientações para a unidade.

As políticas da CCIH são revisadas bianualmente ou quando há alguma necessidade, tanto por mudanças da legislação vigente, quanto por nova evidência científica. Estas políticas são de âmbito geral ou específico a determinado setor da unidade. As revisões envolvem tanto os membros executores da CCIH quanto os gestores dos setores envolvidos, quando isto se aplicar.

A implementação destas políticas é realizada pelos membros executores da CCIH.

No organograma da unidade a CCIH se reporta diretamente ao diretor.

## **SIGLAS**

Não se aplica.

## **PROCEDIMENTO**

### **Vigilância das infecções nosocomiais**

Os pacientes da unidade são monitorados para identificação de quadros clínicos de infecções associadas à assistência à saúde.

Há o monitoramento diário dos pacientes, por busca ativa, com o objetivo de verificar a presença de dispositivos invasivos que aumente o risco de infecções.

A partir daí, a CCIH elabora as taxas de infecção associadas aos dispositivos invasivos:

- Pneumonia adquirida em ventilação mecânica (PAV);
- Infecção primária da Corrente sanguínea (IPCS-CVC);
- Infecções do trato urinário associado a cateterismo vesical de demora (ITU-CVD).

Para isso é utilizada a metodologia ANVISA / NHSN.

Os indicadores monitorados pela CCIH são:

- Incidência global das infecções nosocomiais;
- Incidência de infecções associadas a dispositivos invasivos (PAV, IPCS-CVC, ITU-CVD);
- Densidades de utilização dos dispositivos invasivos (ventilação mecânica, cateter venoso central, cateter vesical);
- Incidência de microrganismos multirresistentes;
- Adequação do uso de antimicrobianos;
- Consumo de antimicrobianos;
- Consumo de álcool gel;
- Adequação da comunicação dos agravos de notificação de notificação imediata.

### **Incidência global das infecções nosocomiais**

#### **Objetivos:**

- Monitorar mensalmente os casos de infecção nosocomial.

- Comparar com a série histórica dos últimos meses.
- Identificar tendências de infecção visando intervenções individualizadas para reduzir os casos novos.

## **Metodologia**

- Acompanhamento diário dos casos novos de infecção nosocomial na unidade com a definição de infecção em conjunto com a equipe médica da unidade baseadas nos critérios de infecção vigente.
- Acompanhamento dos dados referentes aos materiais microbiológicos enviados a unidade.
- Com a confecção das taxas, as mesmas são enviadas em forma de relatório mensal à direção-geral, médica e setor envolvido.

## **Monitoramento**

- O período em que as taxas estejam acima do esperado são discutidos os possíveis fatores associados a este aumento com os setores envolvidos a fim de elaborar um plano de ação.

## **Incidência de infecções associadas a dispositivos invasivos**

## **Objetivos**

- Monitorar os casos de infecção associadas a dispositivos invasivos.
- Comparar com a série histórica;
- Comparar a Meta;
- Reduzir progressivamente as taxas associadas.

## **Metodologia**

- Acompanhamento diário dos casos novos de infecção associadas a dispositivos na unidade com a definição de infecção em conjunto com a equipe médica da unidade baseadas nos critérios de infecção vigente.
- Acompanhamento dos dados referente aos materiais microbiológicos enviados a unidade.
- Com a confecção das taxas, as mesmas são enviadas em forma de relatório mensal à direção-geral, médica e setor envolvido.

## **Monitoramento**

- O período em que as taxas estejam acima do esperado será discutido os possíveis fatores associados a este aumento com os setores envolvidos a fim de elaborar um plano de ação.

## **Densidades de utilização dos dispositivos invasivos**

### **Objetivos**

- Monitorar mensalmente a utilização dos dispositivos invasivos: ventilação mecânica, acesso venoso central e cateter vesical de demora;
- Auxiliar na análise dos casos de infecção associados aos dispositivos.

### **Metodologia**

- Acompanhamento diário dos pacientes em utilização dos dispositivos invasivos;
- Envio em forma de relatório mensal à direção-geral, médica e setor envolvido.

## **Incidência de microrganismos multirresistentes (MDR)**

### **Objetivos**

- Monitorar mensalmente os casos novos de microrganismos multirresistentes;

- Comparar com a série histórica;
- Reduzir progressivamente as taxas associadas.

### Metodologia

- Acompanhamento diário dos casos novos de germes multirresistentes na unidade.

São monitorados os seguintes microrganismos:

- *Acinetobacter baumannii* MDR e PANR;

- *Pseudomonas aeruginosa* MDR e PANR;

- Enterobactérias produtoras de beta lactamase de espectro expandido;

- Enterobactérias resistentes à carbapenêmicos;

- *Staphylococcus aureus* resistente à oxacilina;

- Enterococo resistente à vancomicina.

- Acompanhamento dos dados referente aos materiais microbiológicos enviados a unidade.
- Com a confecção das taxas, as mesmas são enviadas em forma de relatório mensal à direção geral, médica e setor envolvido.

## **Monitoramento**

- O período em que as taxas estejam acima do esperado será discutido os possíveis fatores associados a este aumento com os setores envolvidos a fim de elaborar um plano de ação.

## **Adequação do uso de antimicrobianos**

- A divulgação do perfil microbiológico da unidade e recomendações para o uso otimizado de antibióticos é feito através do guia de antibioticoterapia empírica das infecções comunitárias e nosocomiais;
- O serviço de farmácia atuará diretamente nas não conformidades das prescrições de antibióticos realizando a primeira intervenção para aconselhamento;
- O médico realiza a busca ativa de dados dos antibióticos prescritos diretamente no prontuário médico, através da discussão dos casos e registro de parecer médico, ou ficha de busca ativa dos casos de infecção para essa adequação ao uso dos antimicrobianos;
- São elaborados os indicadores de número de aconselhamentos realizados, adequação em relação à escolha realizada x indicação clínica correta.

## **Objetivos**

- Monitorar mensalmente o uso de antimicrobianos utilizados para o tratamento de infecções comunitárias e nosocomiais.

## **Metodologia**

- Acompanhamento da utilização de antimicrobianos classificando-os como o uso adequado ou inadequado conforme os guias elaborados pela CCIH;
- Com a confecção das taxas, as mesmas são enviadas em forma de relatório mensal à direção-geral, médica e setor envolvido.

## **Monitoramento**

- O período em que as taxas estejam abaixo do esperado será discutido os possíveis fatores associados a este aumento com os setores envolvidos a fim de elaborar um plano de ação.

## **Consumo do uso de antimicrobianos**

### **Objetivos**

- Monitorar mensalmente o consumo de antimicrobianos utilizados para o tratamento

de infecções comunitárias e nosocomiais.

## **Metodologia**

- Acompanhamento da utilização de antimicrobianos cedido mensalmente pelo serviço de farmácia;
- Elaboração da Dose Diária Dispensada (DDD) dos seguintes antimicrobianos:
  - ✓ Carbapenêmicos;
  - ✓ Glicopeptídeos;
  - ✓ Polimixina B.
  - ✓ Linezolida
  - ✓ Daptomicina

## **Monitoramento**

- Monitoramento mensal para monitoramento do consumo dos antimicrobianos estratégicos utilizados em tratamento para germes MDR. Uma tendência de aumento fora do padrão de consumo usual, serve como alerta e para realização de nova avaliação do panorama e perfil dos pacientes, associado a taxa de incidência de MDR do período. Se houver correlação com elevação da incidência de MDR, novas estratégias para o plano de contenção de MDR, incluindo gerenciamento

(*stewardship*) para uso racional de antimicrobianos.

## **Consumo de álcool em base emoliente**

### **Objetivos**

- Monitorar mensalmente o consumo de álcool em base emoliente;
- Manter um consumo mínimo de 60,L por 1000 pacientes-dia.

### **Metodologia**

- Recebimento do consumo em frascos pelo setor de hotelaria e higiene hospitalar além da obtenção do número de pacientes dia no setor pela metodologia ANVISA

### **Monitoramento**

- Monitoramento mensal objetivando o aumento progressivo do consumo de álcool em base emoliente nos setores envolvidos.

## **Vigilância dos casos de microrganismos multirresistentes**

A CCIH monitora o relatório microbiológico da unidade visando identificar casos novos de germes multirresistentes. Todo caso de multirresistência é inclusa em um banco de dados próprio da CCIH.

Havendo a identificação de um caso novo, o setor é imediatamente comunicado através da comunicação verbal além da informação em prontuário em forma de ficha e carimbo específico em folha de evolução.

Havendo algum caso novo ocorre a informação do caso à equipe da unidade via comunicação verbal e registro em prontuário.

Semanalmente é divulgado pela CCIH através da intranet um mapa com todos os casos de pacientes internados que apresentam colonização ou infecção por germes multirresistentes.

## **Notificações**

### **Agravos de notificação compulsória**

A CCIH realiza o monitoramento na unidade de dos casos de doenças de notificações compulsórias.

Ao atendimento na emergência, havendo a suspeição de uma patologia de notificação o médico do setor preenche uma ficha, em que se encontra em todos os consultórios de atendimento, onde o mesmo coloca dados de identificação do paciente, agravo a ser notificado além de outros dados.

A mesma pasta encontra-se nos diversos setores, porém nestes locais existe a busca ativa diária de possíveis pacientes com doenças de notificação compulsória internados.

Havendo os casos, a CCIH realiza a notificação aos órgãos de referência competente. A CCIH possui banco de dados referentes aos agravos de notificação compulsória.

Realizamos a notificação dos acidentes com material biológico cujos dados são fornecidos pelo setor de medicina do trabalho.

Através do banco de dados das notificações realizadas, a CCIH elabora relatórios mensais dos principais agravos notificados o que permite a observação de mudanças de tendências dos atendimentos de doenças infecciosas emergentes na comunidade.

### **Notificações à ANVISA**

Mensalmente são notificadas à ANVISA os casos de Infecções relacionadas a assistência à saúde.

### **Educação e treinamentos**

A CCIH promoverá treinamento utilizando métodos audiovisuais padronizados e práticos a todos os novos funcionários egressos na unidade em datas programadas pelo setor de recursos humanos.

Nestes treinamentos são abordados a importância da higienização das mãos, a utilização dos EPIs, importância das adequadas práticas de manuseio do paciente nas diversas formas de precaução.

Além disso, realiza em conjunto com o setor de Educação Permanente treinamentos programados ou emergenciais conforme a necessidade específica de algum setor.

A CCIH também atua como setor consultor de eventuais elaborações por outros serviços de rotinas que envolvam o controle de infecção.

### **Visitas técnicas**

A realização das visitas técnicas visa à identificação de possíveis pontos que necessitem de ajuste por parte do gestor do setor baseados em normas ou leis que são realizadas pela CCIH em formulário próprio em que estes pontos são contemplados.

São realizadas semestralmente nos setores assistenciais e anualmente nos setores de apoio.

Após a realização da visita técnica, a direção executiva, técnica e gestor do setor recebem o relatório realizado. Os gestores do setor são responsáveis pelo plano de Ação das não conformidades encontradas.

O cronograma das visitas técnicas com os setores contemplados está em anexo desse documento.

### **Ambiente hospitalar**

- A CCIH recebe relatórios periódicos quanto ao monitoramento da água hospitalar, da lavanderia e de diálise; monitoramento das manutenções em leitos de precaução respiratória da unidade; monitoramento da qualidade do ar.
- A CCIH participa da comissão de gerenciamento de resíduos da unidade, auxiliando na revisão técnica e implementação de suas políticas.
- A CCIH realiza o monitoramento das limpezas concorrentes e terminais através da análise quantitativa da adenosina trifosfato através de rotina descrita.
- A CCIH participa da análise ou revisão dos germicidas utilizados na limpeza do ambiente hospitalar.

### **Materiais médico-hospitalares**

Para haver o teste ou padronização de qualquer material ou produto a ser utilizado pela unidade, há a necessidade de passagem primeiramente pela CCIH para avaliação inicial do seu registro pela ANVISA ou Ministério da Saúde. Nenhum produto que não tenha tal registro poderá ser utilizado na unidade.

### **Monitoramento da Central de Material e Esterilização**

A CCIH monitora todos os processos realizados na CME, validando todos os procedimentos operacionais padrão descritos desde o processo de limpeza, desinfecção e esterilização dos artigos médicos hospitalares até a padronização de produtos.

### **Avaliação de risco**

Com o objetivo de traçar prioridades e racionalizar o método de trabalho da CCIH, anualmente é realizado uma avaliação de diversos fatores os quais são dadas pontuações. Os componentes mais pontuados são indicados como prioridade para o ano, havendo a necessidade de implementação de plano de ação anual elaborado com a CCIH, gestores e alta liderança.

### **COORDENAÇÃO DO PROGRAMA**

O Programa da CCIH é aplicado através das visitas médicas e de enfermagem aos setores assistenciais e áreas de apoio.

Todas as atividades são apresentadas mensalmente às gerências e à direção médica.

Nessas reuniões são apresentadas estratégias para aplicação do plano de ação anual, assim como discussão de intervenções necessárias de acordo com as observações realizadas no período observado.

As reuniões da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar são registradas em ata.

**b). PROTOCOLOS E FLUXOGRAMAS ASSISTENCIAIS DE AGRAVOS PREVALENTES, PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS, EM UNIDADE PRÉ-HOSPITALAR FIXA;**

Os protocolos assistenciais de Urgência/Emergência do IIFHES são medidas adotadas com o objetivo de Servir de Guia para os nossos profissionais de Saúde.

Tal medida visa melhorar a qualidade de atendimento às Urgências e Emergências.

Ressaltamos que os padrões de atenção médica são determinados com base nos dados clínicos conhecidos para cada caso individual e são sujeitos a mudança à medida que o conhecimento médico e a tecnologia avançam e novos padrões se desenvolvem.

## **Parada Cardiorrespiratória**

É a interrupção abrupta da atividade mecânica cardíaca, que pode ser reversível por intervenção imediata, mas leva à morte, na sua ausência. Ocorre de forma súbita e inesperada, em indivíduos sem doenças prévias ou naqueles com doenças incuráveis que evoluam para PCR, não por evolução natural da doença e, sim, por causas extrínsecas passíveis de reversão (AHA - ACC).

### **Como identificar uma PCR?**

O diagnóstico deve ser feito com a maior rapidez possível e compreende a avaliação de três parâmetros: responsividade, respiração e pulso.

### **Os C A B D da RCP (Avaliação Primária):**

- ✓ C (circulation): circulação;
- ✓ A (airway): vias aéreas;
- ✓ B (breathing): respiração;
- ✓ D (defibrillation): desfibrilação ou drogas\*.
- ✓ C: Avaliar o pulso + iniciar as compressões

torácicas

- ✓ A: Posicionar o paciente e abrir as vias aéreas
- ✓ B: Estabelecer duas ventilações

Iniciar pelos menos 100

**compressões/min.  
Intercalando 2 ventilações  
para cada 30 compressões DURANTE**



D: Aplicar o desfibrilador quando disponível

- 1) Checa-se o ritmo: FV/TV, assistolia ou AESP;

**TV Monomórfica**

**TV Polimórfica**

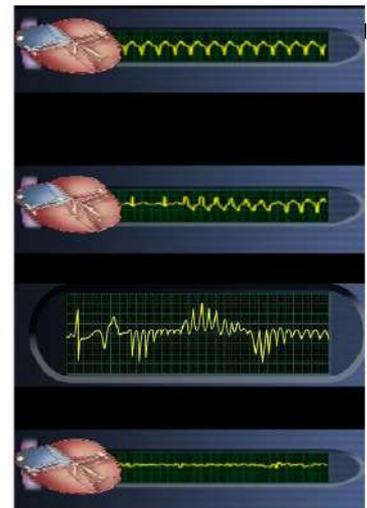
**Torsades de Pointes**

*TV Monomórfica*

*TV Polimórfica*

*Torsades de Pointes*

*Fibrilação Ventricular*



- 2) FV/TV: desfibrilar o paciente (1 choque de 200 joules e 360 no desfibrilador monofásico) - Reversão >85% dos casos. Persistindo FV/TV, repetir 1 choque de 360J a cada intervalo de ressuscitação cardiopulmonar (2 minutos).

Observação: Os desfibriladores disponíveis na rede podem ser monofásicos, portanto, a carga para desfibrilação é de 360J. Para utilização de desfibriladores bifásicos a carga inicial será de 200J.

- 3) O ABCD secundário:
- 4) A: Intubação do paciente, não é obrigatório se a ventilação com ambu e máscara elevar o tórax.
- 5) B: Ventilação não-sincronizada para pacientes intubados, manter RCP 30:2 para pacientes não intubados
- 6) C: Monitorização (eletrodos, oxímetro, manguito), acesso venoso, compressões torácicas (não sincronizadas), se o paciente estiver intubado.
- 7) D: administração de drogas

Assistolia:

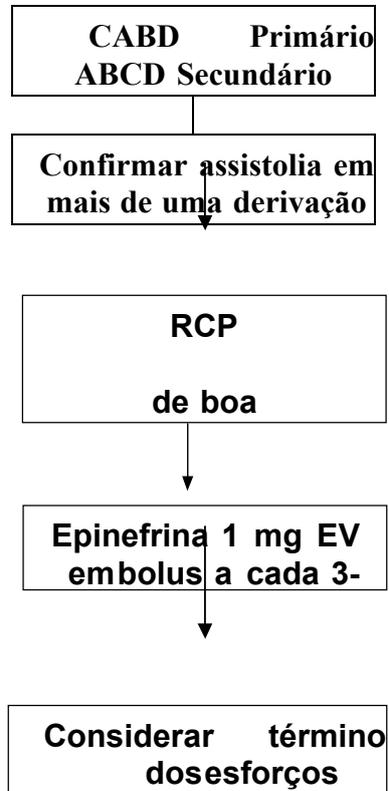
Protocolo de linha isométrica (CAGADE)

- Verificar se o monitor e o estão ligados;

- Verificar todas as conexões: ;dispositivo – cabos, cabos – paciente, dispositivo – pás –paciente.
- Verificar GANHO ou SENSIBILIDADE selecionado no desfibrilador/monitor;
- Selecionar derivação e fazer uma rápida verificação do ritmo em cada derivação;

<b>TRATAMENTO DAS POSSÍVEIS CAUSAS DE            AESP/ASSISTOLIA -            Hs e Ts</b>	
<b>Etiologia</b>	<b>Tratamento</b>
Hipovolemia	Fluídos
Hipóxia	O2 a 100% (EOT)
Hipercalemia / Hipocalemia	Bicarbonato / Repositor de potássio
Hipotermia	Reaquecimento
Acidose (Hidrogênio)	Bicarbonato
Pneumotórax hipertensivo	Descompressão
Intoxicações por drogas	Antagonistas
Tamponamento cardíaco	Pericardiocentese
Tromboembolismo pulmonar	Trombolíticos?
IAM	PTCA-Trombólise

## ALGORITMO DE ASSISTOLIA/AESP



## O ECG / Bradiarritmias

### Bradiarritmias

#### Bradicardia:

- 1) Absoluta – frequência cardíaca < 60bpm.
- 2) Relativa – Frequência cardíaca menor que a desejada para uma condição

#### Bradicardias

**Lenta** (bradicardia absoluta)= FC < 60bpm ou

- **Relativamente lenta** (FC maior que a esperada para a condição ou causa subjacente)

Avalie ABC

Fixe as vias aéreas de forma não invasiva

Assegure-se de que um monitor/desfibrilador esteja disponível

Avalie ABC secundários / é necessário manejo de vias aéreas?

Oxigênio – acesso – IV – monitor – fluidos (MOV) Sinais vitais – oximetria de pulso, monitor de PA Obtenha e revise o ECG de 12 derivações

Obtenha e avalie uma radiografia torácica feita com um aparelho portátil

- Anamnese orientada ao problema
- Exame físico orientado ao problema
- Considere as causas (diagnósticos diferenciais)

Bradycardias

**Lenta** (bradicardia absoluta)=  $FC < 60 \text{ bpm}$

- **Relativamente lenta** (FC maior que a esperada para a condição ou causa subjacente)

Avalie ABC

Fixe as vias aéreas de forma não invasiva

Assegure-se de que um monitor/desfibrilador esteja disponível

Avalie ABC secundários / é necessário manejo de vias aéreas?

Oxigênio – acesso – IV – monitor – fluidos (MOV) Sinais vitais – oximetria de pulso, monitor de PA Obtenha e revise o ECG de 12 derivações

Obtenha e avalie uma radiografia torácica feita com um aparelho portátil

- Anamnese orientada ao problema
- Exame físico orientado ao problema
- Considere as causas (diagnósticos diferenciais)

A questão clínica-chave é se a bradicardia está fazendo com que o paciente adoença, ou se alguma outra doença está “causando” a bradicardia.

### Efeitos Clínicos da Bradicardia (critérios de instabilidade)

Sintomas: dor torácica anginosa, falta de ar, diminuição do nível de consciência, fraqueza, fadiga, intolerância a exercícios, tontura, vertigem e desmaios.

Sinais: hipotensão, queda da PA em posição ortostática, sudorese, congestão pulmonar ao exame físico ou radiografia torácica, ICC franca ou edema pulmonar, dor torácica, síndrome coronária aguda.

### Tratamento

A sequência de tratamento para bradicardia sintomática é:

- **Atropina** (agente de escolha para tratamento inicial – exceto para bloqueio cardíaco de segundo grau Mobitz II, bloqueio cardíaco de terceiro grau e pacientes submetidos a transplante cardíaco). Utilizar doses 0.5mg IV repetida a cada 3-5 minutos. Se após a primeira dose não houver resposta não associe DOPR ou Adrenalina;
- **Marca passo transcutâneo (disponível na USA do SAMU);**
- **Dopamina**: Após atingir dose máxima de atropina (0.04mg/Kg) adicionar uma infusão de dopamina (iniciar com 5µg/Kg/min.) e aumentar a dose de infusão rapidamente (até 20µg/Kg/min.);

**Adrenalina**: Se o paciente apresentar bradicardia grave com hipotensão, o fármaco de escolha é a adrenalina. A infusão de adrenalina também é indicada quando doses

- de mais altas de dopamina não fizerem mais efeito;

OBS - As infusões de adrenalina são preparadas da seguinte maneira: Misturar 1 ampola de 1mg de adrenalina em 500 ml de solução salina normal, a fim de produzir uma concentração de 2µg/ml. Isto pode ser infundido na velocidade de 1 a 5 ml/min.

OBS - A infusão de Dopamina (Amps = 50mg/10ml) diluída em 240ml de SF0,9%.

## A importância da localização do infarto e bloqueio cardíaco

### ***Infarto do VD***

Pacientes com infarto do VD ou inferior apresentam, freqüentemente, tono parassimpático excessivo. Os efeitos parassimpáticos provocarão a bradicardia, mas a hipotensão, se estiver presente, será devida mais provavelmente à hipovolemia que à bradicardia.

- ***Fornecer uma prova de volume cuidadosa com soro fisiológico (250-500 ml em 15-30 minutos).***

Esta ação pode salvar a vida destes pacientes.

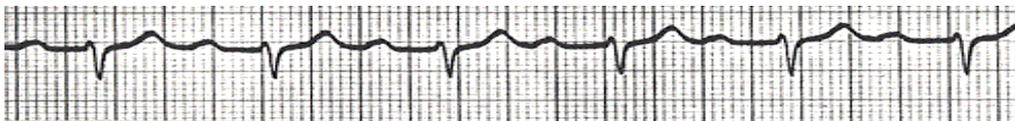
A baixa freqüência é na verdade uma bradicardia relativa: o coração devia bater mais rápido devido a baixa PA. O fluido em bolo aumenta as pressões de enchimento do VD, o que causa um aumento na força de contração do VD (lei de Starling).

Os *IAM* inferiores geralmente produzem um bloqueio cardíaco ou terceiro grau, com um ritmo de escape juncional de complexo estreito.

- Utilizar a **atropina** para aumentar a FC e a PA, se estes pacientes tornarem-se sintomáticos.

- Se não houver resposta à atropina, fornecer **dopamina** ou **epinefrina**. O defeito de condução é freqüentemente passageiro. Um MTC “em espera” deve ser utilizado (e testado) para esses pacientes, enquanto se aguarda pelo marcapasso transvenoso ou pela solução do bloqueio.

**BLOQUEIO ATRIO-VENTRICULAR DE PRIMEIRO GRAU**



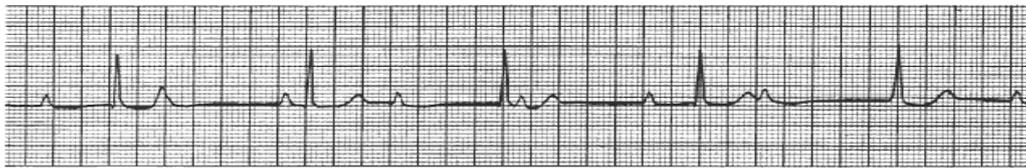
**BLOQUEIO ATRIO-VENTRICULAR DE SEGUNDO GRAU (MOBITZ I)**



## BLOQUEIO ATRIO-VENTRICULAR DE SEGUNDO GRAU (MOBITIZ II)



## BLOQUEIO ATRIO-VENTRICULAR DE TERCEIRO GRAU



## DOR TORÁCICA

Dor torácica é uma queixa comum e causa igualmente frequente de procura à sala de emergência nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Estima-se que cerca de 1-5 % do total de atendimentos na emergência são devido à dor torácica e que 20 – 35% destes correspondam, a uma situação clínica de gravidade como Síndrome Coronariana Aguda (SCA).

O grande desafio do emergencista é justamente diagnosticar os pacientes com alto risco de apresentarem uma SCA, além de outras etiologias menos frequentes, porém potencialmente fatais como Tromboembolismo Pulmonar (TEP) e as Síndromes Aórticas Torácicas Agudas (SATA) e Pneumotórax Hipertensivo (PH) que juntas representam 1% dos casos.

Contudo, o diagnóstico inicial da SCA no primeiro atendimento pode ser dificultado pelos seguintes fatos:

- 1) Dos pacientes que realmente apresentam um infarto agudo do miocárdio (IAM), apenas a metade tem um eletrocardiograma com alterações clássicas como supra desnível de segmento ST (CSST) à admissão;
- 2) Menos da metade dos pacientes com IAM sem supra desnível de segmento ST (SSST) apresenta creatinoquinase-MB (CK-MB) elevada à admissão.

Esses dados podem explicar porque, mesmo em centros de referência, 2 a 3 % de pacientes com IAM são indevidamente liberados da emergência, taxa que pode alcançar valores de até 10 a 20 % em alguns serviços, sendo que destes, 25% apresenta desfecho letal.

Tromboembolismo Pulmonar (TEP) é o bloqueio da artéria pulmonar ou de seus ramos. Geralmente, ocorre quando um trombo venoso profundo se desloca de seu local e formação e viaja, ou emboliza, para o fornecimento sanguíneo arterial de um dos pulmões. Os sintomas incluem dificuldade de respiração, dor torácica na

inspiração e palpitações. Os sinais clínicos incluem dor torácica, baixa saturação de oxigênio sanguíneo (hipóxia), respiração rápida (taquipneia) e frequência cardíaca aumentada (taquicardia). Casos graves de embolia pulmonar não tratada podem levar a instabilidade circulatória e morte súbita.

A Síndrome Aórtica Torácica Aguda (SATA) é uma das doenças de maior mortalidade que se conhece. A suspeita do diagnóstico da doença se baseia na história clínica com quadro de dor torácica aguda, que em geral se inicia retroesternal nas dissecções do Tipo A e se estende para a região interescapular na medida em que a dissecção progride distalmente. A dor, em geral, é de início súbito, intensa e pode ser acompanhada de sudorese e hipertensão. Hipotensão pode ocorrer quando há ruptura ou tamponamento cardíaco.

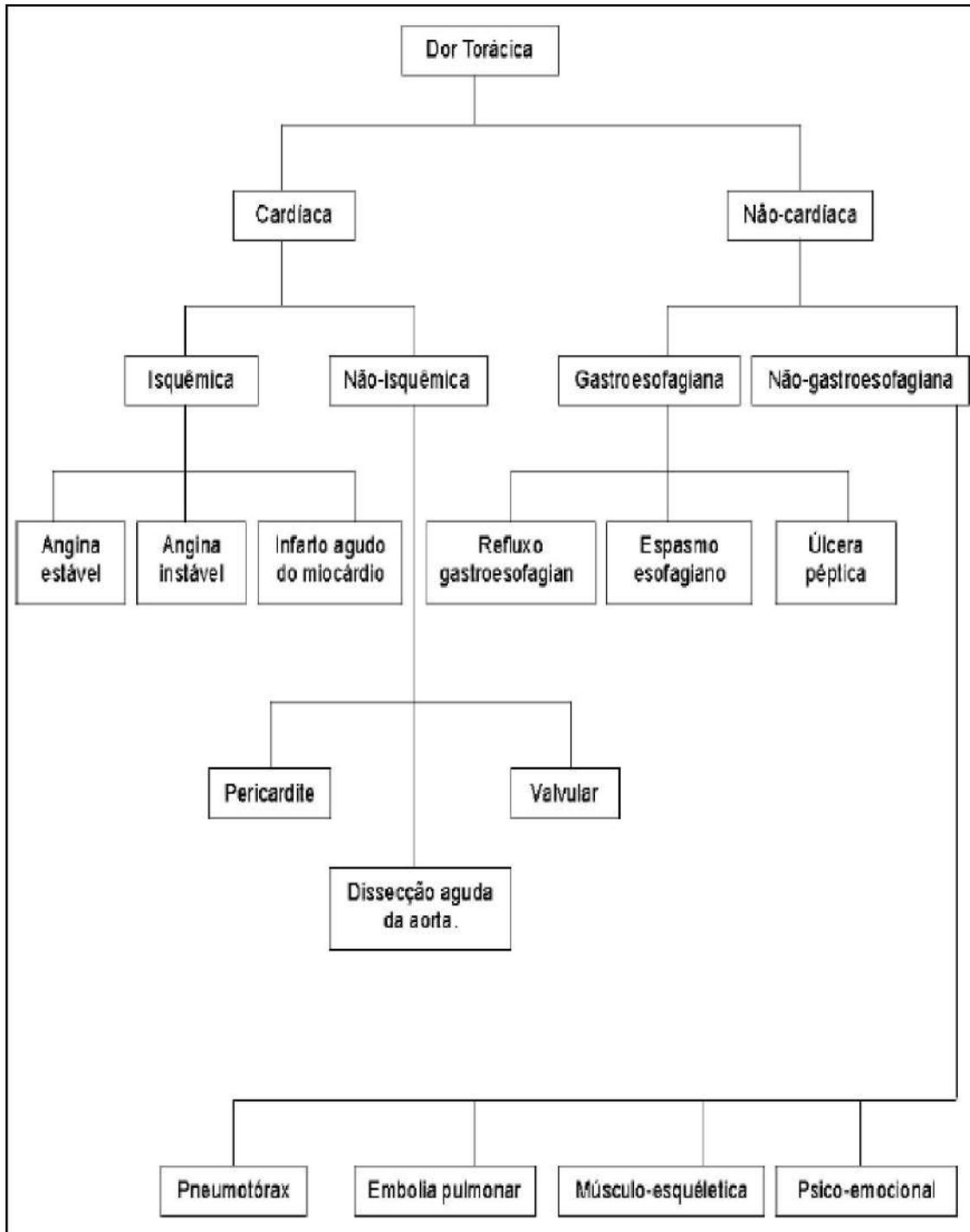
No pneumotórax hipertensivo há acúmulo de ar na cavidade pleural por um sistema de válvula unidirecional, que faz com que o ar possa entrar, mas não possa sair. O pulmão do lado afetado é completamente colapsado, e a traquéia e o mediastino são deslocados para o lado oposto, comprometendo o retorno venoso e causando compressão do pulmão contralateral à lesão.

Na maioria das vezes, a causa é a lesão do parênquima pulmonar, que pode ser agravada com pressão positiva. Lesões traumáticas da parede torácica também podem ser causa de pneumotórax hipertensivo ocasionalmente. Não é incomum que a inserção de cateteres na veia subclávia ou jugular interna seja a causa de

pneumotórax.

Os sinais clínicos do pneumotórax hipertensivo são dispnéia, taquicardia, hipotensão, desvio da traquéia para o lado oposto, ausência de murmúrio vesicular unilateral, turgênciad as veias do pescoço e timpanismo à percussão. A cianose pode surgir como uma conseqüência tardia da hipóxia.

## CAUSAS DE DOR TORÁCICA



## Síndrome Coronária Aguda

As 10 etapas da avaliação do paciente com síndrome coronariana nas UPAs/UBS/ PS

- 1) Em pacientes com dor torácica aguda sugestiva de síndrome coronariana aguda realizar o ECG de 12 derivações em menos de 10 minutos
- 2) Encaminhar o paciente para a sala de emergência e iniciar a utilização de M.O.V. (monitor, oxigênio e veia) - enfermeiro classificação de risco.
- 3) **Análise de ECG pelo médico**
- 4) Avaliação do caso clínico pelo médico
- 5) Classificar de acordo com os achados clínicos / eletrocardiográficos
- 6) Iniciar o tratamento imediato em caso de síndrome coronariana aguda (MONAB)
- 7) Manter sob monitoramento constante (ECG, oximetria, PA, Pulso)
- 8) Solicitar a regulação médica do SAMU
- 9) Estar preparado para intercorrências enquanto estiver no aguardo (FV, outras arritmias)
- 10) Passar o caso para o médico do SAMU

### **Avaliação imediata (<10 minutos)**

- Verifique os sinais vitais (manguito de PA automático/manual);
- Meça a saturação de oxigênio;
- Estabeleça um acesso IV;
- Obtenha o ECG de 12 derivações (revisão por médico);
- Faça anamnese e exame físicos breves e direcionados, concentre-se na elegibilidade para terapêutica fibrinolítica

Os padrões eletrocardiográficos são analisados, permitindo identificar 4 grupos:]

#### **Eletrocardiograma com supra desnível de ST:**

Presença de supra desnível de J-ST >0,1mV em pelo menos duas derivações contíguas do plano frontal, ou >0,2mV em pelo menos duas derivações contíguas do plano horizontal (V1 a V6).

##### **1) Eletrocardiograma com infra desnível de ST ou inversão de T:**

Presença de infra desnível de J-ST 0,1mV em pelo menos duas derivações contínuas, ou inversão isola de T em pelo menos duas derivações contíguas;

##### **2) Eletrocardiograma com bloqueio de ramo esquerdo:**

Em ritmo sinusal, presença de complexos QRS com duração 120ms, com morfologia QS ou rS em VI e deflexão intrinsecóide 60ms em I, V5

ou V6, associado à ausência de onda Q nestas derivações;

**3) Eletrocardiograma normal ou inespecífico:**

Ausência de qualquer alteração, ou presença de alterações de duração e morfologia QRS e/ou as alterações de posição de J – ST e T que não se enquadrem nas acima descritas, mesmo em presença de ondas Q patológicas consideradas antigas.

**Classificar os tipos de dores A, B, C,D:**

A abordagem inicial ao paciente com dor torácica consiste em se definir, através de uma breve história clínica, se o sintoma decorre de uma provável causa cardíaca ou de provável causa não-cardíaca. Para tanto, deve-se tentar classificar a dor em um dos seguintes tipos:

**7.1 – Tipo A (dor definitivamente anginosa):**

Dor torácica cujas características dão a certeza do diagnóstico de SCA, independentemente do resultado dos exames complementares.

**– Tipo B (dor provavelmente anginosa):**

Dor torácica cujas características sugerem SCA como principal hipótese diagnóstica, porém com necessidade de exames complementares para a confirmação do diagnóstico.

**– Tipo C (dor provavelmente não anginosa):**

Dor torácica cujas características não sugerem SCA como a principal hipótese diagnóstica, porém há necessidade de exames complementares para excluí-la.

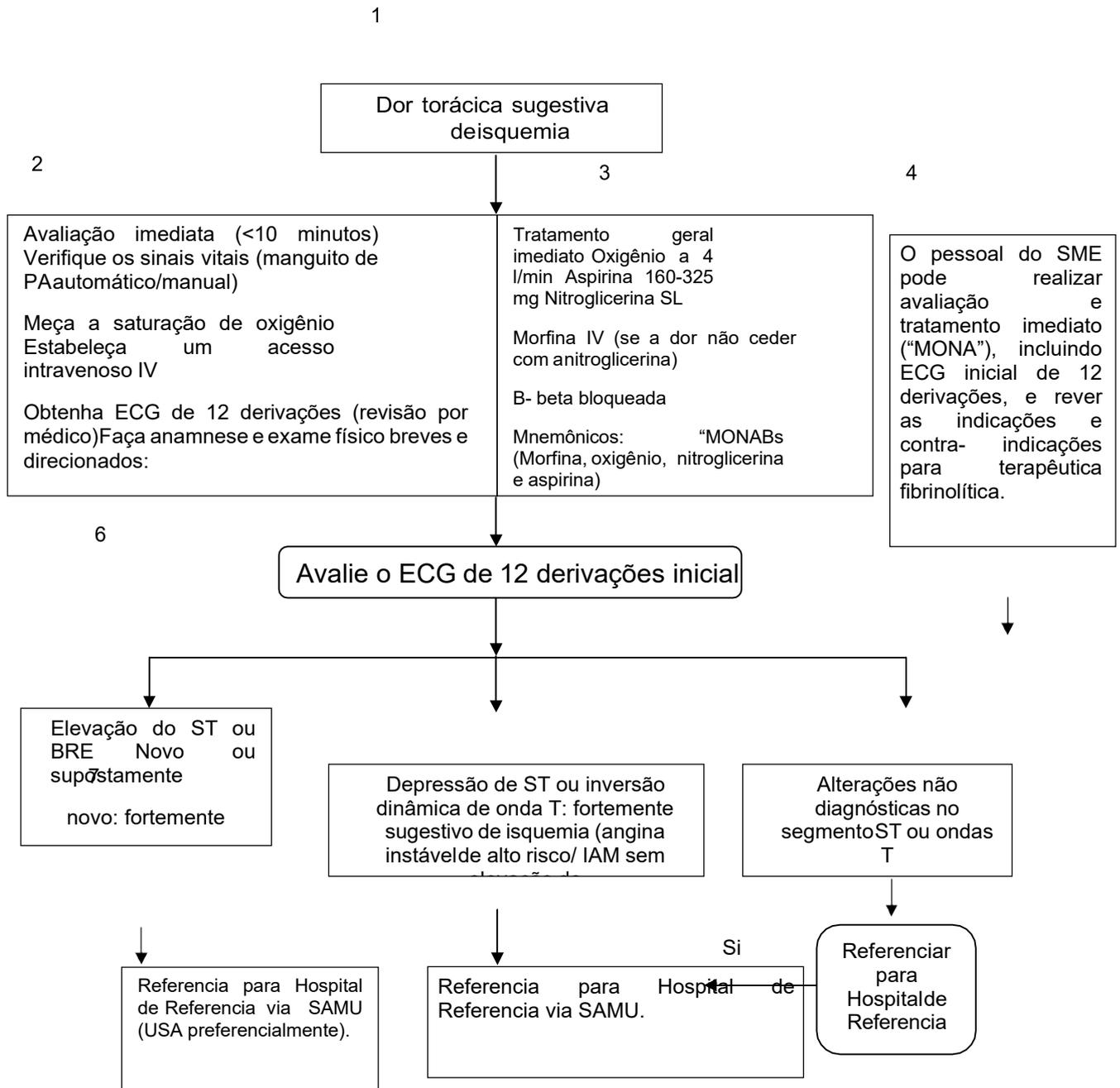
**– Tipo D (dor definitivamente não anginosa):**

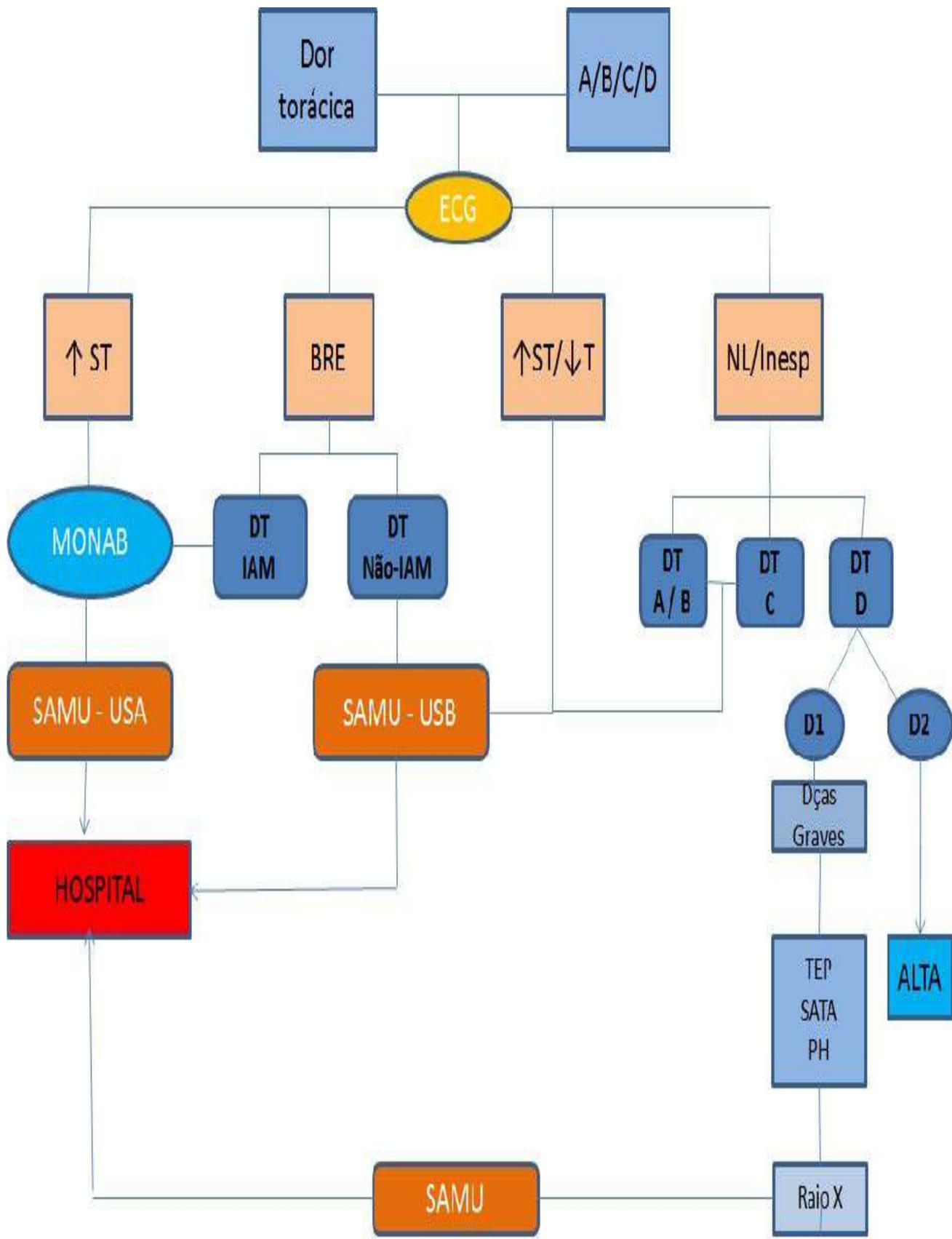
Dor torácica cujas características não sugerem SCA no diagnóstico diferencial etiológico.

Pode ser subdividida em:

**D1**= Possíveis doenças graves com diagnóstico etiológico não determinado;

**D2** = Com diagnóstico etiológico determinado.





ECG

↑ ST

BRE

Eletro

Cardiogra

ma Supra

do

Segment

o ST

Bloqueio de Ramo Esquerdo

Supra do Segmento ST

ou Inversão de T Normal

ou Inespecífico

Morfina. Oxigênio,  
Nitrato, AAS, Beta  
bloqueador

Dor Torácica – Infarto Agudo do  
Miocárdio

Dor Torácica – Não Infarto Agudo  
do Miocárdio

↑ST/↓T

NL/Inesp

MONAB

DT

IA

DT

Não-

SAMU (USA)

Dças  
Grave

TE  
P  
SAT

SAMU – USA Suporte  
Avançado e USB  
Suporte Básico

Doenças Graves

Tromboembolismo  
Pulmonar, Síndromes  
Torácicas Aórticas  
Agudas, Pneumotórax  
Hipertensivo

### Tratamento Geral Imediato (MONAB):

- **Oxigênio** a 5l/min. Utilizar uma máscara ou cânula nasal objetivando saturação de oxigênio maior que 90%;
- **Aspirina**: Recomenda-se a utilização rotineira de aspirina (160 – 325mg) a todosos pacientes com IAM ou SCA;
- **Nitroglicerina**: SL para desconforto contínuo no peito, se a pressão arterial sistólica for maior que 90mmHg e não houver outras contra-indicações. Dinitrato de isossorbida (isordil): administrar 5mg em intervalos de cinco minutos (dose máxima 15mg);
- **Morfina EV**: Utilizar doses de 2 a 4mg em intervalos de cinco minutos, se necessário, aos pacientes que obtiverem um completo alívio da dor com nitroglicerina ou nitrato;
- **Betabloqueador EV**: considere em pacientes estáveis com frequência entre 60 e 100 bpm. Contra indicações: sinais de ICC, FC < 60 ou > 100

## INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIABRONCOESPASMO

### INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA

#### **A – Falência súbita das funções do trato respiratório:**

- Ventilação – Tipo II
- Oxigenação – Tipo I
- A 1

#### Causas:

- Tipo I = Distúrbio V/Q (Pneumonias – TEP)  
Alteração de difusão (Edema Agudo de Pulmão)  
SHUNT (SDRA)
- Tipo II = Depressão do drive respiratório  
Doenças neuromusculares  
Sobrecarga ventilatória (ASMA)

#### **B – Quadro clínico**

- Dispnéia;
- Cianose;
- Alterações do nível de consciência;
- Alterações hemodinâmicas;

- Alterações da FR, uso de MM acessórios;
- Doença de base.

**C – Diagnóstico laboratorial:**

- Oximetria de pulso

**D – Conduta:**

- Oxigenioterapia;
- Monitorização;
- Acesso venoso;
- Doença de base.

## **E – Oxigenioterapia:**

- Máscara;
- Cateter nasal;
- Venturi;
- Máscara com reservatório;
- Ventilação mecânica:
  - Invasiva;
  - Não invasiva.

## **BRONCOESPASMO**

### **Pneumopatias obstrutivas**

- Crise asmática;
- Agudização do DPOC.

### **Fisiopatologia:**

- Processo inflamatório crônico das vias aéreas.

**Quadro clínico:**

- Dispneia;
- Tosse;
- Sibilos;
- Opressão torácica.

## **Tratamento:**

A – Oxigenioterapia (se saturação de O<sub>2</sub> < 90% ):

- Máscara, cateter nasal, venturi, máscara com reservatório

B – Drogas broncodilatadoras inalatórias:

- Beta 2 adrenérgicos = Fenoterol, Salbutamol;
- Parassimpatolíticos = brometo de ipratrópio.

C – Drogas brocodilatadoras sistêmicas:

- Aminofilina;
- Terbutalina.

D – Antiinflamatórios esteroidais/:

- Parenterais = Hidrocortisona, Metil Prednisolona;
- Orais= Prednisona.

## **Conduta no Pronto Atendimento:**

- 1 – O<sub>2</sub> se necessário, cuidado para pacientes DPOC com máscara de O<sub>2</sub> com altas FiO<sub>2</sub>;
- 2 – Fenoterol 2,5 mg = 10 gt ( Máximo = 5 mg ou 20 gt );
- 3 - Inalações seriadas 15/15 min;

- 4 – Avaliação clínica, se não ocorrer melhora: Associar ipratrópio 20 – 40 gts ( 250 – 500 mg )Inalações seriadas 30/30 min , 1 – 4 horas;
- 5 – Corticóide parenteral: Hidrocortisona após as 4 horas ou já a partir da primeira horaSe necessário. Dose = 5 mg/kg;
- 6 – Aminofilina – Terceira linha Dose = 5 mg/Kg , administrar EV em 30 minutos (Maximo = 250 mg ou 1 ampola );
- 7 – Sulfato de magnésio (crise asmática grave):  
Dose = 2 g em 30/40 minutos (2 amp. Sulfato Magnésio 10%).

**Se receber alta:**

- Prednisona 40 mg/dia por 7 dias;
- Inalações com Beta 2 agonista 4/4 horas por 48 horas.

**Se necessário internar:**

- Manter todas as drogas utilizadas no PS;
- Se necessário Aminofilina, manter inicialmente em infusão contínua.

Se não tiver resposta com as medidas acima, evoluir com alteração do nível de consciência,exaustão, instabilidade hemodinâmica, fadiga = cuidados de CTI;

No atendimento da agudização do DPOC nunca esquecer que a infecção é o principal desencadeante.

DPOC – Quando indicar antibioticoterapia?

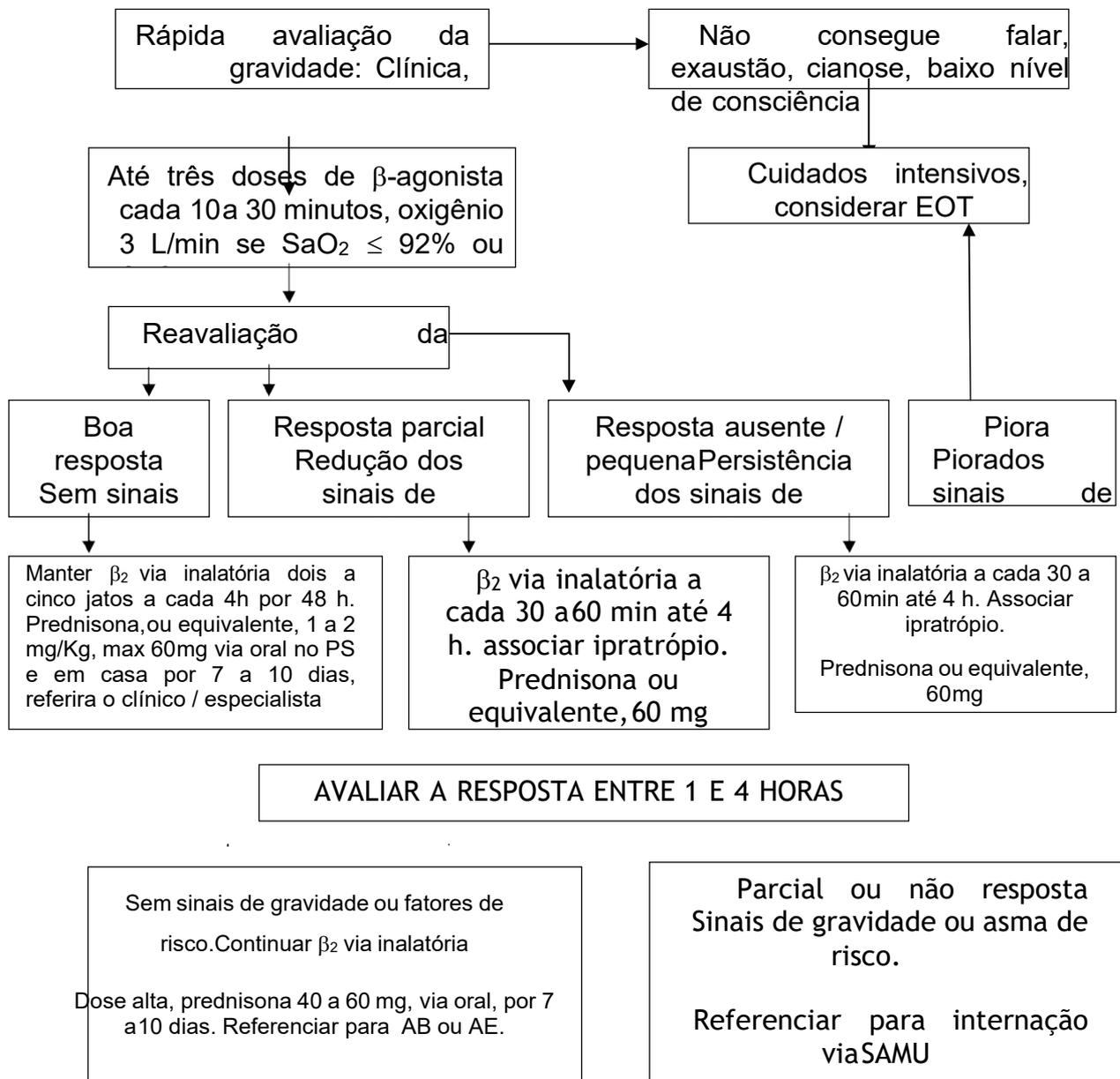
- Piora da dispnéia e alteração do escarro.

**Quais antibióticos podem ser utilizados?**

- Abaixo dos 65 anos e sem comorbidades = Amoxicilina;
- Acima dos 65 anos e com comorbidades = Macrolídeos ou Quinolonas respiratórias;
- Avaliar caso a caso, considerar a necessidade e encaminhamento para melhor avaliação (exames, especialistas).

OBS: Iniciar a primeira dose de antibiótico nas primeiras 4 horas na UPA.

## Conduta- crise asmática no Pronto Atendimento



### DOSE DOS MEDICAMENTOS

#### Aerossol dosimetrado (AD) + espaçador de grande volume:

$\beta_2$  - agonista - cinco jatos; Ipratrópio - três jatos

**Nebulizador jato:** soro fisiológico 3 a 5ml, oxigênio 6 L/min, máscara bem adaptada à face (preferível bucal)  $\beta_2$ -agonista-2,5 mg (10 gotas); Ipratrópio - 250  $\mu$ g (20 gotas). Pacientes graves podem beneficiar-se do dobro da dose usual.

## CRISE HIPERTENSIVA / EDEMA AGUDO DE PULMÃO

### Edema Agudo de Pulmão:

Síndrome clínica que pode resultar de causas diversas. No entanto, as alterações fisiopatológicas finais são semelhantes e decorrem do acúmulo de fluídos nos espaços alveolares e intersticiais dos pulmões, resultando em hipoxemia, complacência pulmonar diminuída, trabalho respiratório aumentado e relação ventilação-perfusão anormal.

<b>Classificação etiológica do edema agudo de pulmão</b>
<p style="text-align: center;"><b>1. Causas hemodinâmicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiência ventricular esquerda.</li> <li>• Obstrução da valva mitral (estenose mitral, mixoma de átrio esquerdo, trombose de átrio esquerdo).</li> <li>• Arritmias cardíacas.</li> <li>• Hipervolemia.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>2. Permeabilidade capilar alterada</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Endotoxemia.</li> <li>• Infecção (viral, bacteriana) pulmonar.</li> <li>• Quase afogamento.</li> <li>• Aspiração pulmonar.</li> <li>• Anafilaxia.</li> <li>• Síndrome do desconforto respiratório agudo.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>3. Pressão oncótica do plasma diminuída</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>4. Excesso de pressão intrapleural negativa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reexpansão de pneumotórax</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>5. Miscelânea</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neurogênico, após traumatismo craniano.</li> <li>• Edema pulmonar de altitude.</li> <li>• Embolia pulmonar.</li> </ul>

Duas situações clínicas mais frequentes são reconhecidas, sendo a principal, a elevação da pressão hidrostática capilar em decorrência do aumento da pressão diastólica final do VE durante a falência ventricular esquerda. Por isso, esse tipo de

edema pulmonar é chamado de hemodinâmico ou cardiogênico.

O segundo mecanismo de edema pulmonar é o aumento da permeabilidade da membrana endotelial do capilar pulmonar, levando a um incremento do fluxo de proteínas do capilar para o espaço intersticial. Esse tipo de edema é chamado não cardiogênico.

Um terceiro mecanismo de edema pulmonar ocorre por redução da pressão oncótica do plasma.

### **Quadro Clínico**

O denominador comum das situações de edema pulmonar hemodinâmico é o aumento da pressão hidrostática capilar que atinge níveis superiores à 25mmHg. Pequenos acúmulos de líquido provocam taquipnéia, taquicardia e poucas crepitações grossas à ausculta pulmonar, como ocorre em pacientes portadores de insuficiência cardíaca prévia.

Ex. Físico: Palidez, sudorese fria, cianose de extremidades, utilização da musculatura respiratória acessória com respiração superficial e ruidosa.

### Exames Complementares:

- ECG: avaliar alterações eletrocardiográficas sugestivas de isquemia; arritmias; sobrecargas atriais e ventriculares que possam sugerir cardiopatias orovalvares ou hipertensão arterial sistêmica;
- Radiografia de tórax: Avaliar área cardíaca, campos pulmonares (detectando-se edema intersticial e/ou alveolar);
- Oxímetro de pulso.

### Tratamento:

As medidas fundamentais incluem:

- **Oxigênio:** Melhor administrado através de máscara facial com reservatório, podendo atingir fração inspiratória de oxigênio próximo a 100%.
- **Vasodilatadores:** O uso de nitratos sublinguais a cada 5 -10 minutos é de grande valor. Mediante PA sistólica > 90mmHg, pode-se utilizar nitroglicerina na dose de 0.3 a 0.5 microgramas/Kg/min. O nitroprussiato de sódio, na dose inicial de 0.1 microgramas/Kg/min, pode ser utilizado na ausência de resposta terapêutica com a nitroglicerina.
- **Diuréticos de alça (Furosemida):** Na dose inicial de 40 a 80mg IV têm efeito imediato por aumentar a capacitância venosa. Assim, esses diuréticos diminuem a pré-carga antes de induzir diurese.
- **Morfina:** na dose de 1 – 2mg administradas a cada 1 a 2 minutos atuam

reduzindo a pré-carga, os reflexos pulmonares responsáveis pela dispneia e a ansiedade. A posição sentada é preferencial na abordagem do paciente em edema agudo de pulmão. Tal posição facilita a movimentação do diafragma pela ação da gravidade, diminuindo o trabalho respiratório.

Ventilação mecânica invasiva e não invasiva (CPAP, BIPAP), se disponível.

## **Emergências Hipertensivas**

### **Definições e Dilemas:**

Existem inúmeras definições para os termos crise hipertensivas, 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 elevada deve ser utilizado em vez de crise hipertensiva, uma vez que a maioria dos pacientes que chegam ao pronto-socorro (P S) 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. Alguns autores consideram um nível de PA diastólica maior que 120 mmHg como parte da definição; entretanto, o nível

da PA tem importância secundária visto que podemos ter lesão aguda de órgãos-alvo com pressões diastólicas menores que 120 mmHg, particularmente nos indivíduos que não são hipertensos crônicos como na eclampsia e nas glomerulonefrites agudas.

Por outro lado, hipertensos crônicos não tratados podem apresentar pressões diastólicas maiores que 120 mmHg sem nenhum sintoma ou evidência de lesão aguda em órgão-alvo. Por exemplo, em um indivíduo normotenso, uma pressão arterial média (PAM) de 60 mmHg é suficiente para manter um fluxo sanguíneo constante, já para um hipertenso, a mesma PAM de 60 mmHg pode estar associada a uma diminuição importante do fluxo sanguíneo em órgãos nobres.

Em indivíduos normotensos, o fluxo é constante até PAM de cerca de 150 mmHg, acima da qual há aumento do fluxo sanguíneo com possível extravasamento de líquido para o intravascular e instalação de encefalopatia hipertensiva.

Em hipertensos crônicos este limite é superior, encontrando-se em PAM acima 200 mmHg.

Outro aspecto das definições é a diferenciação entre urgências e emergências hipertensivas. As emergências hipertensivas são situações com lesão aguda de órgãos-alvo e risco iminente de vida, que necessitam redução imediata da PA (não necessariamente para níveis normais).

Tais emergências devem ser tratadas inicialmente nas UBSs e UPAs, e a seguir encaminhadas para o hospital (preferencialmente numa unidade de terapia intensiva). Já as urgências hipertensivas são situações em que existe risco potencial de lesão de órgão-alvo, como por exemplo, pacientes que já apresentam alguma lesão de órgão-alvo prévia.

(infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral ou insuficiência cardíaca) e que, portanto, apresentam um risco maior de novas complicações e curto prazo na vigência de PA acentuadamente elevada. Muitas vezes, as urgências hipertensivas necessitam apenas de ajuste ou introdução de anti-hipertensivos e acompanhamento ambulatorial precoce, sem necessidade de internação;

Nestes casos, nos parece que o mais importante é o empenho do médico em conseguir um acompanhamento ambulatorial precoce e aumentar o grau de entendimento do paciente de que este apresenta uma doença grave com risco de sérias complicações e necessidade de acompanhamento médico adequado (encaminhar para UBSs ou atenção especializada).

Existem ainda as pseudocrises hipertensivas, situações nas quais o aumento acentuado da PA é desencadeado por dor (cólicas, cefaleia, fibromialgia), desconforto (tonturas, mal-estar), ansiedade, abandono do tratamento ou uma associação destes fatores.

Este grupo de paciente é provavelmente o responsável pela maior parte dos que procuram um pronto-socorro (P S) com PA acentuadamente elevada.

Não há, entretanto, estudos epidemiológicos de prognóstico que validem esta classificação em termos de incidência de complicações e eventos adversos em curto prazo. Desta forma, esta classificação é apenas uma convenção e não se baseia em

dados epidemiológicos e sim em suposições e dados fisiopatológicos. De fato, a grande maioria dos pacientes de P S com PA acentuadamente elevada não apresenta sintoma referente á hipertensão e não tem lesão rapidamente progressiva de órgãos-alvo em curto prazo. O risco de desenvolver infarto agudo do miocárdio (IAM) ou acidente vascular cerebral (AVC) é pequeno em curto prazo.

Assim, de uma maneira simplificada, convencionou-se categorizar pacientes com PAD

> 120 mmHg ou PAS > 180 mmHg como tendo PA acentuadamente elevada; a emergência hipertensiva será definida pela presença de lesão aguda de órgãos-alvo com risco iminente de vida e pelo risco em curto prazo de desenvolver lesões agudas de órgãos-alvo.

As principais dificuldades do manejo da PA acentuadamente elevada no P S englobam uma série de perguntas para o médico emergencista.

- 1) A paciente esta estável?
- 2) Que investigação adicional deve-se realizar?
- 3) O paciente necessita de intervenção imediata?
- 4) Qual a intervenção mais adequada?

## Epidemiologia

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é muito comum nos países ocidentais. Estima-se que a prevalência de HAS seja de 20% a 25% da população. A HAS essencial é a principal causa, e um grande número de pacientes desconhece ser hipertenso. Além disso, uma parcela considerável dos hipertensos não apresenta um controle adequado da PA.

Estima-se que de 1% a 2% dos hipertensos apresenta crise hipertensiva a cada ano, esta incidência é maior em negros, idosos e em hipertensos sem controle adequado da PA.

O principal motivo que leva ao descontrole pressórico é: falta de acompanhamento com médico de atendimento primário e problemas com álcool e uso de drogas ilícitas foram identificados como fatores de risco para apresentação ao P S com crise hipertensiva.

A tendência temporal é de queda na incidência das crises hipertensivas nestas populações, atribuída em parte a um melhor controle da PA em virtude de melhor aderência e entendimento da necessidade do tratamento.

A hipertensão maligna incide em cerca de 1% dos hipertensos, sendo duas vezes mais frequente em homens.

Em pacientes brancos, até 80% dos casos de hipertensão maligna são causados

por hipertensão secundária, principalmente se a apresentação ocorre antes de 30 anos. Em pacientes negros, a hipertensão essencial é a principal causa de hipertensão maligna (cerca de 82%), inclusive em pacientes mais jovens. Não temos dados nacionais que permitam uma estimativa das causas de hipertensão maligna na população mulata. Em relação a emergências hipertensivas em geral, estima-se que de 23% a 56% dos pacientes, a depender da população estudada, apresentam uma causa secundária de hipertensão arterial.

### **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.

A história deve incluir duração e gravidade da hipertensão previamente existente, presença de lesão prévia de órgão-alvo (insuficiente cardíaca, doenças coronariana, insuficiência renal, doença cerebrovascular), uso de medicações anti-hipertensivas, grau de aderência ao tratamento e controle da PA, uso de outras substâncias, como

simpaticomiméticos ou drogas ilícitas e, principalmente, presença de sintomas específicos, sugerindo comprometimento de órgãos-alvo. Tais sintomas incluem dor torácica (isquemia miocárdica ou dissecção de aorta), dorsalgia ou lombalgia (dissecção de aorta), dispneia (insuficiência cardíaca – ICC), sintomas neurológicos focais, cefaleia, convulsões e alterações do nível de consciência.

O exame físico também deve dar ênfase aos sistemas cardiovasculares e nervoso central. A PA deve se medida com o paciente deitado e em pé (se possível) para avaliar depleção volêmica e nos dois braços. Os pulsos devem ser verificados. O exame cardiovascular deve buscar por sinais de ICC como taquipnéia, estase jugular, crepitações pulmonares, B<sub>3</sub>, ictus desviado, hepatomegalia, edema de membros inferiores e de dissecção de aorta como pulsos assimétricos, medidas significativamente diferentes da PA nos dois braços, sopros cardíacos e abdominais, massas pulsáteis. O exame neurológico deve avaliar o nível de consciência e orientação, sinais de irritação meníngea, campo visual e sinais neurológicos focais.

Exames complementares importantes incluem um ECG para avaliar a presença de isquemia miocárdica; RX de tórax para avaliar área cardíaca, congestão pulmonar e sinais de dissecção de aorta; e glicemia capilar (dextro) para avaliar hipoglicemia em casos de alteração do nível de consciência. Outros exames serão solicitados conforme indicação clínica.

## 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 á sala de emergência e a tratamento iniciado concomitantemente á avaliação clinica 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 dispnéia) 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 P S (preferencialmente num local silencioso e com pouca luminosidade) com avaliação posterior.

Nestes casos, a solicitação de exames complementares deverá se feita com base na suspeita clinica após historia e exame físico. Este grupo de pacientes apresenta ,

na maioria das vezes, pseudocrise hipertensivas e urgências hipertensivas, e menos comumente uma emergência hipertensiva. Entretanto, é importante ressaltar que este grupo de pacientes deve ser avaliado adequadamente para que não se liberem para acompanhamento ambulatorial pacientes com emergências médicas não suspeitadas.

Pacientes com cefaléia tensional, enxaqueca ou outras cefaléias primárias associadas a aumento acentuado da PA devem receber analgésicos e sintomáticos com reavaliação posterior. Pacientes com sintomas sugestivos de ataque de pânico ou muito ansiosos devem receber um sedativo (benzodiazepínico) e ser reavaliados posteriormente. Pacientes com tontura devem ser minuciosamente avaliados para se descartar doença cerebrovascular vertebrobasilar, medicados com sintomáticos e reavaliados periodicamente.

- 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, aténíveis de PAS normais em alguns dias;
- Redução imediata em 15 a 20 min da admissão na suspeita de dissecção de aorta e/ouEAP. Utilizar B bloqueador + nitroprussiato para dicecção de aorta;
- Alcançar e manter a PAS 180X100mmHg em 6 a 12 horas da admissão no AVCI ou H

## TAQUIARRITMIAS

### Taquicardias:

As decisões sobre o tratamento de taquicardias clinicamente significativas exigem que os médicos perguntem e respondam a duas questões – chave:

1. O paciente está estável ou instável? Com sinais e sintomas importantes devidos a taquicardia?

Em geral, as taquicardias estáveis são tratadas com fármacos (pelo menos inicialmente) ao passo que as taquicardias instáveis exigem cardioversão imediata.

2. A questão do ECG: O complexo QRS é largo ou estreito?

Isto é importante primariamente porque orienta a escolha da farmacoterapia.

### **Princípios de novos tratamentos para arritmias:**

- **Antiarrítmicos são também pró-arrítmicos;**
- **Um antiarrítmico pode auxiliar, mais de um pode ser nocivo.** O uso de dois ou mais antiarrítmicos aumenta o risco de complicações da função e do ritmo cardíaco;
- **Os antiarrítmicos podem agravar o estado de um coração debilitado.** Se o

paciente com taquicardia sintomática tem a função miocárdica deteriorada, a maioria dos antiarrítmicos agravará a função cardíaca;

- **A cardioversão elétrica pode ser a intervenção de escolha ou um “segundo antiarrítmico”.** Vale o critério “instável x estável, respectivamente”;
- **Primeiro o diagnóstico, depois o tratamento.** As novas diretrizes estabelecem uma prioridade maior na identificação da arritmia, se o tempo e estado clínico permitirem.

### **Taquicardia estável**

A taquicardia estável refere-se à condição em que o paciente apresenta:

- FC > 100bpm

### **Taquicardias**

As decisões sobre o tratamento de taquicardias clinicamente significativas exigem que os médicos perguntem e respondam a duas questões – chave:

3. *O paciente está estável ou instável? Com sinais e sintomas importantes devidos a taquicardia?*

Em geral, as taquicardias estáveis são tratadas com fármacos (pelo menos inicialmente) ao passo que as taquicardias instáveis exigem cardioversão imediata.

4. A questão do ECG: O complexo QRS é largo ou estreito?

Isto é importante primariamente porque orienta a escolha da farmacoterapia.

**Princípios de novos tratamentos para arritmias**

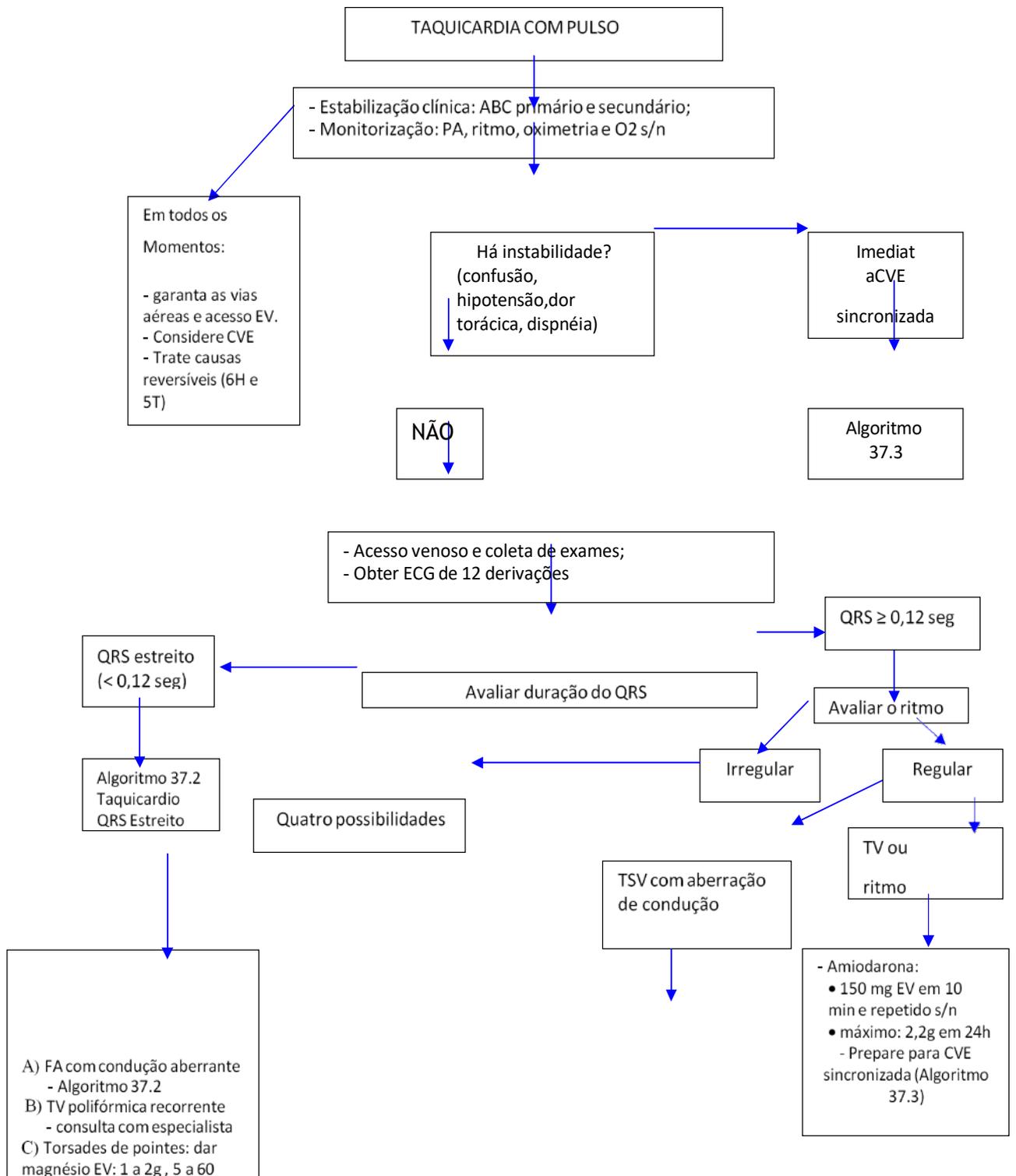
- **Antiarrítmicos são também pró-arrítmicos.**
- **Um antiarrítmico pode auxiliar, mais de um pode ser nocivo.** O uso de dois ou mais antiarrítmicos aumenta o risco de complicações da função e do ritmo cardíaco.
- **Os antiarrítmicos podem agravar o estado de um coração debilitado.** Se o paciente com taquicardia sintomática tem a função miocárdica deteriorada, a maioria dos antiarrítmicos agravará a função cardíaca.
- **A cardioversão elétrica pode ser a intervenção de escolha ou um “segundo antiarrítmico”.** Vale o critério “instável x estável, respectivamente”.
- **Primeiro o diagnóstico, depois o tratamento.** As novas diretrizes estabelecem uma prioridade maior na identificação da arritmia, se o tempo e estado clínico permitirem.

**Taquicardia estável:**

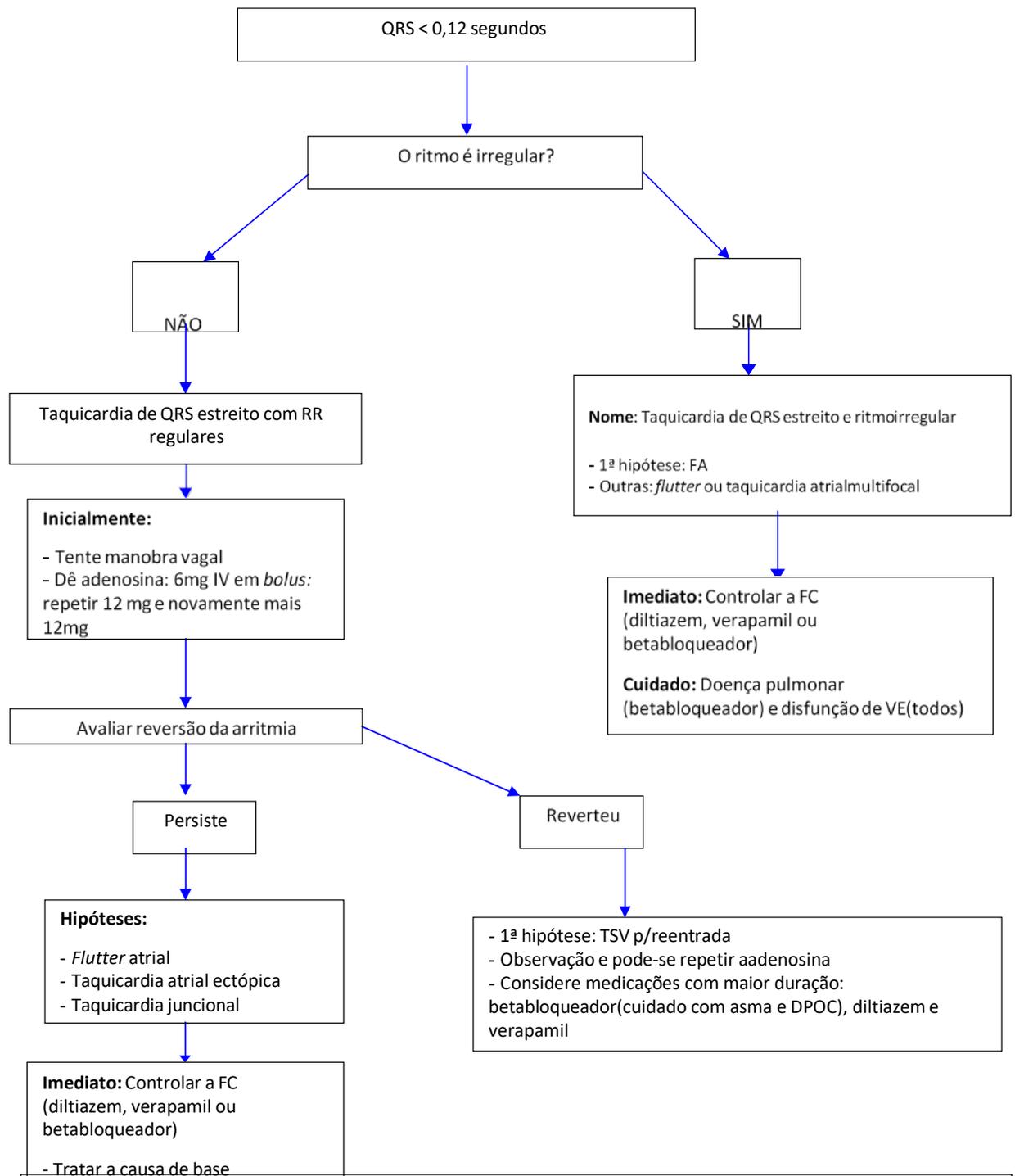
A taquicardia estável refere-se à condição em que o paciente apresenta:

- FC > 100bpm

### ALGORITMO- TAQUICARDIA COM PULSO\*



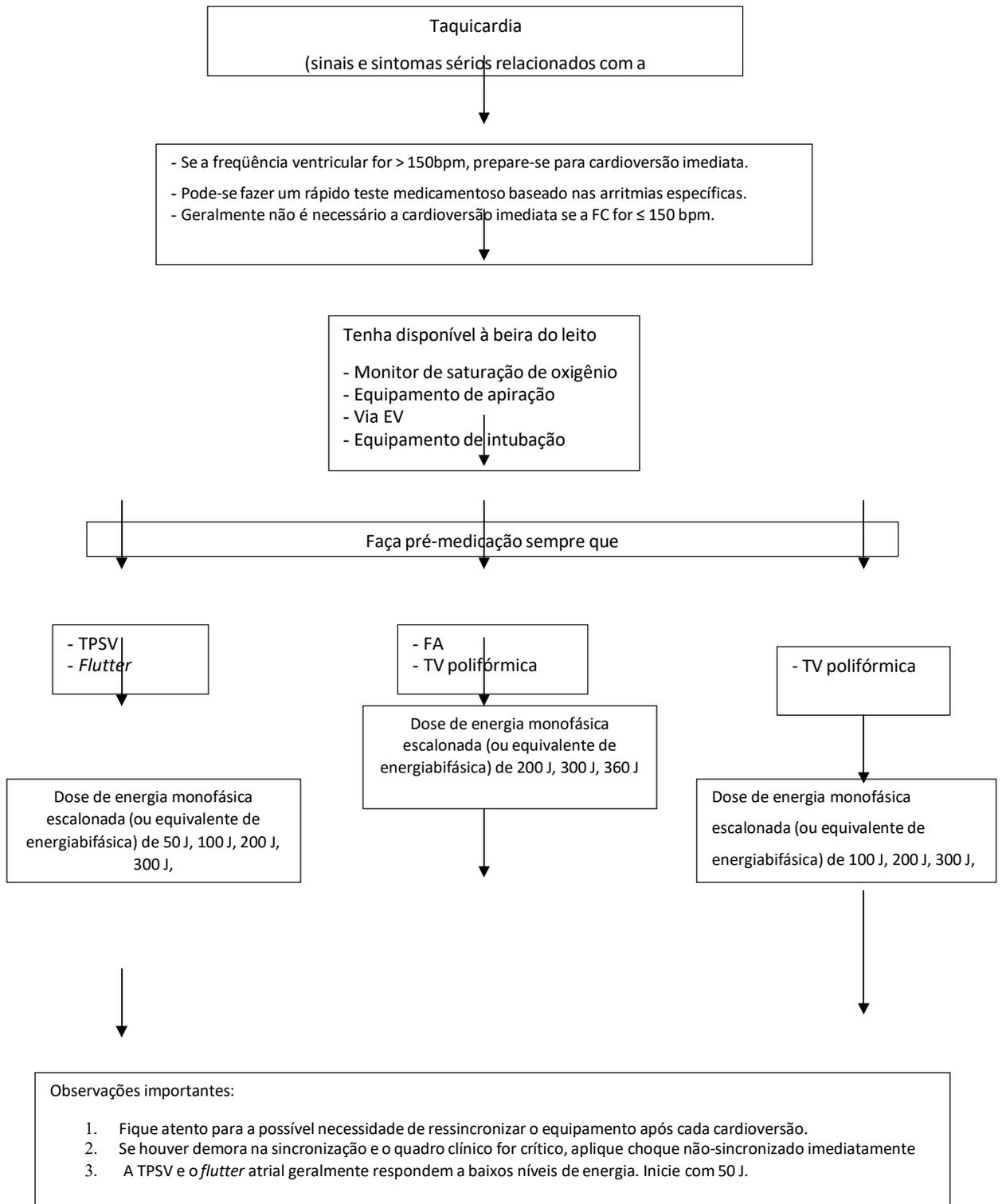
### ALGORITMO - TAQUICARDIA COM QRS ESTREITO \*,\*\*



\* Baseado no Suporte Avançado de Vida 2005: <http://www.circulation.org> e <http://www.aha.org>

\*\*Em todos os momentos, avalie vias aéreas, respiração, acesso EV; considere CVE e trate fatores reversíveis (6H e 5T)

### ALGORITMO – CARDIOVERSÃO SINCRONIZADA\*



**Fármaco**
**Dose**

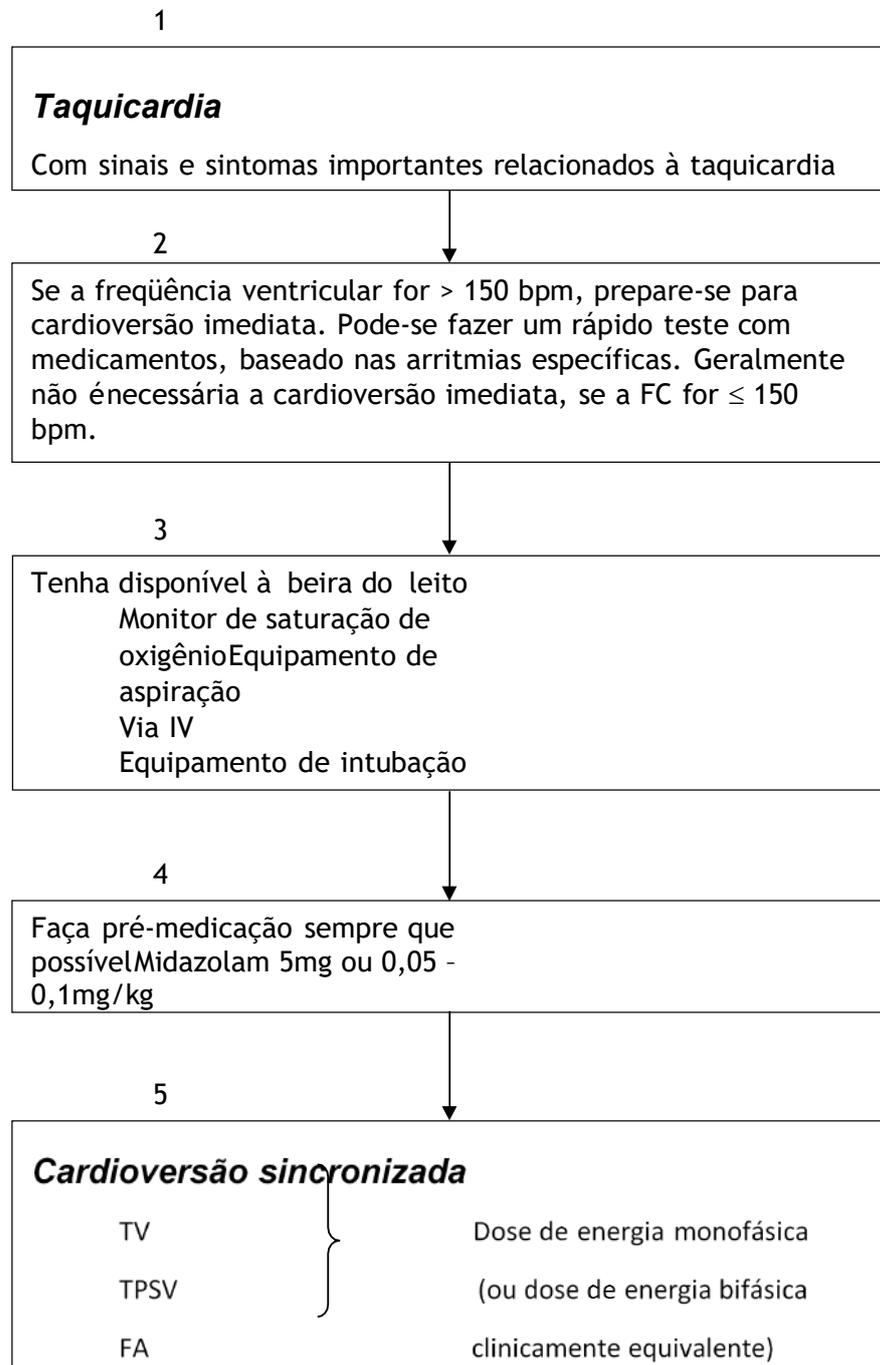
<b>Adenosina</b>	<b>Bolo IV rápido:</b> Dose inicial: 6 mg em 1-3 segundos, seguido de bolo de 20 ml de soro fisiológico; então, elevar a extremidade. Repetir a dose de 12 mg em 1-2 minutos, se necessário. Uma terceira dose de 12 mg pode ser administrada em 1-2 minutos.
<b>Amiodarona</b>	<b>Parada cardíaca:</b> Bolo IV 300 mg. Considerar repetir bolo IV 150 mg IV em 3-5 minutos. Dose acumulada máxima: 2,2 g IV/24 horas. <b>Taquicardia de complexo largo (estável):</b> <i>Infusão rápida:</i> 150 mg IV nos primeiros 10 minutos (15 mg/minuto). Pode ser repetida em infusão rápida (150 mg IV) a cada 10 minutos, se necessário. <i>Infusão lenta:</i> 360 mg IV em 6 horas (1 mg/minuto). <i>Infusão de manutenção:</i> 540 mg IV em 18 horas (0,5 mg/minuto).
<b>Atenolol</b>	5 mg IV, lentamente (em 5 minutos). Esperar 10 minutos e, então, administrar uma segunda dose de 5 mg IV, lentamente (em 5 minutos). Em 10 minutos, se bem tolerado, pode-se começar com dose de 50 mg via oral, e depois, 50 mg oral, 2 vezes por dia.
<b>Atropina</b>	<b>Assistolia ou AESP:</b> 1 mg IV em bolo. Repetir cada 3-5 minutos (se a assistolia persistir), até uma dose máxima de 0,03 a 0,04 mg/kg <b>Bradicardia:</b> 0,5-1,0 mg cada 3-5 minutos, se necessário; não exceder a dose total de 0,04 mg/kg. <b>Administração traqueal:</b> 2-3 mg diluídos em 10 ml de soro fisiológico.
<b>Diltiazem</b>	<b>Controle agudo de frequência:</b> 15-20 mg (0,25 mg/kg) IV em 2 minutos. Pode ser repetido em 15 minutos na dose de 20-25 mg (0,35 mg/kg) em 2 minutos. <b>Infusão de manutenção:</b> 5-15 mg/h, ajustar de acordo com a frequência cardíaca.
<b>Lidocaína</b>	<b>Parada cardíaca por FV/TV:</b> Dose inicial: 1,0-1,5 mg/kg IV. Para FV refratária, pode ser administrada uma dose adicional de 0,5-0,75 mg/kg em bolo IV; essa dose pode ser repetida em 5-10 minutos; dose total máxima de 3 mg/kg. Dose traqueal: 2-4 mg/kg. <b>Arritmia com perfusão:</b> 0,5-0,75 mg/kg (disfunção miocárdica) até 1,0-1,5 mg/kg IV em bolo. Repetir 0,50-0,75 mg/kg cada 5-10 minutos; dose total máxima de 3 mg/kg. <b>Infusão de manutenção:</b> 1-4 mg/min (30-50 µg/kg/minuto).
<b>Magnésio, sulfato de</b>	<b>Parada cardíaca (por hipomagnesemia ou torsades de pointes):</b> 1-2 g (2-4 ml de solução a 50%) diluídos em 10 ml de soro glicosado a 5%, em bolo IV, em 1-2 minutos. <b>Torsades de pointes (sem parada cardíaca):</b> Dose de ataque de 1-2 g IV, misturada com 50-100 ml de soro glicosado a 5%, em 5 a 60 minutos. Continuar com 0,5-1,0 g/h IV (ajustar a dose até obter o controle do torsades).
<b>Metoprolol</b>	Dose IV inicial: 5 mg, lentamente, cada 5 minutos, até a dose total de 15 mg.
<b>Procainamida</b>	<b>FV/TV recorrente:</b> Infusão IV de 20 mg/minuto (dose máxima total de 17 mg/kg). Em situações de emergência, pode-se administrar até 50 mg/minuto até chegar à dose total de 17 mg/kg.
<b>Verapamil</b>	<b>Bolo IV</b> de 2,5-5,0 mg em 2 minutos. Segunda dose: 5-10 mg, se necessário, após 15-30 minutos. Dose máxima: 20 mg. Alternativa: bolo de 5 mg a cada 15 minutos, até uma dose total de 30 mg.

## **Taquicardias Instáveis:**

A taquicardia instável existe quando o coração bate rápido demais para a condição cardiovascular do paciente. Tal elevação da frequência cardíaca reduz o período de diástole entre os batimentos, impedindo que sangue suficiente flua para o coração. Um volume sanguíneo reduzido nos ventrículos significa que o volume sistólico também é reduzido. O termo “bater rápido demais” também implica em “bater de forma ineficiente”. A força e a coordenação das contrações ventriculares são insuficientes para manter o volume sistólico.

As chaves para o tratamento de pacientes em taquicardia instável são: o reconhecimento rápido de que o paciente está significativamente sintomático ou, até mesmo, instável; e o reconhecimento rápido de que os sinais e sintomas são causados pela taquicardia.

### Algoritmo para taquicardia instável: cardioversão sincronizada



OBS: Nunca esquecer de apertar o botão **Sinc** do aparelho para a realização de cardioversão sincronizada

## Passos para a cardioversão sincronizada

1. Considerar a "sedação conscienciosa" com agentes analgésicos e sedativos.
2. Ligar o monitor/desfibrilador (alguns modelos possuem apenas um controle LIGA-DESLIGA para o monitor e o desfibrilador, ou controles de LIGAR separados para o monitor e o desfibrilador).
  - Selecionar a derivação II com o *botão de seleção de derivação*. Certificar-se de que o botão não esteja no modo *pás*.
3. Aplicar as derivações do monitor ao paciente (*"fumaça sobre fogo, com o branco à direita"*) e assegurar-se de que o monitor mostre o ritmo do paciente claramente, sem artefatos.
4. Selecionar o modo sincronizado, pressionando o botão de sincronia ("SYNC").
5. Procurar marcadores nas ondas R que indiquem o modo "sync".
6. Se necessário, ajustar o ganho das ondas R até que os marcadores "sync" apareçam em cada onda R.
7. Selecionar o nível de energia apropriado.
8. Posicionar as pás condutoras no paciente (ou aplicar gel nas pás).
9. Posicionar as pás no paciente (esterno-ápex)
10. Avisar aos membros da equipe: *"Carregando o desfibrilador. Afastem-se!"*
  - Fazer mais uma verificação rápida do monitor, para confirmar que a taquicardia continua.
11. Pressionar o botão de "CARGA" ("CHARGE") na pá do ápex (mão direita).
12. Quando o desfibrilador estiver carregado, dê o aviso de afastamento final. Dizer em voz forte e firme o seguinte aviso antes de cada choque:
  - *"Vou aplicar o choque no três. Um, eu estou afastado."* (Assegurar-se de que você não está em contato com o paciente, a maca ou o equipamento.)
  - *"Dois, vocês estão afastados."* (Verificar visualmente para assegurar-se de que ninguém esteja em contato com o paciente ou a maca. Em particular, não se esqueça da pessoa que está aplicando as ventilações: as mãos dela não devem estar tocando nenhum equipamento de ventilação, incluindo o TTI! Desligue o fornecimento de oxigênio ou afaste o fluxo do peito do paciente.)
  - *"Três, todos estão afastados."* (Verificar novamente sua própria localização, antes de pressionar o botão de CHOQUE [SHOCK].)
13. Aplicar 13 quilos de pressão em ambas pás (deve deformar do tórax).
14. Pressionar os botões de DESCARGA (DISCHARGE) de forma simultânea e mantê-los apertados até que o dispositivo descarregue. (Pode haver uma demora de vários segundos até que o dispositivo obtenha uma sincronização apropriada entre a última parte da onda R e a descarga da corrente.)
15. Verificar o monitor. Se a taquicardia persistir, aumentar os joules, de acordo com o Algoritmo para cardioversão sincronizada.
  - Restabelecer o modo "sync" após cada descarga de corrente, pois a maioria dos desfibriladores volta automaticamente ao modo não sincronizado. Este procedimento automático permite a desfibrilação imediata, se a cardioversão produzir FV.

## EMERGÊNCIAS NEUROLÓGICASAVC - COMA – CEFALÉIA

### Atendimento Inicial do Paciente com AVC

#### 1) **Manutenção da permeabilidade das vias aéreas:**

- A) Nível de consciência (escala de coma de Glasgow);
- B) Inspeção de orofaringe: prótese dentária, alimentos, corpo estranho, reflexo do vômito e deglutição;
- C) Remoção de corpo estranho/ prótese dentária, aspiração de secreções;
- D) Posicionamento do paciente;

Elevação do mento e da cabeceira 30° em caso de rebaixamento do nível de consciência.

Caso contrário, manter cabeceira a 0°.

- E) Oferecer O<sub>2</sub> por máscara ou cateter nasal se saturação for menor que 92%;
- F) Intubação orotraqueal dos pacientes com rebaixamento do nível de consciência pela incapacidade de manter a permeabilidade das vias aéreas e/ou lidar com secreções.

#### 2) **Respiração: ventilação e oxigenação**

- A) Pacientes incapazes de respirar: ventilação ambu/ máscara, ambu/tubo orotraqueal ou ventilação mecânica;
- B) Pacientes com respiração espontânea: verificar frequência, profundidade e eficiência;
- C) Oxímetro de pulso; suporte de O<sub>2</sub> para atingir saturação igual ou superior a 95%. Excluir possíveis erros de medida: doença vascular oclusiva, hipotensão, envenenamento por monóxido de carbono.

OBS: Oxímetro não avalia a ventilação.

## 2) Circulação:

- A) Verificar pulso e pressão arterial (MMSS direito e esquerdo)DD: AVE x dissecação de aorta.
- B) Tratamento agressivo da hipotensão arterial. Reposição de 500 a 1000ml de SF<sub>0,9</sub>%. Repetir se necessário;
- C) Monitorização cardíaca e eletrocardiograma: ritmo e função cardíaca podem ser afetados pela liberação de catecolaminas durante AVE (alterações inespecíficas ECG, arritmias cardíacas, ICC e IAM);
- D) Tratamento das arritmias: risco de repercussões hemodinâmicas.

## Escala de Cincinati

### **Avaliação de trauma craniano/ raquimedular:**

A) Pesquisar hemotímpano, sinal de Battle, equimose periorbitária, pontos dolorosos no escalpo e coluna cervical, espasmo paraverebral.

### **Cuidados gerais:**

- Evitar uso de soluções de glicose a 5%
- Controle da hipertermia com dipirona e/ou paracetamol.
- Administrar tiamina 100mg (IV) para alcoólatras e desnutridos.
- Evitar sonda nasogástrica ou sondagem vesical se houver indicação de trombólise.

### **Abordagem Neurológica**

#### **História clínica:**

- A) Tempo de início dos sintomas;
- B) Traumatismo crânioencefálico no início dos sintomas;
- C) Crise convulsiva antecedendo ou acompanhando os sintomas;
- D) Uso de anticoagulantes orais;

- E) Sintomas sugestivos de IAM;
- F) Dispnéia;
- G) Sintomas sugestivos de Hemorragia intracraniana;
- H) Rigidez de nuca;
- I) Intolerância a luz;
- J) Náuseas e vômitos;
- k) Tratamento agressivo da hipotensão arterial. Reposição de 500 a 1000ml de SF0,9%. Repetir se necessário;
- l) Monitorização cardíaca e eletrocardiograma: ritmo e função cardíaca podem ser afetados pela liberação de catecolaminas durante AVE (alterações inespecíficas ECG, arritmias cardíacas, ICC e IAM);
- m) Tratamento das arritmias: risco de repercussões hemodinâmicas.

### **Escala de Cincinati**

### **Avaliação de trauma craniano/ raquimedular:**

- A) Pesquisar hemotímpano, sinal de Battle, equimose periorbitária, pontos dolorosos no escalpo e coluna cervical, espasmo paraverebral.

**Cuidados gerais:**

- Evitar uso de soluções de glicose a 5%;
- Controle da hipertermia com dipirona e/ou paracetamol. Administrar tiamina 100mg (IV) para alcoólatras e desnutridos;
- Evitar sonda nasogástrica ou sondagem vesical se houver indicação de trombólise.

**Abordagem Neurológica**

**História clínica:**

- A) Tempo de início dos sintomas;
- B) Traumatismo crânioencefálico no início dos sintomas;
- C) Crise convulsiva antecedendo ou acompanhando os sintomas;
- D) Uso de anticoagulantes orais;
- E) Sintomas sugestivos de IAM;
- F) Dispneia;
- G) Sintomas sugestivos de Hemorragia intracraniana;
- H) Rigidez de nuca;

- I) Intolerância a luz.
- J) Náuseas e vômitos.

**Diagnóstico diferencial:**

- A) Paciente comatoso, confuso ou afásico: desafio diagnóstico;
- B) Crises convulsivas: período pós-ictal?;
- C) Condições metabólicas: hiperglicemia e hipoglicemia. Considerar também distúrbios do sódio sérico e encefalopatias?;
- D) Hematoma subdural e tumores;
- E) Migrânea com déficit transitório ou persistente (diagnóstico de exclusão);
- F) Infecções: abscessos e meningoencefalite;
- G) Abuso de drogas;
- H) Encefalopatia hipertensiva.

**Diagnóstico topográfico:**

- A) Hemisfério dominante: habitualmente esquerdo:
  - Afasia;

- Desvio do olhar conjugado para esquerda Hemianopsia homônima direita - Hemiparesia/ hemiplegia a direita;

- Hemi-hipoestesia/ anestesia a direita;

B) Hemisfério não dominante: habitualmente direito:

- Negligência ou “extinção”

### **Desvio do olhar conjugado para direita**

- Hemianopsia homônima esquerda Hemiparesia/ hemiplegia a esquerda Hemi-hipoestesia/ anestesia a esquerda.

C) Tronco cerebral: Sintomas bilaterais ou cruzados

- Hemiparesia ou quadriparesia;

- Hemi-hipoestesia ou perda sensitiva nos 4 membros Anormalidades na movimentação ocular;

- Disfagia;

- Vertigem ou tinnitus;

- Soluços ou alterações respiratórias Incoordenação axial ou apendicular.

### **Etiologia:**

A) Sintomas sugestivos de AVE hemorrágico:

- Cefaléia intensa Instalação súbita;
- Sinal focal (hemorragia intra-parenquimatosa) Rebaixamento do nível de consciência;
- Náuseas ou vômitos;
- Diplopia horizontal;
- Papiledema ou hemorragias retinianas.

B) Sintomas sugestivos de hemorragia subaracnóide (HSA):

- Todos os anteriores;
- Dor cervical e/ou rigidez e nuca Ausência de sinais focais.

**Manejo da Pressão Arterial:**

- Regulação da perfusão cerebral;
- Pressão de perfusão cerebral = pressão arterial média – pressão intracraniana

$$PPC = PAM - PIC$$

$$PPC \text{ (normal)} = 70 \text{ a } 95 \text{ mmHg } PPC > \text{ ou } = 140 \text{ (edema cerebral) } PPC < 50$$

(isquemia global cerebral.

**Controle da Glicemia:**

- A) Hipoglicemia: administrar glicose hipertônica a paciente com glicemia menor que

60mg%;

- B) Hiperglicemia: controle rigoroso nas primeiras horas, com medidas da glicemia capilar horas, tratar com insulina regular (simples) se glicemia for maior que 250 mg%.

### **Controle de Convulsões:**

- A) Diazepam (Amp. Com 10 mg): 10 mg EV, infundir 5 mg por minuto, até dose máx. de 30 mg.
- B) Fenitoína (Amp. Com 250 mg): Utilizar após controle com benzodiazepínico, Diluir em SF 0,9%, na dose de 15 a 20 mg/Kg, infundir 50 mg/min.
- C) Infusão contínua de Midazolam fenobarbital EV (só nos hospitais)
- D) Pentobarbital (somente com monitorização da PIC nos casos de AVE).

### **Controle da Hipertensão Intracraniana**

- A) Quando houver evidências de edema cerebral o tratamento deve ser iniciado precocemente e mantido por no mínimo 5 dias;
- B) Manitol a 20 %: Dose de ataque de 1 g/Kg de peso, seguida por dose de manutenção de 0,25 a 0,5 mg/Kg, em bolus, a cada 4 horas.

## Tratamentos Específicos (Uso hospitalar)

### A) Antiagregantes plaquetários:

Se não houver contra-indicações ou possibilidade do uso de trombolíticos, introduzir AAS ( 200/ 325 mg/dia) nas primeiras 48 horas(utilizar nas UPAs se o paciente não for transferido).

### B) Trombolíticos:

Rt-PA (actilise®): Dose 0,9 mg/Kg, dose máx. 90 mg, dose de ataque de 10 % e o restante em 60 min.

### C) Heparinização: considerar possibilidade nos casos de AVE cardioembólicos com alto risco de recidiva ou em evolução em que não exista possibilidade de trombólise.

Dose inicial de 80 U/Kg, seguida de infusão de 18U/Kg/h. Diluir 7500U de heparina em 150 ml de SF e correr em bomba de infusão contínua. Aferir TTPa de 6/6 horas até 2 medidas estáveis consecutivas; depois medir a cada 24 horas.

TTPa = 1.2 x controle	80U/Kg bolus, aumentar a infusão 4U/Kg/hora
TTPa = 1.2 a 1.5 x controle	40U/Kg em bolus, então aumentar infusão 2U/Kg/hora
TTPa = 1.5 a 2.3 x controle	Sem alteração

TTPa = 2.3 a 3.0 x controle	Diminuir infusão em 2 U/Kg/hora
TTPa > 3 x controle	Parar infusão por 1 hora, então reiniciar com diminuição de 3U/Kg/hora

### **Destino do paciente:**

Após medidas de estabilização, solicitação do serviço de regulação e transporte (SAMU);

Notificação na ficha de encaminhamento.

### Protocolo de Atendimento do Paciente em Coma:

Considerações Gerais;

Importantes Informações para diagnóstico e conduta

O Exame do Paciente em Coma

### **Considerações Gerais:**

Essa é uma condição extremamente grave que exige uma abordagem clínica inicial com medidas gerais.

A - Avaliação da ventilação, se necessário, intubar imediatamente;

B- Correção de distúrbios hemodinâmicos;

C - Venóclise e coleta de sangue para exames laboratoriais rotineiros e especiais;

D - Administrar tiamina e glicose, conforme algoritmo;

E- História clínica detalhada – com ênfase em questões sobre: trauma, intoxicações, alcoolismo, uso de drogas; doenças prévias como: diabetes, epilepsia, hipertensão, cardiopatias, cirrose, insuficiência renal;

F - Exame clínico – sinais de trauma, infecções, lesões cutâneas por administração de drogas intravenosas, coloração da pele e das mucosas, sinais clínicos de doenças sistêmicas;

G - Proteja os olhos, controle a agitação, instale sonda vesical e nasoenteral, evite complicações relacionadas com a imobilidade (profilaxia de trombose venosa profunda), inicie a profilaxia da úlcera de stress.

**Importantes informações para o diagnóstico e conduta do paciente em coma:**

A avaliação neurológica do paciente em coma, requer uma sistemática que permita um diagnóstico rápido e um tratamento adequado;

Para que haja comprometimento do nível de consciência, é necessário que exista uma das seguintes alternativas:

- a) Lesão anatômica ou funcional da formação reticular mesencefálica;
- b) Disfunção bilateral dos hemisférios cerebrais;
- c) Lesões associadas dessas duas estruturas.

As condições que produzem as alternativas acima são as seguintes:

- a) Lesões supratentórias que comprimem ou deslocam o diencéfalo ou o tronco encefálico (tumor cerebral, AVC, hematoma subdural e outras);
- b) Encefalopatias metabólicas, tóxicas ou infecciosas, as quais comprometem difusamente ambos os hemisférios cerebrais (hipo/hiperglicemia, uremia e outras);
- c) Lesões expansivas ou destrutivas infratentórias, que promovam dano ou compressão à formação reticular mesencefálica (hemorragia e infarto cerebelar, neoplasias e outras);

É importante o diagnóstico diferencial com os distúrbios psiquiátricos que cursam com ausência de resposta;

A chave para o diagnóstico consiste em:

- a) Interpretação adequada dos sinais que refletem o comprometimento dos diversos níveis do encéfalo;
- b) Determinar qual das condições citadas no item 3 pode ser a responsável pelo quadro atual do paciente. A tabela 1 indica os correspondentes sinais e sintomas característicos.

As condições que produzem as alternativas acima são as seguintes:

- a) Lesões supratentórias que comprimem ou deslocam o diencéfalo ou o tronco encefálico (tumor cerebral, AVC, hematoma subdural e outras);

- b) Encefalopatias metabólicas, tóxicas ou infecciosas, as quais comprometem difusamente ambos os hemisférios cerebrais (hipo/hiperglicemia, uremia e outras);
- c) Lesões expansivas ou destrutivas infratentoriais, que promovam dano ou compressão à formação reticular mesencefálica (hemorragia e infarto cerebelar, neoplasias e outras).

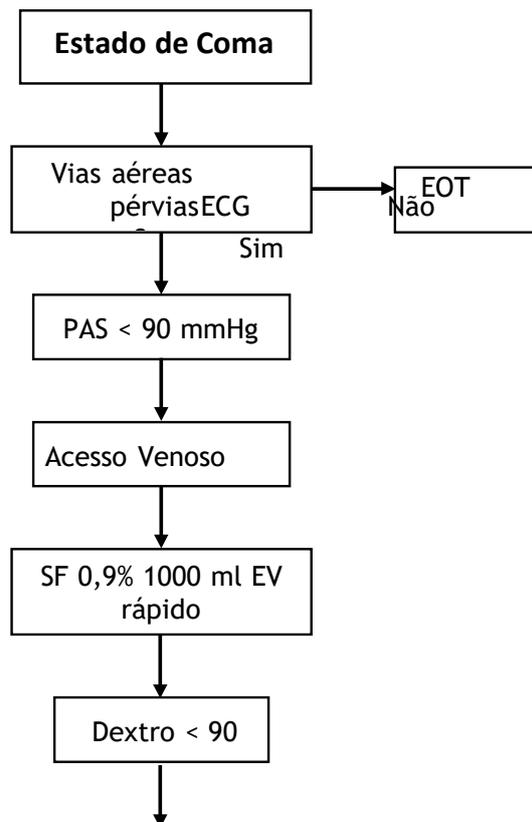
É importante o diagnóstico diferencial com os distúrbios psiquiátricos que cursam com ausência de resposta;

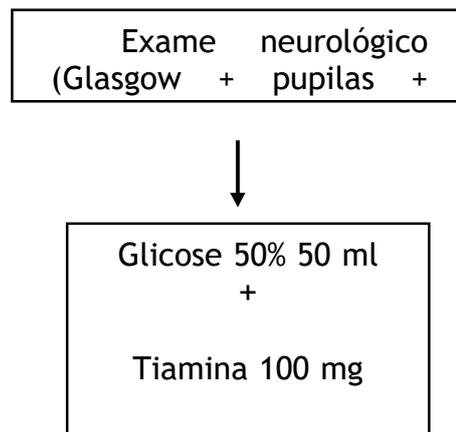
A chave para o diagnóstico consiste em:

- a) Interpretação adequada dos sinais que refletem o comprometimento dos diversos níveis do encéfalo.
- b) Determinar qual das condições citadas no item 3 pode ser a responsável pelo quadro atual do paciente. A tabela 1 indica os correspondentes sinais e sintomas característicos.

Tabela 1- Características clínicas das condições que determinam o estado de coma

1-Massas ou lesões supratentoriais que comprimem ou deslocam o diencéfalo ou tronco cerebral:	2- Massas infratentoriais ou lesões que causam coma:
a) Sinais de disfunção progressiva “rostro-caudal”. b) Sinais que traduzem o comprometimento de uma determinada região do encéfalo. c) Posturas assimétricas com ou sem estímulos.	a) História anterior de disfunção do tronco encefálico b) Rápida instalação do coma. c) Sinais de comprometimento do TE procedendo ou concomitante. (Paresias ou paralisias de nervos cranianos). d) Aparecimento precoce de disfunção neuro-vegetativa.
3- Coma de origem metabólica, tóxica ou infecciosa:	4- Distúrbios psiquiátricos causando falta de resposta aos estímulos:
a) Confusão mental e estupor precedendo os sinais motores. b) Sinais motores, quando presentes, freqüentemente simétricos. c) Reações pupilares usualmente conservadas. d) Asterixis, mioclonias, tremores e convulsões são comuns. e) Hiper ou hipoventilação são freqüentes.	a) Fechamento ativo das pálpebras. b) Pupilas reativas ou dilatadas (cicloplégicas). c) Reflexo óculo-vestibular fisiológico. d) Tônus motor inconsistente ou normal. e) Eupnéia ou hiperventilação são usuais. f) Nenhum reflexo patológico está presente. g) EEG normal.





EOT = Entubação Orotraqueal

PAS = Pressão Arterial Sistólica

ECG = Escala de Coma Glasgow

Estabelecidos os prováveis mecanismos do estado de coma, o médico da unidade deve estabelecer o diagnóstico de coma, estabilizar o paciente, investigar a natureza etiológica dentro da sua capacidade de resolução e ativar a regulação médica quando necessário;

Na tabela 1, subitem 4, observe as características clínicas dos distúrbios psiquiátricos que mimetizam o estado de coma.

### **O Exame Neurológico do Paciente em Coma:**

Avaliação do nível de consciência (com e sem estímulo) – descrever com detalhes:

- Resposta verbal;

- Abertura ocular;
- Resposta motora;

Ritmo respiratório;

Fundoscopia;

Nervos cranianos:

- Exame das pupilas;
- Motricidade ocular extrínseca: oftalmoplegias supranucleares, nucleares e internucleares; observação de movimentos espontâneos como nistagmo, opsoclonus, bobbing ocular;
- Reflexo óculo-cefálico (olho de boneca) e óculo-vestibular (prova calórica);
- Reflexo córneo-palpebral;
- Reflexo de tosse- Resposta motora;

Motricidade

- Movimentos involuntários;
- Força muscular;
- Tônus e posturas anormais (decorticação, descerebração);
- Reflexos profundos e superficiais.

Sinais de irritação meningo-radicular;

Avaliação autonômica (midríase, taquicardia e hipertensão à estimulação algica). Obs.: referir o escore da escala de Glasgow.

Obs.: referir o escore da escala de Glasgow

## **Protocolo de Atendimento a Pacientes com Cefaleia na Unidade de Emergência**

### **Introdução:**

De todos os estados dolorosos que atingem os seres humanos a cefaléia é sem dúvida uma das

queixas mais comuns nas unidades de emergência. A cefaléia pode estar associada a diversas

condições, como trauma de crânio, intoxicação alcoólica, depressão, tumor cerebral ou

representar uma cefaléia primária como a enxaqueca, havendo estimativas de que 90% dos

e 95% das mulheres tenham cefaléias por ano.

Determinar características da dor deve ser prioridade na anamnese dirigida, assim como obter

informações sobre **fenômenos premonitórios, padrão de início, localização, duração,**

**intensidade, irradiação, frequência, sintomas associados, tipo de dor assim como fatores**

**agravantes e de alívio, medicamentos já utilizados e seu padrão de consumo.** Os demais

elementos da anamnese também são importantes, como o interrogatório sistemático e os

antecedentes. O exame físico e o neurológico podem confirmar o diagnóstico sugerido pela

anamnese.

Existe uma classificação atual elaborada em 1988 pela Sociedade Internacional de Cefaleia

que é abrangente, porém, ainda necessita de ajustes. A cefaleia pode estar na dependência de

uma patologia orgânica intracraniana ou extracraniana, ou de uma doença sistêmica. Nesses

casos, ela pode ser o primeiro sintoma e único por um certo intervalo de tempo e que se pode

chamar de cefaleia sintomática. As cefaleias sintomáticas de doença primariamente neurológica

são, habitualmente, de instalação aguda (hemorragias cerebrais e meníngeas, meningites e

## ESCORE DE TRAUMA ADULTO

VARIÁVEIS		ESCORE
Frequência Respiratória	10 a 24	4
	25 a 35	3
	> 36	2
	1 a 9	1
	0	0
Pressão Sistólica mm Hg	> 89	4
	70 a 89	3
	50 a 69	2
	1 a 49	1
	0	0
Escala de Coma Glasgow	13 a 15	4
	09 a 12	3
	06 a 08	2
	04 a 05	1
	< 04	0

## PACIENTE POLITRAUMATIZADO ESCORE DE TRAUMA PEDIÁTRICO

AVALIAÇÃO	ESCORE		
	+2	+1	-1
PESO	>20kg	10 a 20Kg	< 10Kg
Vias aéreas	Normal	Via aérea nasal ou oral	Intubação ou Traqueostomia
Pressão arterial	> 90mmHg	50 a 90mmHg	< 50mmHg
Nível de consciência	Completamente desperto	Obnubilado ou qualquer perda da consciência	Comatoso
Lesões abertas	Nenhuma	Menor	Maior ou penetrantes
Fraturas	Nenhuma	Menor	Múltiplas ou penetrantes

meningoencefalites) ou subaguda (abscessos cerebrais) e frequentemente estão associadas com vômitos e febre. Podem, contudo, ter um início insidioso, com aumento progressivo da intensidade da dor, o que é característico das neoplasias

intracranianas.

Frequentemente, a dor de cabeça decorre de mecanismos fisiopatogênicos nem sempre totalmente lucidados e que são desencadeados por fatores variados, às vezes múltiplos ou desconhecidos pelos pacientes. Nesses casos a dor de cabeça é a queixa principal, constituindo-se na própria doença. É o caso da enxaqueca, da cefaleia tensional e da cefaleia em salvas que tem características próprias.

Em crianças e adolescentes, o início abrupto de cefaleia severa é frequentemente causada por infecção do trato respiratório superior ou por enxaqueca. Atenção especial deve ser dada em crianças com dor em região occipital. Tumores cerebrais e hemorragia intracraniana são raros em crianças e quando presentes são acompanhados de múltiplos sinais neurológicos.

Estudos retrospectivos no Brasil demonstram que a Dipirona promoveu alívio da dor em cerca de 80% dos casos em que foi utilizada. É, portanto, droga barata, eficaz e, a nosso ver, segura, sendo necessários estudos duplo-cegos, randomizados, adotando os critérios de melhora dos sintomas mais utilizados em pesquisas atualmente, para avaliação de seu real papel no tratamento das cefaleias agudas.

### **Sintomas e sinais de alerta**

#### **Anamnese (Sinais de alerta)**

Dor de início após 50 anos Instalação súbita;

Piora progressiva (duração, frequência e/ou intensidade) Piora com tosse, esforço

excessivo e/ou

atividade sexual.

Confusão mental;

Perda de memória, distúrbios visuais. Tontura intensa, vômitos;

Distribuição. da coordenação motora e do equilíbrio;

### **Exame Físico (Sintomas de Alerta)**

- Hipertensão e febre Alteração de consciência S.I.M;

F.O.: papiledema, hemorragia;

Anisocoria e/ou pupilas pouco reativas, queda da pálpebra. Hipoestesia em face ou membros;

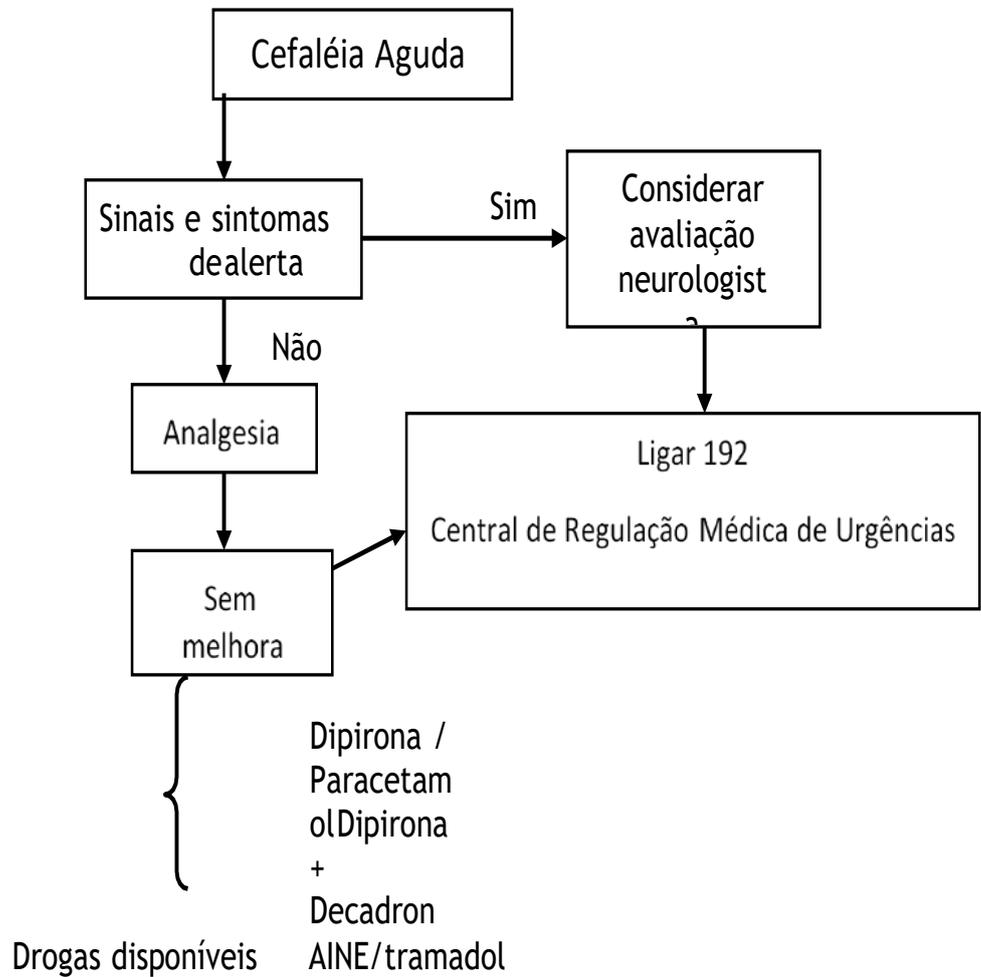
Fraqueza muscular Assimetria de ROT Resposta plantar anormal;

Incoordenação e desequilíbrio Alteração do pulso carotídeo Resumo:

- As principais etiologias da cefaléia são a enxaqueca (cefaléia vascular) e cefaléia tensional.
- Caracterize o quadro clínico. Procure sinais e sintomas de alerta.

**Na ausência de sinais e sintomas de alerta. Use analgésicos. Considere a**

**avaliação do neurologista:**



**VENTILAÇÃO MECÂNICA BORDAGEM INICIAL**

***VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA:***

**Indicação:**

Pacientes com Insuficiência Respiratória Aguda com alteração do nível de consciência ou instabilidade hemodinâmica;

Do contrário, ventilação mecânica não invasiva pode ser uma opção- CPAP ou BIPAP;

Tratamento de suporte, sempre deverá ser tratada a doença base.

### **Entubação orotraqueal:**

### **O ventilador mecânico**

Pneumático;

Micro processado;

### **Noções básicas de ventilação mecânica:**

Mais fisiológico possível;

Inspiração = Assistido / Controlado;

Inversão Ins/Expiração = Ciclagem.

Fluxo;

Pressão;

Volume;

Tempo;

Métodos convencionais de VMI;

Assistido controlado;

SIMV;

PSV;

CMV;

Parâmetros programáveis;

FR 12 – 14;

Fluxo Inspiratório 40 – 60 l/min;

Tempo Inspiratório 0,85 – 1,2 seg;

Relação I : E = 1: 2;

Volume corrente 6 – 8 ml/kg;

PEEP = Fisiológico = 6;

FI O<sub>2</sub> iniciar com FIO<sub>2</sub> de 100%, reduzir assim que possível (Não exceder 60%, se possível);

Alarmes;

Aula prática –Ventilador Mecânico Inter 5;

## **ATENDIMENTO INICIAL AO TRAUMATIZADO**

### **Avaliação Primária**

A avaliação primária é designada para identificar lesões que devem ser imediatamente tratadas e iniciar o tratamento assim que elas forem identificadas. Assim que o paciente chega, todos os agentes de saúde devem assegurar-se de estarem protegidos contra a transmissão de doenças infecciosas transmitidas por secreções.

#### **A- Vias aéreas e proteção da coluna vertebral.**

##### **Considerações diagnósticas**

A obstrução da via aérea pode matar em 3 minutos.

Os traumas craniano, facial, do pescoço e as lesões por inalação são potencialmente causadores de perda de via aérea.

Os pacientes que conseguem falar em geral não precisam imediatamente de manutenção das vias aéreas.

A respiração ruidosa muitas vezes indica obstrução das vias aéreas.

Os pacientes com Escala de Coma de Glasgow < 9 em geral precisam de proteção das vias aéreas.

As lesões laríngeas podem ser sutis; a rouquidão ou a voz fraca pode indicar lesões graves.

### **Considerações terapêuticas:**

Prática das habilidades para manter a proficiência;

O levantamento do queixo e a protrusão da mandíbula e das vias aéreas por acesso orofaríngeo às vezes são úteis;

Ter sistema de aspiração disponível (bico de aspirador rígido);

Se o bloqueio muscular for necessário para a intubação, assegure-se de que há condições para obter de uma via aérea cirúrgica;

Pacientes sedados não respondem; o exame neurológico não será possível;

Confirme o posicionamento do tubo;

Assegure-se de que o tubo é adequado (geralmente entre 7 e 8).

### **Precauções**

Antecipe os problemas, incluindo falha de equipamento;

Não falhe em reconhecer um potencial comprometimento das vias aéreas;

Não confunda a ventilação difícil por problemas de vias aéreas;

Em crianças, o uso de tubos muito pequenos pode obstruir o clearance de secreções;

A movimentação dos pacientes pode deslocar o tubo, resultando em mau posicionamento.

Preparação para uma possível e inadvertida extubação no transporte dos pacientes.

Um paciente agitado pode estar hipóxico.

Deve haver proteção da coluna vertebral até que a lesão tenha sido descartada por radiografia ou exame clínico em pacientes com potencial risco de lesões da coluna

vertebral. A proteção completa requer que a coluna esteja totalmente imobilizada, da cabeça até o dedo do pé.

### **Considerações diagnósticas**

As fraturas potenciais da coluna devem ser imobilizadas antes do seu diagnóstico; imobilize antes e diagnostique depois;

O diagnóstico da fratura de coluna não deve preceder o restabelecimento das funções vitais do paciente;

Os acidentes automobilísticos e as quedas estão mais comumente associados a lesões de coluna;

A evidência de paralisia equivale à instabilidade da coluna. Imobilize;

A avaliação das funções motoras e sensitivas não é possível após o uso de bloqueadores musculares;

Observe os movimentos das extremidades antes da administração e documente as alterações.

### **Precauções**

Antecipe os problemas, incluindo falha de equipamento;

Não falhe em reconhecer um potencial comprometimento das vias aéreas;

Não confunda a ventilação difícil por problemas de vias aéreas;

Em crianças, o uso de tubos muito pequenos pode obstruir o clearance de

secreções;

A movimentação dos pacientes pode deslocar o tubo, resultando em mau posicionamento;

Preparação para uma possível e inadvertida extubação no transporte dos pacientes;

Um paciente agitado pode estar hipóxico.

Deve haver proteção da coluna vertebral até que a lesão tenha sido descartada por radiografia ou exame clínico em pacientes com potencial risco de lesões da coluna vertebral. A proteção completa requer que a coluna esteja totalmente imobilizada, da cabeça até o dedo do pé.

### **Considerações diagnósticas**

As fraturas potenciais da coluna devem ser imobilizadas antes do seu diagnóstico; imobilize antes e diagnostique depois;

O diagnóstico da fratura de coluna não deve preceder o restabelecimento das funções vitais do paciente;

Os acidentes automobilísticos e as quedas estão mais comumente associados a lesões de coluna;

A evidência de paralisia equivale à instabilidade da coluna .Imobilize;

A avaliação das funções motoras e sensitivas não é possível após o uso de bloqueadores musculares;

Observe os movimentos das extremidades antes da administração e documente as alterações.

### **Considerações terapêuticas:**

A proteção da coluna requer que esta esteja inteiramente imobilizada.;

Os pacientes devem ser fixados à prancha para sua proteção;

A imobilização manual do pescoço do paciente durante a movimentação; do paciente é aconselhável.

A imobilização na posição neutra, sem tracioná-la, é o objetivo durante o atendimento inicial.

### **Precauções**

Os colares cervicais macios não oferecem proteção adequada.

Confiar apenas na utilização de colares semi-rígidos é insuficiente para a proteção completa da coluna.

A utilidade da prancha é para se obter facilidade de mover o paciente sem que ocorra a movimentação excessiva da coluna.

Os socorristas devem estar atentos para aqueles pacientes que estão impacientes e combativos.

O coma e um nível de consciência alterado estão frequentemente associados à lesão de coluna.

As crianças e os idosos têm risco de lesão de coluna sem anormalidades radiológicas.

### **B - Respiração e ventilação**

Uma troca gasosa inadequada significa uma via aérea inadequada;

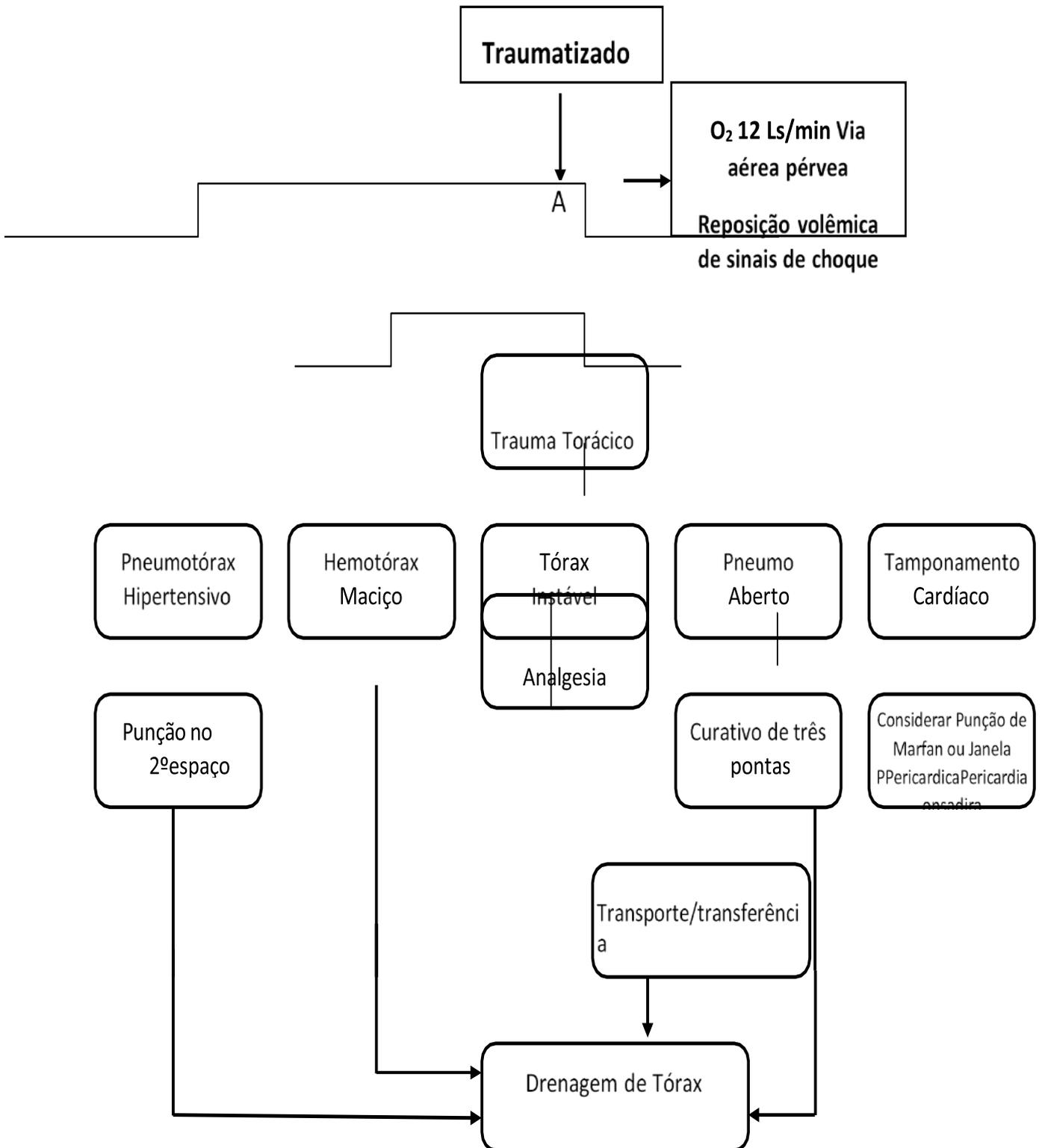
Considerações diagnósticas;

Condições      Achados clínicos frequentemente associados;

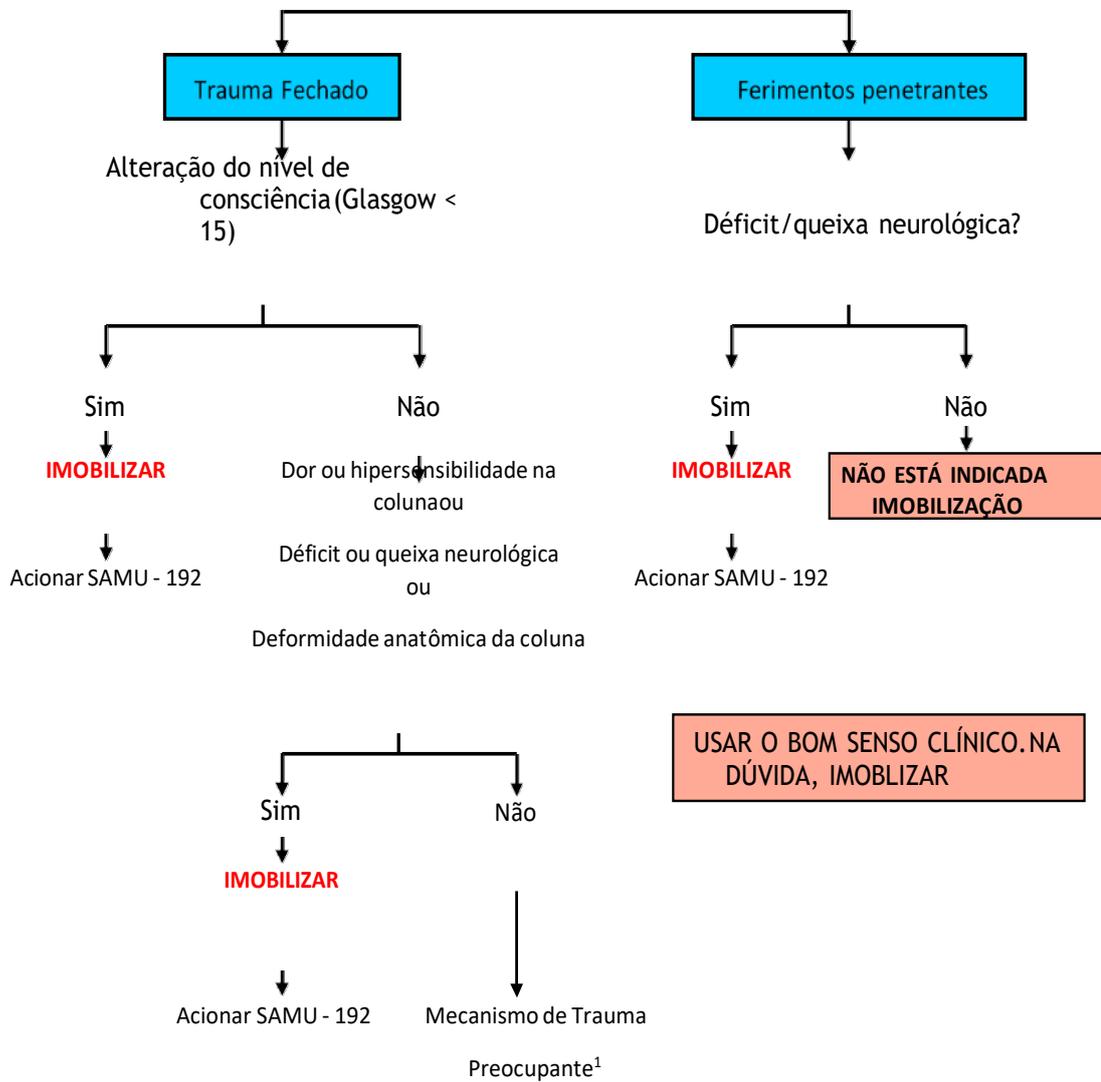
Pneumotórax hipertensivo      Ausência de murmúrio vesicular, hipertimpanismo à percussão, estase jugular, desvio de traquéia (contralateral);

Hemotórax maciço      Ausência de murmúrios vesiculares, desvio de traquéia, macicez, à percussão, instabilidade hemodinâmica.

### Avaliação do exame primário no trauma de tórax.



### INDICAÇÕES DE IMOBILIZAÇÃO DE COLUNA



**Insuficiência Respiratória Aguda**

- Sala de Emergência;
- ABC primário, monitorização, Sat. O<sub>2</sub>, acesso venoso e oxigênio por máscara;
- Sinais vitais;
- Queixa e duração, fatores associados e antecedentes patológicos de forma breve;
- Exame físico mínimo;
- *Perçunte se o paciente ou familiar*

Sinais de iminente parada respiratória

Sem Sinais de iminente parada respiratória

Preparar para IOT;

- Material necessário: aspirador, laringoscópio, tubo orotraqueal, fio guia e cuff testado;
- Posicionar o paciente;
- Pré-oxigenar (O<sub>2</sub> a 100%) com dispositivo bolsa-valva-máscara;
- Medicação pré-intubação: etomidato ou midazolam;
- Considerar uso de bloqueador neuromuscular (**succinilcolina**).  
**(Cuidado: não prescrever se a ventilação com dispositivo bolsa-valva-máscara for ineficaz).**

**Suspeita de pneumotórax hipertensivo?**

Punção no segundo espaço intercostal com gelco14

Suspeita de IRpA tipo II (hipoventilação):

- Drive respiratório diminuído?
- Fadiga muscular?
- Obstrução de via aérea?
- Condutas possíveis:
  - Naloxone?
  - VNI?

- Utilizar máscara de Oxigênio a 10 l/min

**CUIDADO**

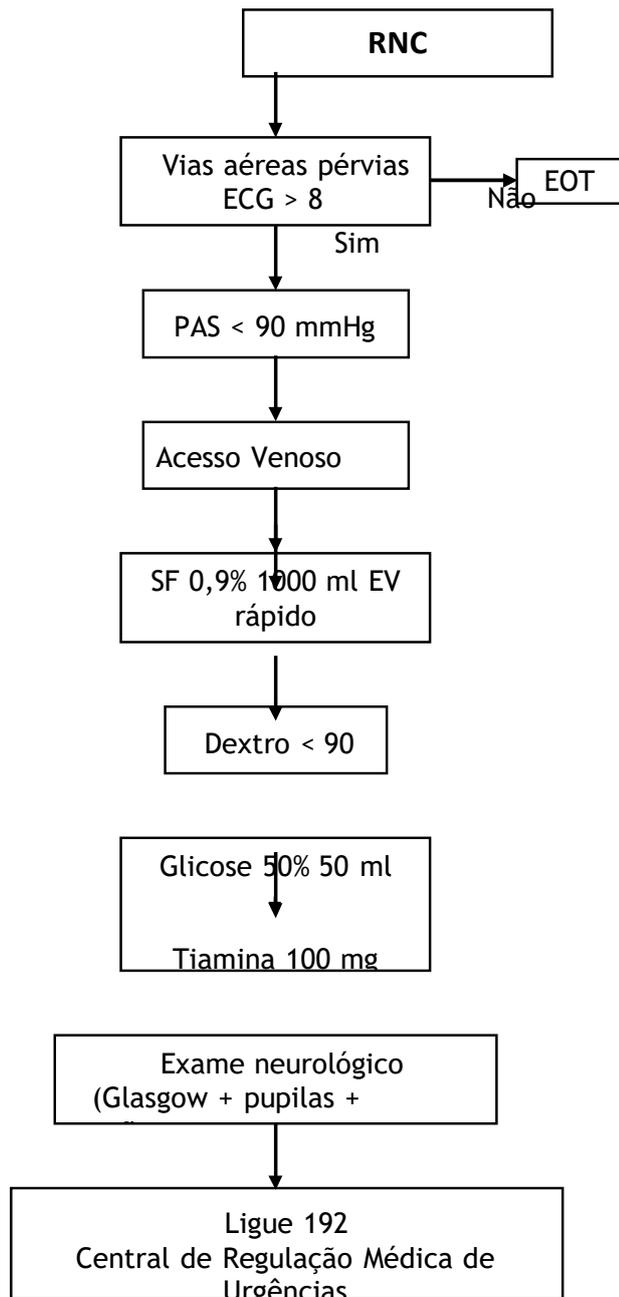
Retentor crônico de gás carbônico (estigmas de DPOC). INICIAR com oxigênio a 2 l/min

Suspeita de IRpA tipo I (hipoxêmica):

- Choque?
- EAP?
- Pneumonia?
- SARA (ARDS)?
- TEP?
- Derrame pleural

8

1



EOT = Entubação  
Orotraqueal PAS  
= Pressão Arterial  
Sistólica ECG =  
Escala de Coma  
Glasgow

# DENGUE

## **DENGUE HEMORRÁGICA**

PACIENTE SUSPEITO DE **DENGUE**

Aquele com histórico de febre de até 7 dias e pelo menos duas das seguintes manifestações:

Febre +

Dor de cabeça  
Dor retro-ocular  
Dor muscular  
Dor articular  
Exantema  
Manifestações hemorrágicas  
Leucopenia  
Prostração

→ VERIFICAR **SINAIS DE ALERTA** OU **CHOQUE**

- ✓ Dor abdominal intensa e contínua
- ✓ Vômitos persistentes
- ✓ Hipotensão postural
- ✓ Hipotensão arterial
- ✓ Pressão diferencial menor que 20mmHg
- ✓ Hepatomegalia dolorosa
- ✓ Sangramentos
- ✓ Extremidades frias, cianose
- ✓ Aumento do hematócrito repentino
- ✓ Diminuição repentina da temperatura
- ✓ Diminuição da diurese

↓ Notificar imediatamente: preencher ficha **SINAN** ↑

**Identificação:** enfermagem

**Manifestações clínicas:** médico que atendeu ao cliente com suspeita

**Compete ao médico verificar sinais de alerta**

### **CLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE (OMS)**

## GRAU I

<i>Estágio A</i> Paciente com dengue, mas sem manifestação hemorrágica espontânea		(prova do laço positiva)
<p><b>A1</b> – Sem fator de risco (70% dos suspeitos) Prova do laço negativa</p>	<p>Colher sorologia para dengue após o 6º dia do início da febre</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TRO 50 ml/kg/dia (1/3 SRO e 2/3 líquidos)</li> <li>• Medicamento sintomático para as queixas</li> <li>• Retorno 24 horas ou no 1º dia sem febre, com orientação sobre sinais de alerta</li> <li>• Repetir exame físico e complementar à história clínica</li> </ul>
<p><b>A2</b> – Com fator de risco: prova do laço positiva, criança com menos de 1 ano, gestante, idoso, hipertensão arterial, anemia falciforme, asma brônquica, diabetes melitus, DPOC, alergias, cardiopatias, passado de doença péptica, etc.</p>	<p>Colher sorologia para dengue no 6º dia após o início da febre</p> <p>Colher hemograma com contagem de plaquetas: resultado em até três horas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TRO 60ml/kg/dia (1/3 SRO e 2/3 líquidos)</li> <li>• Medicamento sintomático para as queixas</li> <li>• Retorno 24 horas, com orientação sobre sinais de alerta</li> <li>• Avaliar resultados dos exames de acordo com B1</li> </ul>

## GRAU II

<i>Estágio B</i> Paciente com dengue e com manifestação hemorrágica espontânea		
<p><b>B1</b> - Leve (petéquias, equimose, epistaxe, gengivorragia, hemorragia conjuntival)</p>	<p>Colher sorologia para dengue após o 6º dia do início da febre</p> <p>Colher hemograma com contagem de plaquetas: resultado em até três horas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TRO 80 ml/kg/dia (1/3 SRO e 2/3 líquidos)</li> <li>• Medicamentos sintomáticos</li> <li>• Se Ht. e plaquetas normais, retornar em 24 horas ou no 1º dia sem febre</li> <li>• Se Ht. (cr. = 38%, mulher = 40% e homem = 45%) ou até 10% acima do valor normal e plaquetas entre 50 e 100.000/mm<sup>3</sup>, pode ser acompanhado na unidade</li> <li>• Se Ht. (cr. &gt; 41%, mulher &gt; 44% e homem &gt; 49%) e plaquetas menor que 50.000/mm<sup>3</sup>, encaminhar para Pronto-Socorro Central, com hidratação oral ou venosa, dependendo do estado clínico</li> <li>• Acompanhamento seriado de Ht. após parte da cota de hidratação</li> </ul>
<p><b>B2</b> - Visceral (metrorragia, melena, hematêmese, hematúria, hemoptise)</p>	<p>Colher sorologia para dengue após o 6º dia do início da febre</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encaminhar para o hospital (SAMU)</li> </ul>

### GRAU III

**Estágio C** Dados de identificação do A ou B, acrescido de pelo menos um dos **Sinais de Alerta**: dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, hepatomegalia dolorosa, derrames cavitários (pleura, pericárdio ou ascite), sangramento importante, hipotensão arterial, hipotensão postural (variação da PA sentada/deitado ou sentada/em pé  $\geq$  20 mmHg), diminuição da pressão diferencial (PA sist./PA diast.  $<$  20 mmHg), pulso filiforme, cianose, agitação e/ou letargia, queda brusca da temperatura, taquicardia e lipotímia, aumento repentino do hematócrito

**C1** - Dor abdominal, hepatomegalia, queda brusca de temperatura, aumento do hematócrito e plaquetas menor que 50.000/mm<sup>3</sup>

- Sorologia para dengue: colher na internação e 2ª coleta entre o 10º e o 14º dia ou no óbito
- Hemograma completo de 6/6 horas
- Se apresentar alteração da ausculta pulmonar: RX de tórax PA, perfil e decúbito lateral
- Se tiver muitas náuseas ou hepatomegalia, avaliar a realização de provas de função hepáticas

- Hidratação parenteral em vaso de grosso calibre (20ml/kg/4h) e encaminhar para a unidade de referência (SAMU)
- Na unidade de referência, fazer Ht. e plaquetas após etapa de hidratação de acordo com o estado clínico e o resultado dos exames

**C2** - Vômitos persistentes, com sangramento importante, mais confusão mental, hipotensão arterial

- Sorologia para dengue: colher na internação e 2ª coleta entre o 10º e o 14º dia ou no óbito
- Hemograma completo de 6/6 horas
- RX de tórax PA, perfil e decúbito lateral
- Se tiver muitas náuseas ou hepatomegalia, avaliar a realização de provas de função hepática

- Iniciar hidratação parenteral na UBS e transferir para o SAMU, com (SFO, 9% - 10 a 20 ml/kg/hora), em vaso de grosso calibre
- Avaliar resultado do Ht. e plaquetas conforme acima
- Na unidade de referência, fazer Ht. e plaquetas após etapa de hidratação de acordo com o estado clínico e o resultado dos exames
- Para alta, devem ser cumpridos os critérios de: Ausência de febre sem uso de antitérmico por 24 horas; melhora visível do quadro clínico; hematócrito normal e estável por 24 horas; plaquetas  $>$  que 50.000/mm<sup>3</sup> em ascensão; estabilização hemodinâmica por 48 horas e início da reabsorção de derrames cavitários

### GRAU IV

**Estágio D - Choque**  
 PA sistólica:  
 Criança  $<$  80 mmHg  
 Adulto  $<$  90 mmHg  
 Hipertensos sem tratamento com PA 60 mmHg abaixo da média usual  
 Pulso rápido e débil  
 Pele fria, pálida

- Sorologia para dengue: colher na internação e a 2ª coleta entre o 10º e o 14º dia ou no óbito
- Tipagem sanguínea
- Hematócrito de 2/2 horas
- Plaquetas uma vez por dia
- TPT, TP e TT
- Dosagem de eletrólitos séricos
- Gasometria arterial
- Teste de função hepática
- Dosagem de albumina
- RX de tórax PA, perfil e decúbito lateral com raios horizontais
- Se possível, fazer US na pesquisa de derrames

- Iniciar soro fisiológico 0,9% - 10 a 20 ml/kg/hora, com bicarbonato de sódio a 8,4% - 4 ampolas no 1º soro
- Manter infusão de soro 10 a 20 ml/kg/h e avaliar. Se não responder em 2 horas, iniciar colóide. Se responder, iniciar etapa de manutenção (80 ml/Kg/24h)
- Correção de acidose e dos distúrbios eletrolíticos
- Concentrado de plaquetas, se plaquetas menor que 50.000/mm<sup>3</sup> com evidências de sangramento visceral
- Transfusão de sangue total fresco em caso de sangramentos importantes
- Oxigenoterapia, etc.

**Atenção** - Em caso de hidratação venosa, monitorar:

- PA de 15/15 minutos
- Turgência jugular
- Diurese
- Estertores de base tele e holo inspiratório

### CRITÉRIO DE INTERNAÇÃO

As internações podem ser de curta duração (de 4 a 6 horas) nas unidades ambulatoriais ou nas enfermarias hospitalares, na dependência das condições do paciente

Absolutas	Relativas
<b>D - Choque</b> - PA Sistólica: Criança $<$ 80mmHg Adulto $<$ 90mmHg Hipertensos sem tratamento PA 60 mmHg abaixo da média usual Encaminhar para hospital (SAMU)	
<b>C2</b> - Vômitos persistentes, sangramento visceral importante, confusão mental, hipotensão arterial. Encaminhar para hospital (SAMU)	<b>C1</b> - Hepatomegalia, queda brusca de temperatura, aumento do hematócrito e plaquetas $<$ que 50.000/mm <sup>3</sup> . Encaminhar para Pronto-Socorro Central <b>B2</b> - Hemorragia visceral: metrorragia, melena, hematêmese, hematúria, hemoptise. Encaminhar para hospital (SAMU)
<b>A2</b> - Com fatores de risco: Pacientes com formas graves de anemia falciforme, asma brônquica, diabetes mellitus, DPOC ou cardiopatias; apresentando descompensação da doença de base, encaminhar para o Pronto-Socorro Central.	<b>A2</b> - Com fatores de risco: Idoso com queda do estado geral, pacientes com formas graves de anemia falciforme, asma brônquica, diabetes mellitus, DPOC, cardiopatias. Encaminhar para Pronto-Socorro Central

### CRITÉRIOS PARA ALTA HOSPITALAR

Os critérios de alta hospitalar são ausência de febre sem uso de antitérmico por 24 horas; melhora visível do quadro clínico; hematócrito normal e estável por 24 horas; plaquetas  $>$  que 50.000/mm<sup>3</sup> em ascensão; estabilização hemodinâmica por 48 horas; e início da reabsorção de derrames cavitários. Esses pacientes devem ser encaminhados ao ambulatório onde serão acompanhados até a alta definitiva.

## CLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE (OMS)

### GRAU I: Estágio A – Paciente com suspeita de dengue, e sem manifestação hemorrágica espontânea

Fator de risco	Conduta
<p><b>A1 - Sem fator de risco</b></p> <p>Prova do laço negativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TRO 50ml/kg/dia (1/3 SRO e 2/3 líquidos)</li> <li>• Banho morno até redução da febre e não agasalhar</li> <li>• Medicamento: Paracetamol ou Dipirona               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Criança até 12 anos: 1 gota/kg até de 6/6 horas.</li> <li>○ Adultos: 40 gotas ou 1 comprimido (de 500mg a 750mg) até de 6/6 horas.</li> </ul> </li> <li>• Retorno 24 horas ou no 1º dia sem febre, com orientações e sinais de alerta</li> <li>• Repetir exame físico complementar à história clínica</li> <li>• Todos os pacientes (adultos e crianças) devem ser avaliados <b>imediatamente</b> para nova avaliação em caso de aparecimento de sinais de alerta</li> <li>• Orientar o paciente e familiares sobre as medidas para eliminação dos criadouros de vetor</li> <li>• Colher sorologia para dengue após o 6º dia do início da febre</li> <li>• Preencher ficha SINAN e Ficha de Investigação de Dengue</li> <li>• Utilizar o cartão de orientação ao cliente com suspeita de dengue</li> </ul>
Fator de risco	Conduta

**A2 - Com fator de risco:** prova do laço positiva ou, criança com menos de 1 ano, gestante, idoso, hipertensão arterial, anemia falciforme, asma brônquica, diabetes mellitus, DPOC, alergias, cardiopatias, passado de doença péptica, etc.

- **Colher hemograma com contagem de plaquetas imediatamente, e com o resultado encaminhar ao médico para avaliação.**
- TRO 60ml/kg/dia (1/3 SRO e 2/3 Líquidos)
- Banho morno até redução da febre e não agasalhar
- Medicamento: Paracetamol ou Dipirona
  - Criança: 1 gota/kg até de 6/6 horas.
  - Adultos: 40 gotas ou 1 comprimido (de 500mg a 750mg) até de 6/6 horas.
- Colher sorologia para dengue no 6º dia do início da febre
- Retorno em 24 horas para avaliação
- Avaliar resultado do hemograma. Se hematócrito e plaquetas normais, orientar retorno em 24 horas. Se hemograma alterado, encaminhar para consulta médica
- **Todos os pacientes (adultos e crianças) devem retornar imediatamente para nova avaliação, em caso de aparecimento de sinais de alerta**
- Orientar o paciente e familiares sobre as medidas para eliminação dos criadouros de vetor
- Preencher ficha SINAN e Ficha de Investigação de Dengue
- Utilizar o cartão de orientação ao cliente com suspeita de Dengue

**GRAU II: Estágio B – Pacientes com dengue e com manifestação hemorrágica espontânea**

<b>Fator de risco</b>	<b>Conduta</b>
<b>B1 – Leve</b> (petéquias, equimose, epistaxe, gengivorragia, hemorragia conjutival)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Encaminhar o paciente ao médico para avaliação e conduta</b></li> <li>• <b>Prestar Assistência de enfermagem:</b></li> <li>• Banho morno até redução da febre e não agasalhar</li> <li>• Colher sorologia para dengue após o 6º dia de febre</li> <li>• Orientar o paciente e familiares sobre as medidas para eliminação dos criadouros de vetor</li> <li>• Preencher ficha SINAN e Ficha de Investigação de Dengue</li> <li>• Utilizar o cartão de orientação ao cliente com suspeita de Dengue</li> </ul>

<b>Fator de risco</b>	<b>Conduta</b>
<b>B2 – Visceral</b> (metrorragia, melena, hematêmese, hematória, hemoptise)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Encaminhar o paciente ao médico para avaliação e conduta</b></li> <li>• <b>Prestar Assistência de enfermagem:</b></li> <li>• Preencher ficha SINAN e Ficha de Investigação de Dengue</li> <li>• Avisar a Vigilância Epidemiológica por telefone</li> <li>• Colher sorologia para dengue após o 6º dia do início da febre</li> <li>• Orientar o paciente e familiares sobre as medidas para eliminação dos criadouros de vetor</li> <li>• Utilizar o cartão de orientação ao cliente com suspeita de Dengue</li> </ul>

**GRAU III: Estágio C – Dados de identificação do A ou B, acrescido de pelo menos um dos sinais de alerta: dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, hepatomegalia dolorosa, derrames cavitários (pleura, pericárdio ou ascite), sangramento importante, hipotensão arterial, hipotensão postural (variação da P.A. sentado/deitado ou sentado/ em pé  $\geq$  20mmHg), diminuição da pressão diferencial (P.A. sist./P.A. diast.), pulso filiforme, cianose, agitação e/ou letargia, queda brusca da temperatura, taquicardia e lipotímia, aumento repentino do hematócrito.**

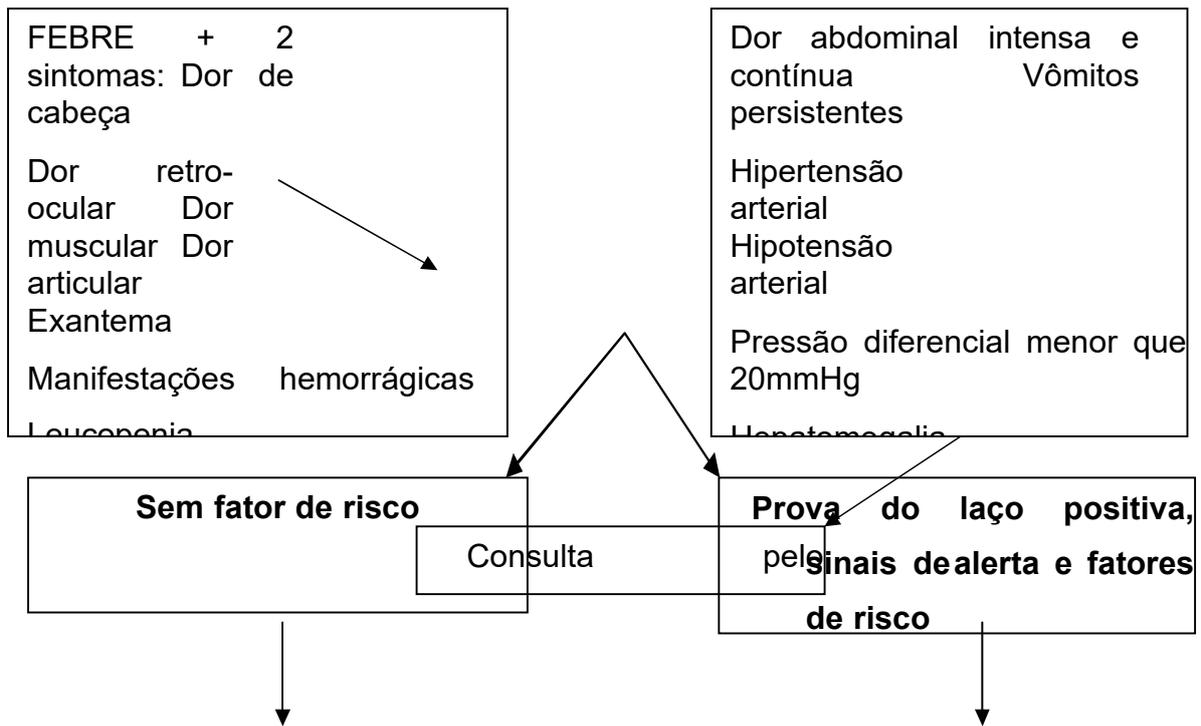
Fator de risco	Conduta
<p><b>C1</b> – Dor abdominal, hepatomegalia, queda brusca de temperatura, aumento do hematócrito e plaquetas menor que 50.000/mm<sup>3</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Comunicar imediatamente ao médico e na ausência deste, chamar o SAMU</b></li> <li>• <b>Prestar Assistência de enfermagem:</b></li> <li>• Providenciar acesso venoso</li> <li>• Não colher hematócrito no membro superior com acesso venoso(soro)</li> <li>• Colher sorologia para dengue independente da data de início dos sintomas</li> <li>• Orientar o paciente e familiares sobre as medidas para eliminação dos criadouros de vetor</li> <li>• Preencher ficha SINAN e Ficha de Investigação de Dengue</li> <li>• Comunicar imediatamente a Vigilância Epidemiológica por telefone</li> <li>• Utilizar o cartão de orientação ao cliente com suspeita de Dengue</li> </ul>

Fator de risco	Conduta
<p><b>C2</b> – Vômitos persistentes, com sangramento importante, mais confusão mental, hipotensão arterial</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Comunicar imediatamente ao médico e na ausência deste, chamar o SAMU</b></li> <li>• <b>Prestar Assistência de enfermagem:</b></li> <li>• Providenciar acesso venoso</li> <li>• Não colher hematócrito no membro superior com acesso venoso(soro)</li> <li>• Colher sorologia para dengue independente da data de início dos sintomas</li> <li>• Controlar os sinais vitais de 15 em 15 minutos até a chegada do SAMU</li> <li>• Orientar o paciente e familiares sobre as medidas para eliminação dos criadouros de vetor</li> <li>• Preencher ficha SINAN e Ficha de Investigação de Dengue</li> <li>• Comunicar imediatamente a Vigilância Epidemiológica por telefone</li> <li>• Utilizar o cartão de orientação ao cliente com suspeita de Dengue</li> </ul>

## GRAU IV: CHOQUE

<p><b>Estágio D – Choque</b>          P.A. sistólica:          Criança &lt;          80mmHg Adulto          &lt; 90mmHg          Hipertenso sem tratamento          com PA 60mmHg abaixo da          média usual          Pulso rápido e          débil Pele fria,          pálida</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Comunicar o médico imediatamente e chamar o SAMU</b></li> <li>• <b>Prestar Assistência de enfermagem:</b></li> <li>• Providenciar acesso venoso</li> <li>• Não colher hematócrito no membro superior com acesso venoso(soro)</li> <li>• Colher sorologia para dengue independente da data de início dos sintomas</li> <li>• Controlar os sinais vitais de 15 em 15 minutos até a chegada do SAMU</li> <li>• Observar turgência jugular e diurese</li> <li>• Orientar os familiares sobre as medidas para eliminação dos criadouros de vetor</li> <li>• Comunicar imediatamente a Vigilância Epidemiológica por telefone</li> <li>• Preencher ficha SINAN e Ficha de Investigação de Dengue</li> <li>• Utilizar o cartão de orientação ao cliente com suspeita de Dengue</li> </ul>
--	--

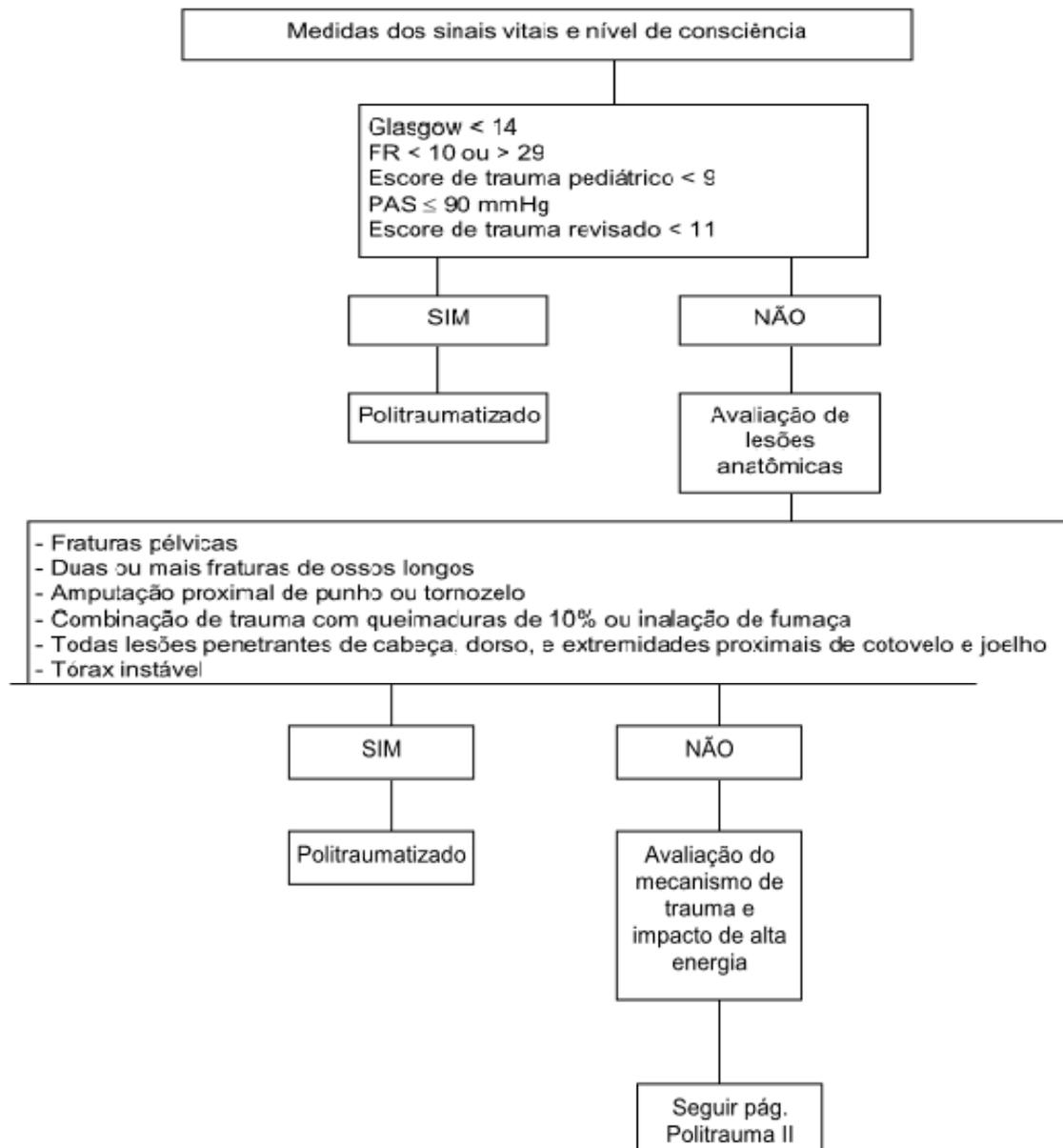
## FLUXOGRAMA PARA CLASSIFICAÇÃO DO TRATAMENTO DE DENGUE PELO ENFERMEIRO



Colher sorologia para dengue  
Tratamento domiciliar  
TRO  
Medicamentos sintomáticos  
Notificação  
Retorno em 24 horas ou no 1º dia sem febre  
Orientação sobre os sinais de alerta  
Medidas de controle do vetor

Colher sorologia para dengue  
TRO  
Medicamentos sintomáticos  
Notificação  
Medidas de controle do vetor  
Encaminhar para consulta médica

## POLITRAUMATIZADO – I (IDENTIFICAÇÃO)

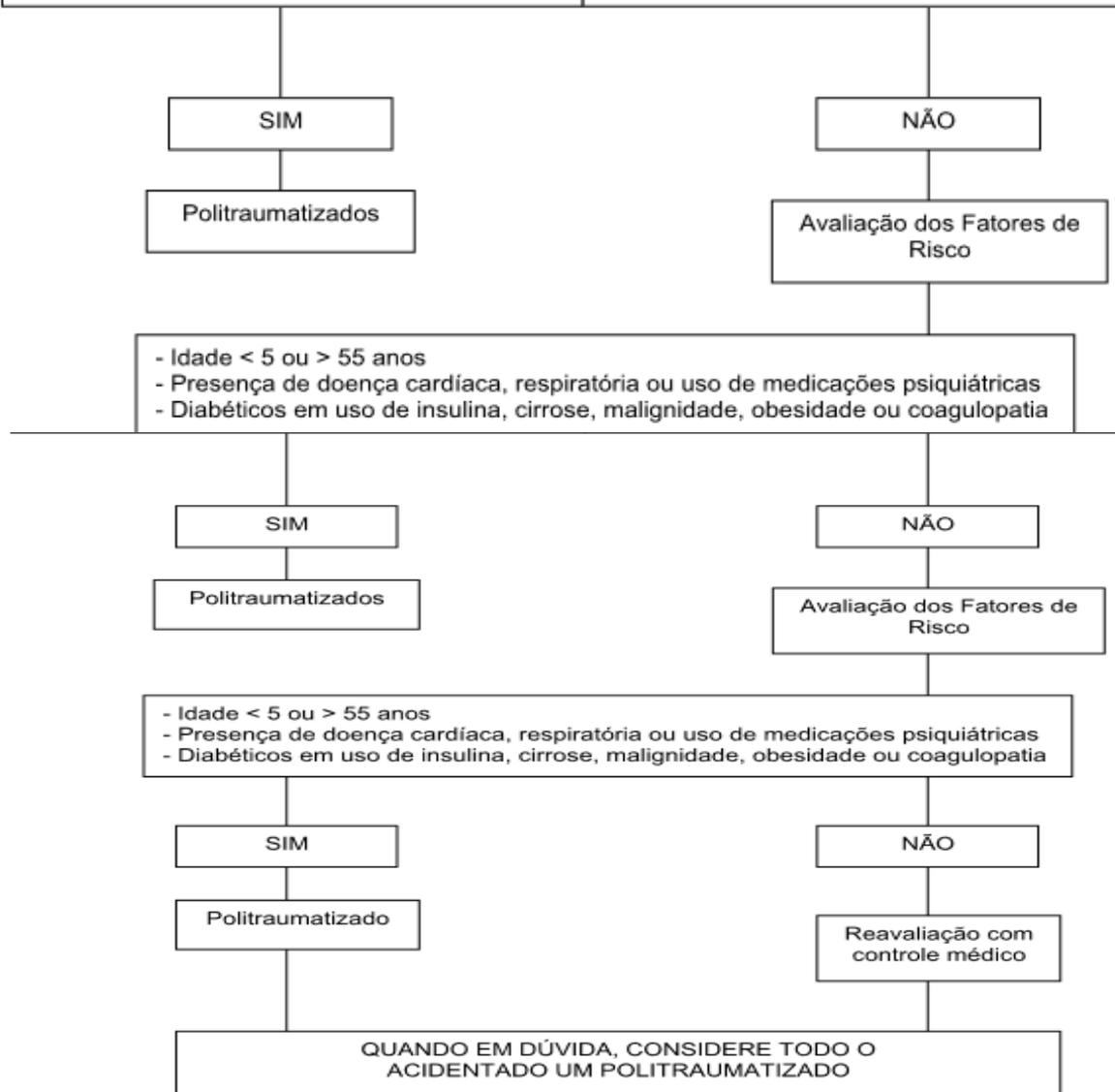


São politraumatizados os pacientes com um ou mais traumas significativos de cabeça, tórax, abdome, trato urinário, pelve ou coluna e extremidades.

**FR** = Frequência Respiratória  
**PAS** = Pressão Sistólica

## POLITRAUMATIZADO II (IDENTIFICAÇÃO)

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ejeção do automóvel</li> <li>- Morte no mesmo compartimento do passageiro</li> <li>- Atropelamento</li> <li>- Impacto de alta velocidade</li> <li>- Velocidade inicial &gt; 64 Km/h</li> <li>- Mudança de velocidade &gt; 32 Km/h</li> <li>- Maior deformidade &gt; 50 cm</li> <li>- Intrusão no compartimento do passageiro &gt; 30cm</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempo resgate &gt; 20min</li> <li>- Queda &gt; 20 pés (± 6 metros)</li> <li>- Capotagem</li> <li>- Lesão do pedestre com impacto significativo &gt; 8Km/h</li> <li>- Impacto de motocicleta &gt; 32Km/h com separação da roda do guidão</li> </ul>
--	---



### ATENÇÃO

Exames de rotina em todos os politraumatizados

- Ht, Hb
- Grupo sanguíneo e fator Rh
- Amilase
- Radiografia de tórax AP
- Radiografia de bacia AP
- Radiografia de coluna cervical
- ECG
- βHCG na mulher em idade fértil
- Ultra-som do abdômen total

## 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

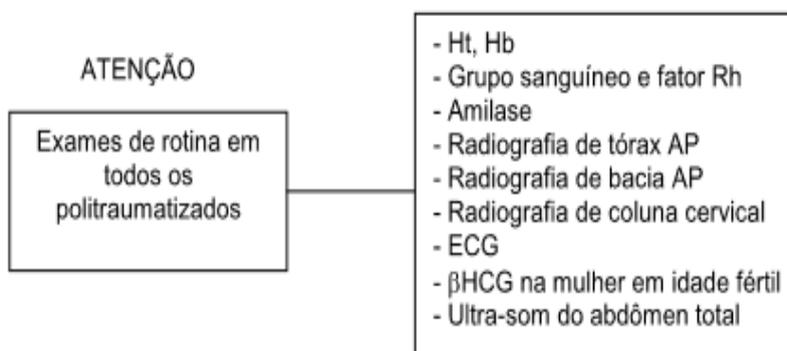
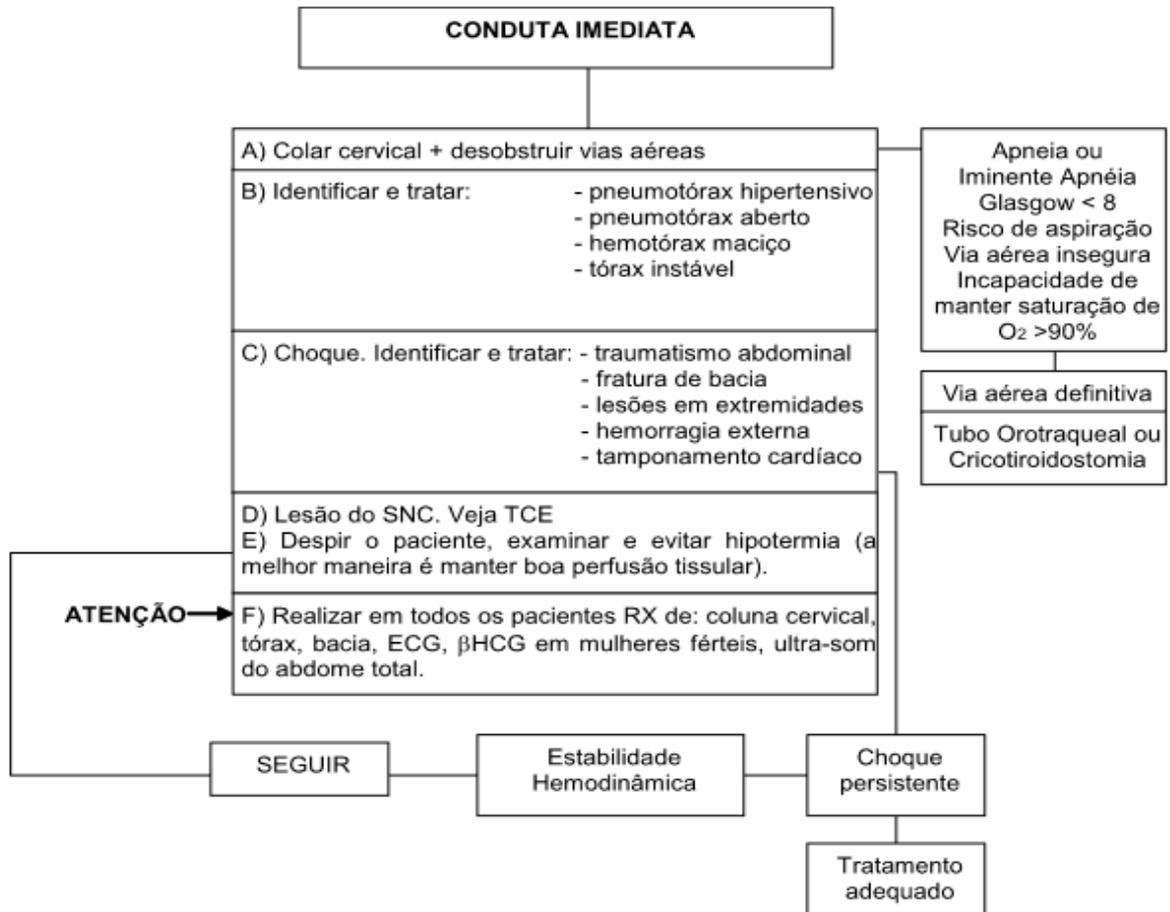
TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

### ATENÇÃO

Exames de rotina em todos os politraumatizados

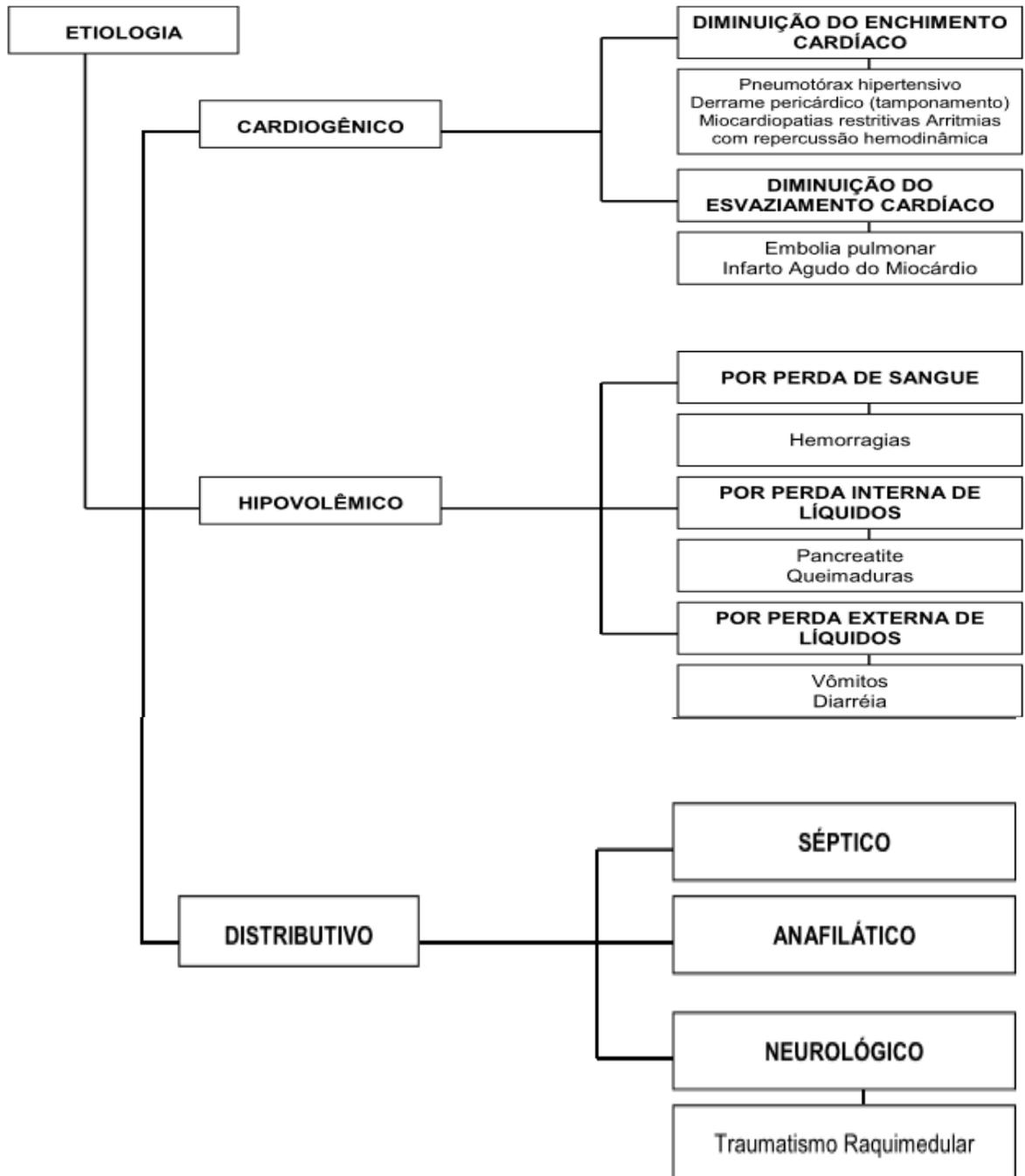
- Ht, Hb
- Grupo sanguíneo e fator Rh
- Amilase
- Radiografia de tórax AP
- Radiografia de bacia AP
- Radiografia de coluna cervical
- ECG
- $\beta$ HCG na mulher em idade fértil
- Ultra-som do abdômen total

## POLITRAUMATISMO

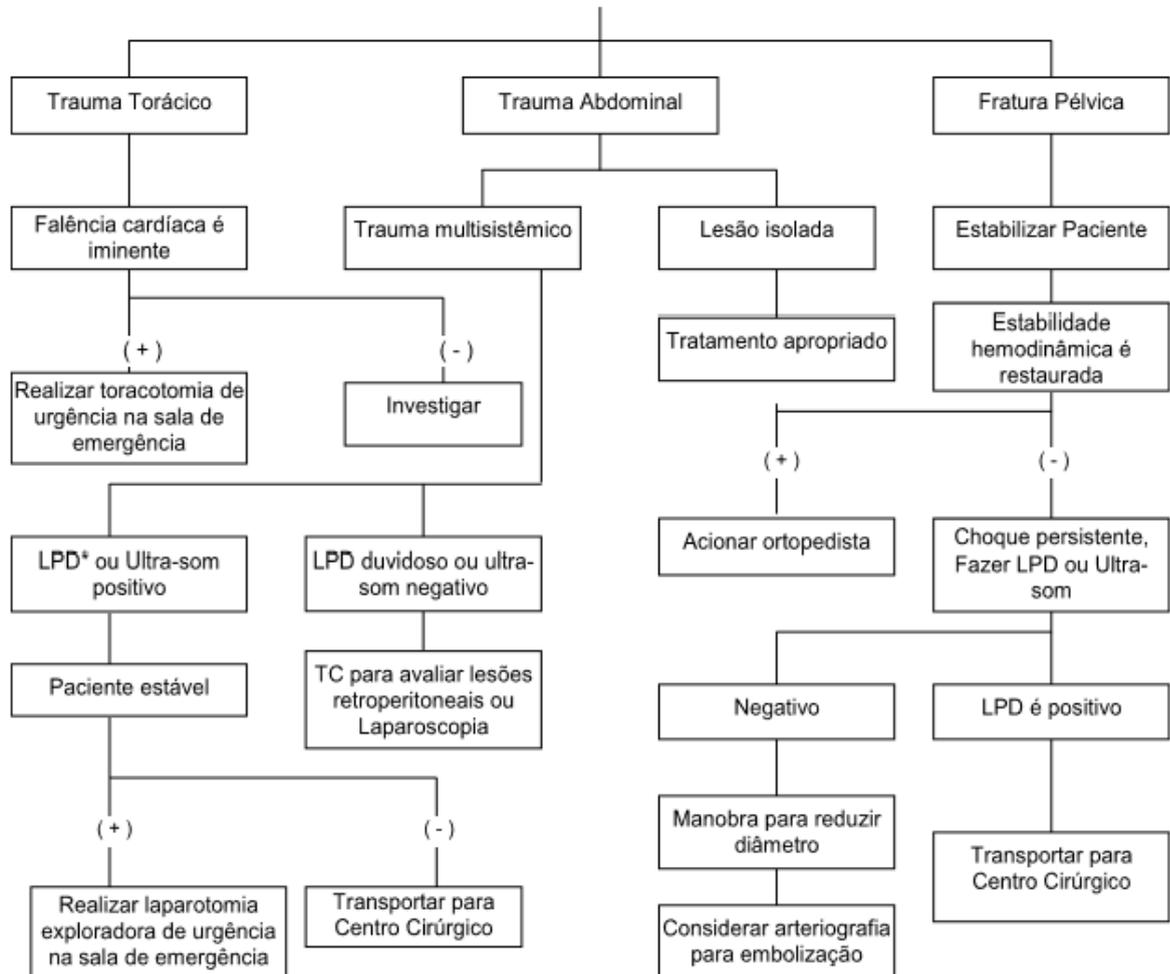


## CHOQUE

**DESEQUILÍBRIO ENTRE OFERTA E CONSUMO DE OXIGÊNIO  
EM DECORRÊNCIA DE MÁ PERFUSÃO PERIFÉRICA**



## CHOQUE HIPOVOLÊMICO



(-) Não  
(+) Sim

### TRATAMENTO

Dois cateteres (jelco 14 ou 16) em veias periféricas calibrosas  
 Cristalóides – Adulto – 3.000ml da solução cristalóide (correr aberto),  
 Se necessário infundir mais 3.000ml.  
 Crianças – 20 a 40ml/Kg da solução cristalóide  
 Não melhorou, usar sangue

\*LPD – Lavagem Peritoneal Diagnóstica

## CHOQUE HIPOVOLÊMICO II

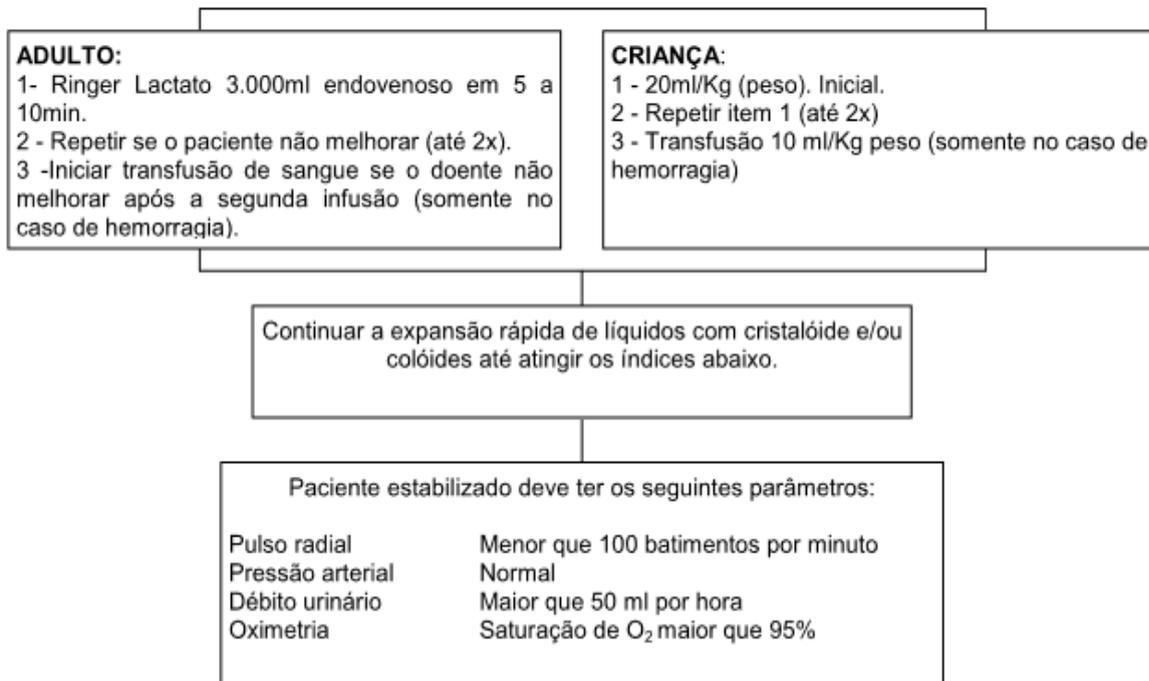
### ESTIMATIVA DE PERDAS DE FLUIDOS OU SANGUE BASEADA NA APRESENTAÇÃO INICIAL DO PACIENTE ADULTO

	I	II	III	IV
Perda de sangue (ml)	< 750	750 a 1.500	1-500 a 2.000	> 2.000
Perda de sangue(%)	< 15%	15 a 30%	30 a 40%	> 40%
Frequência de pulso	< 100	> 100	>120	>140
Pressão sanguínea	Normal	Normal	Diminuída	Diminuída
Frequência respiratória	14 a 20	20 a 30	30 a 40	> 35
Pressão de pulso	Normal ou aumentada	Diminuída	Diminuída	Diminuída
Débito urinário (ml/h)	> 30	20 a 30	05 a 15	Nenhum
SNC	Ligeiramente ansioso	Moderadamente ansioso	Ansioso e confuso	Confuso e letárgico
Reposição de fluidos (Regra 3:1)	Cristalóide	Cristalóide	Cristalóide e sangue	Cristalóide e sangue

- Regra 3:1 - reposição de 300ml de solução eletrolítica para cada 100ml de perda sanguínea.

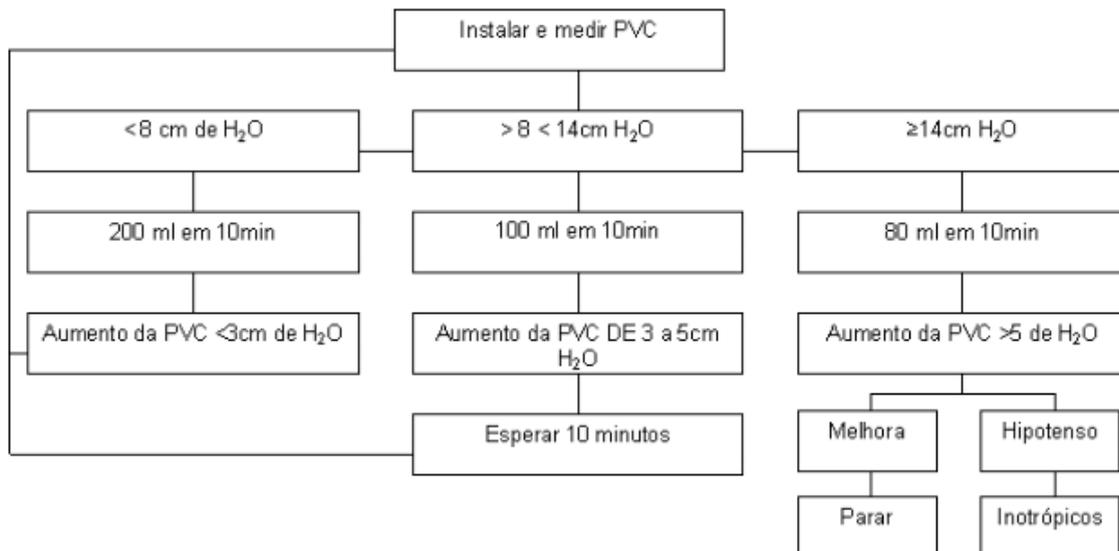
## CHOQUE HIPOVOLÊMICO

### REPOSIÇÃO DE VOLUME NO CHOQUE HIPOVOLÊMICO



## REPOSIÇÃO DE VOLUME NO PACIENTE CARDIOPATA

### PRESSÃO COLOIDSMÓTICA DEVE ESTAR NORMAL



**ATENÇÃO:**

**OBSERVAR:**

- 1 - Dois (2) acessos venosos periféricos com jelco 14.
- 2 - Pacientes com hipoalbuminemia necessitam albumina humana associada ao cristalóide, desde o início.
- 3 - Pacientes cardiopatas podem necessitar de cardiotônicos.
- 4 - Monitorização da PVC: queimados, sépticos, neurológicos, cardiopatas.
- 5 - Pacientes diabéticos ou com insuficiência hepática não devem fazer uso de Ringer Lactato.

## CHOQUE HIPOVOLÊMICO EM CRIANÇAS

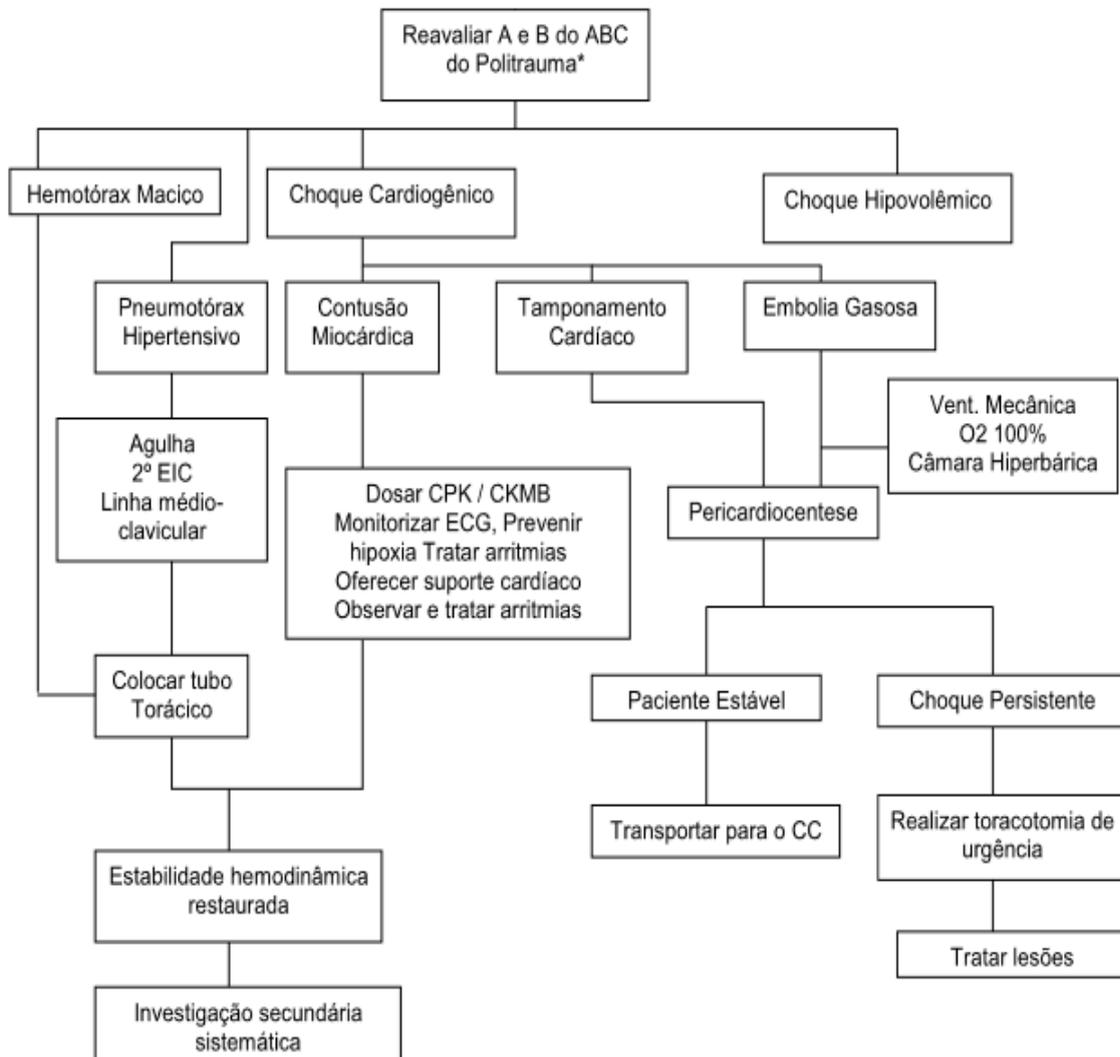
### RESPOSTA SISTÊMICA À PERDA SANGUÍNEA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS

	PERDA DE VOLUME SANGUÍNEO		
	< 25%	25 a 45%	> 45%
Cardíaco	Pulso fraco, aumento da FC	Aumento da FC	Hipotensão Taquicardia para bradicardia
SNC	Letárgico, irritável, confuso	Mudança de nível de consciência, resposta à dor	Comatoso
Pele	Fria, pegajosa	Cianótica, enchimento capilar diminuído, extremidades frias	Pálida e fria
Rins	Débito urinário diminuído, aumento de densidade	Débito urinário mínimo	Sem débito urinário

### SINAIS VITAIS NORMAIS EM CRIANÇAS

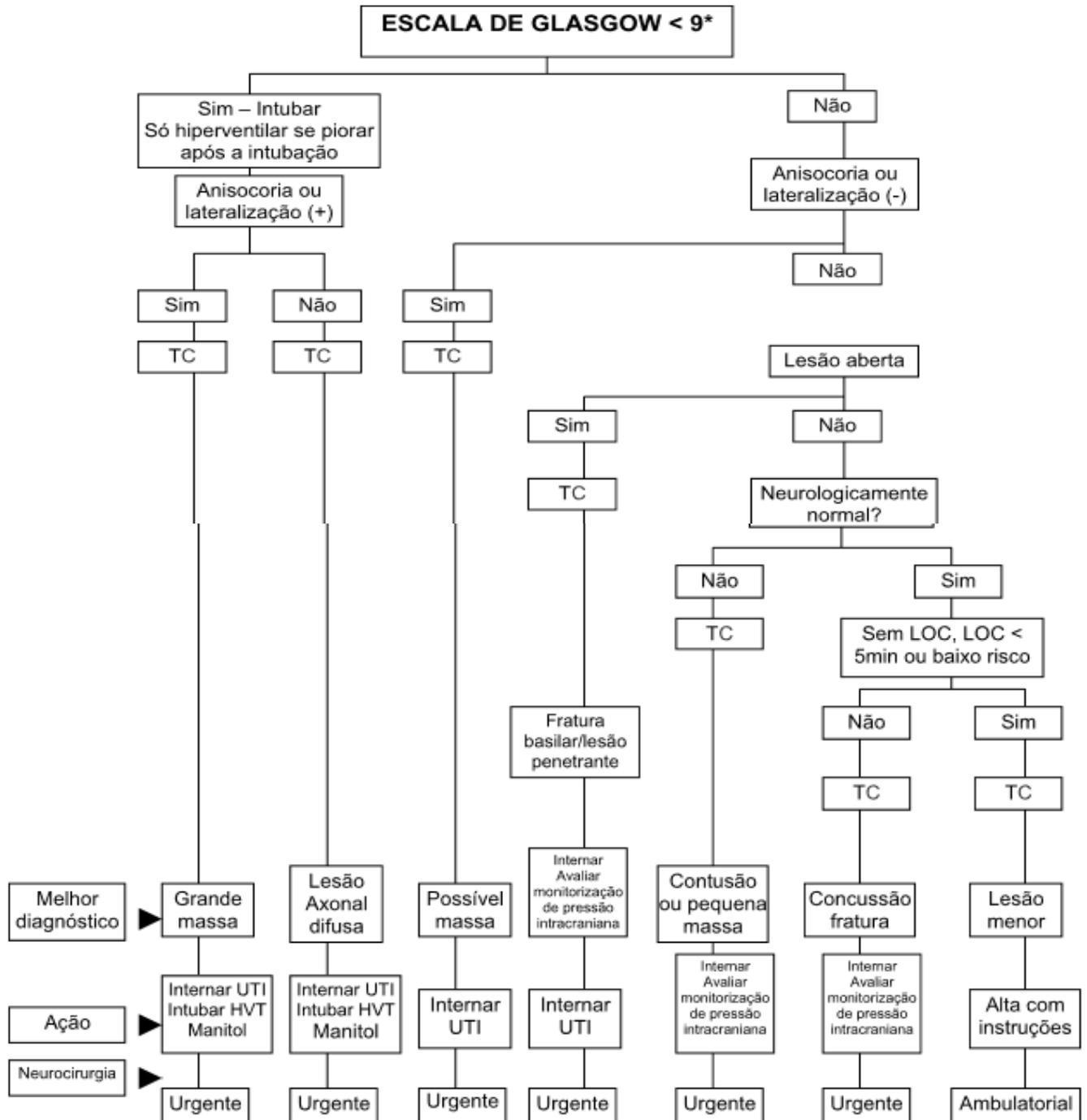
	Frequência máxima de pulso (bat/min)	Limite inferior da PA sistólica (mmHG)	Frequência máxima respiratória (inc./min)
Infantes	160	80	40
Pré-escolares	120	90	30
Adolescentes	100	100	20

## CHOQUE PERSISTENTE



**\*Abertura das vias aéreas com controle e estabilização da coluna cervical:**  
**Boa ventilação e respiração** que assegurem uma troca gasosa e perfusão adequadas;  
**Controle da circulação** através do controle de hemorragias, e se necessário, infusão de soluções;  
**Déficit neurológico** deve ser pesquisado através de exame sumário apenas para confirmarmos e associá-los a outros sinais clínicos;  
**Exposição completa do paciente**, retirando suas vestes, porém prevenindo-se a hipotermia.

## TRAUMATISMO CRÂNIOENCEFÁLICO (TCE)



\* Intubar, hiperventilar se Glasgow cair após intubação mantendo PaCO<sub>2</sub> entre 25 e 35.

• LOC – Perda de consciência  
• HVT – Hiperventilação

## RISCO RELATIVO DE LESÃO INTRACRANIANA GRUPO DE RISCO

BAIXO	MODERADO	ALTO
Assintomático	Mudança de consciência	Consciência deprimida
Cefaléia	Cefaléia progressiva	Sinal focal
Tontura	Intoxicação por álcool ou outras drogas	Fratura com afundamento
Consciência deprimida	Idade < 2 anos	
Laceração de couro cabeludo	Convulsão	
Contusão de couro cabeludo	Vômito	
Ausência de critério moderado a alto risco	Amnésia	
	Trauma múltiplo	
	Lesão facial séria	
	Sinais de fratura basilar	
	Possível penetração cerebral	
	Possível fratura com afundamento	
	Suspeita de agressão infantil	

## TCE: LEVE, MODERADO E GRAVE NA CRIANÇA

### ATENDIMENTO INICIAL

O atendimento inicial deve seguir as recomendações preconizadas pelo Pediatric Advanced Life Support (PALS) e pelo Advanced Trauma Life Support (ATLS).

A escala de coma de Glasgow (ECGL 1 e 2) permite classificar os pacientes e, a partir dessa definição, determina-se a conduta adequada:

- Trauma craniano leve: ECGL – 15 a 14;
- Trauma craniano moderado: ECGL – 13 a 9;
- Trauma craniano grave: ECGL – 8 a 3.

#### Controle da hipertensão intracraniana na admissão

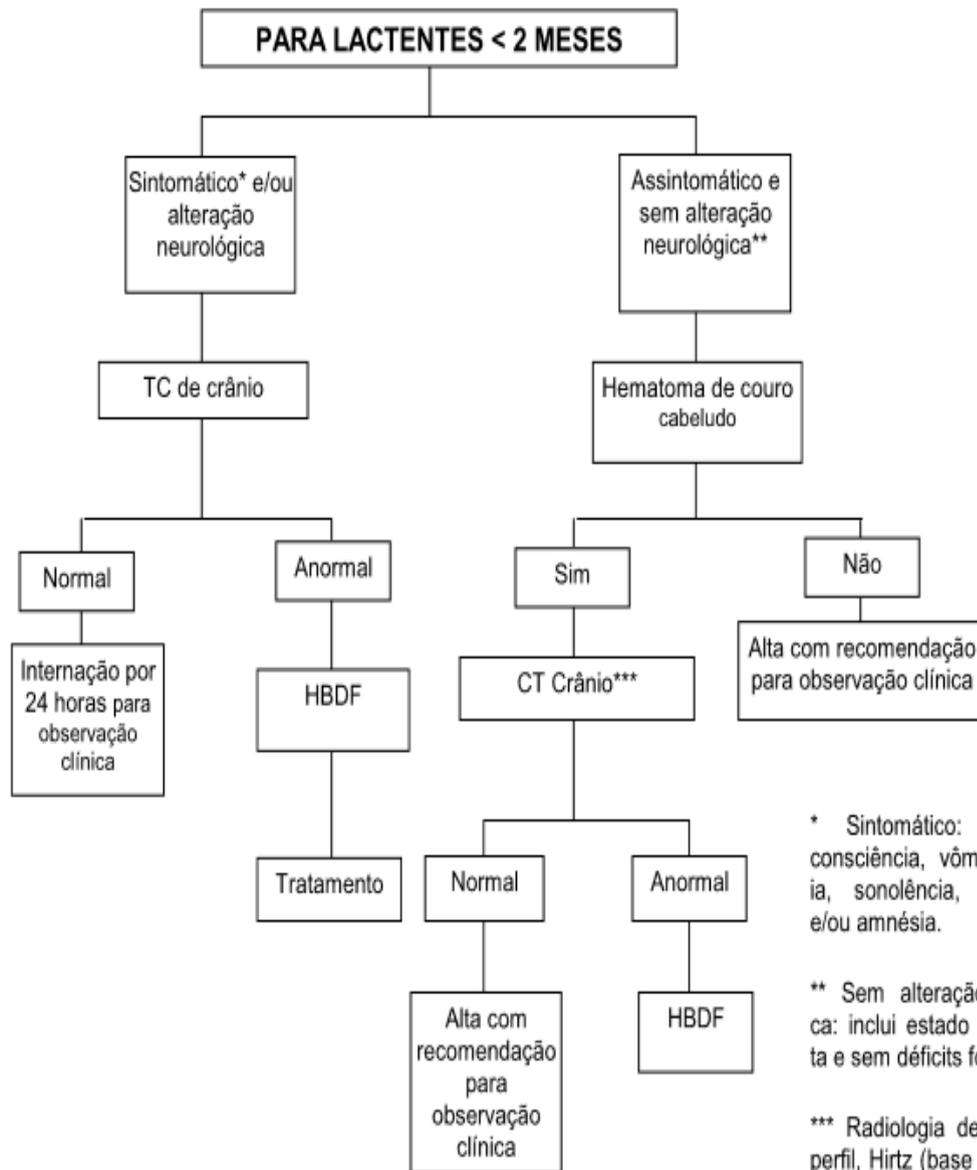
1. PALS / ATLS.
2. Manutenção da estabilidade hemodinâmica e respiratória.
3. Manter a cabeça e a coluna cervical em posição neutra.

4. Decúbito elevado a 30°, se não houver instabilidade hemodinâmica.
5. Sedação (tiopental 3 a 5 mg/kg) e eventual curarização (atracúrio 0,3 a 0,5 mg/kg).
6. Manitol a 20% - 0,25 g/kg em bolo.
7. Se normovolêmico, restrição de líquidos 60 a 70% da manutenção normal e administração de furosemida (Lasix®) 1 mg/kg EV.
8. Fenitoína – ataque de 15 a 20 mg/kg e manutenção de 5 mg/kg/dia, profilaxia das convulsões.
9. Tratamento das lesões associadas.

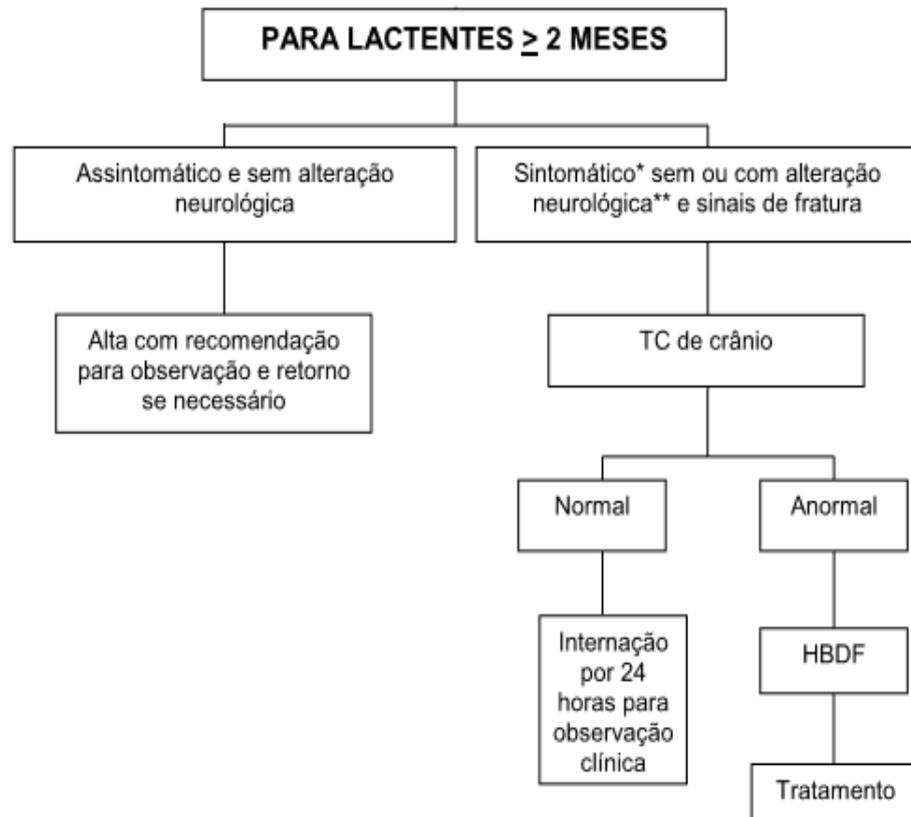
ESCALA DE COMA DE GLASGOW MODIFICADA PARA CRIANÇAS		
Resposta	Forma	Escore
Abertura ocular	Espontânea	4
	Ordem verbal	3
	Estímulo doloroso	2
	Não abre	1
Melhor resposta verbal	Balucio	5
	Choro irritado	4
	Choro à dor	3
	Gemido à dor	2
	Não responde	1
Melhor resposta motora	Movimento espontâneo e normal	6
	Reage ao toque	5
	Reage à dor	4
	Flexão anormal-decorticação	3
	Extensão anormal-descerebração	2
	Nenhuma	1
	<b>Total</b>	

<p><b>Fatores preditivos de lesão intracraniana (LIC)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mecanismo de trauma;</li> <li>• Idade inferior a 2 anos com hematoma de couro cabeludo;</li> <li>• Fontanela tensa e abaulada;</li> <li>• Amnésia prolongada;</li> <li>• Perda da consciência maior que 5 minutos;</li> <li>• Déficits neurológicos;</li> <li>• Vômitos incoercíveis;</li> <li>• Cefaléia intensa ou moderada;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fratura craniana e fratura de base do crânio (sinal de Battle: equimose da região mastóide; "olhos de guaxinim": equimose periorbitária);</li> <li>• Rinorréia, otorréia e hemotímpano;</li> <li>• Alteração do diâmetro pupilar;</li> <li>• Suspeita de maus-tratos.</li> </ul> <p><b>Observação</b> Pode ocorrer uma lesão intracraniana em 3 a 7% dos pacientes pediátricos sintomáticos com TCE neurologicamente normais.</p>
--	--

## TCE LEVE (GLASGOW 15-14)



## TCE LEVE (GLASGOW 15-14)



\* Sintomático: perda da consciência, vômitos, cefaléia, sonolência, irritabilidade e/ou amnésia.

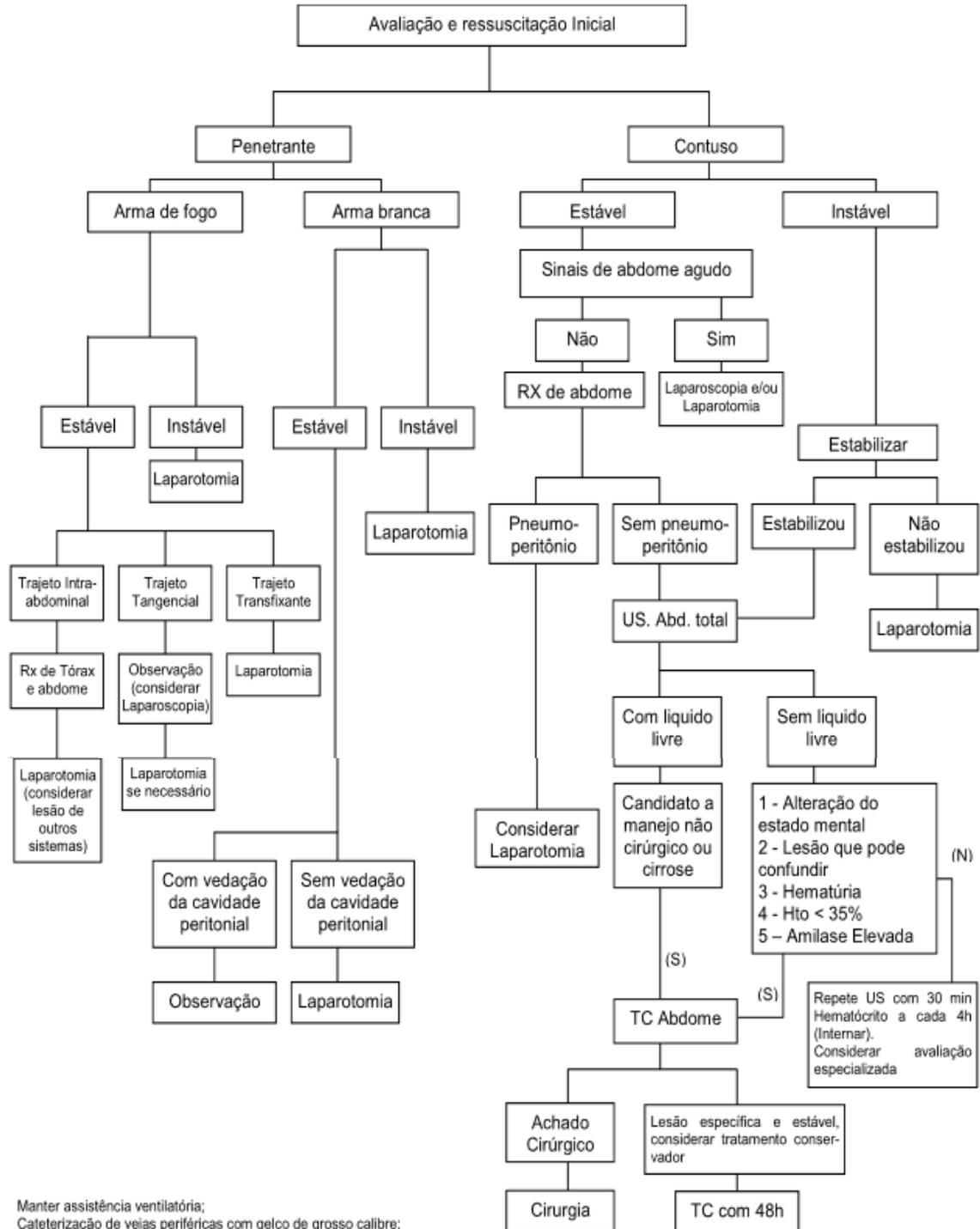
\*\* Sem alteração neurológica: inclui estado mental alerta e sem déficits focais.

## TCE MODERADO (GLASGOW 13-9)

### TCE MODERADO – ECG = 13 A 9

- Atendimento inicial: ABC – PALS/ATLS (no hospital do primeiro atendimento);
- Internação e tomografia de crânio para todos os casos – HBDF;
- Deteriorização clínica, considerar TCE grave – HBDF.

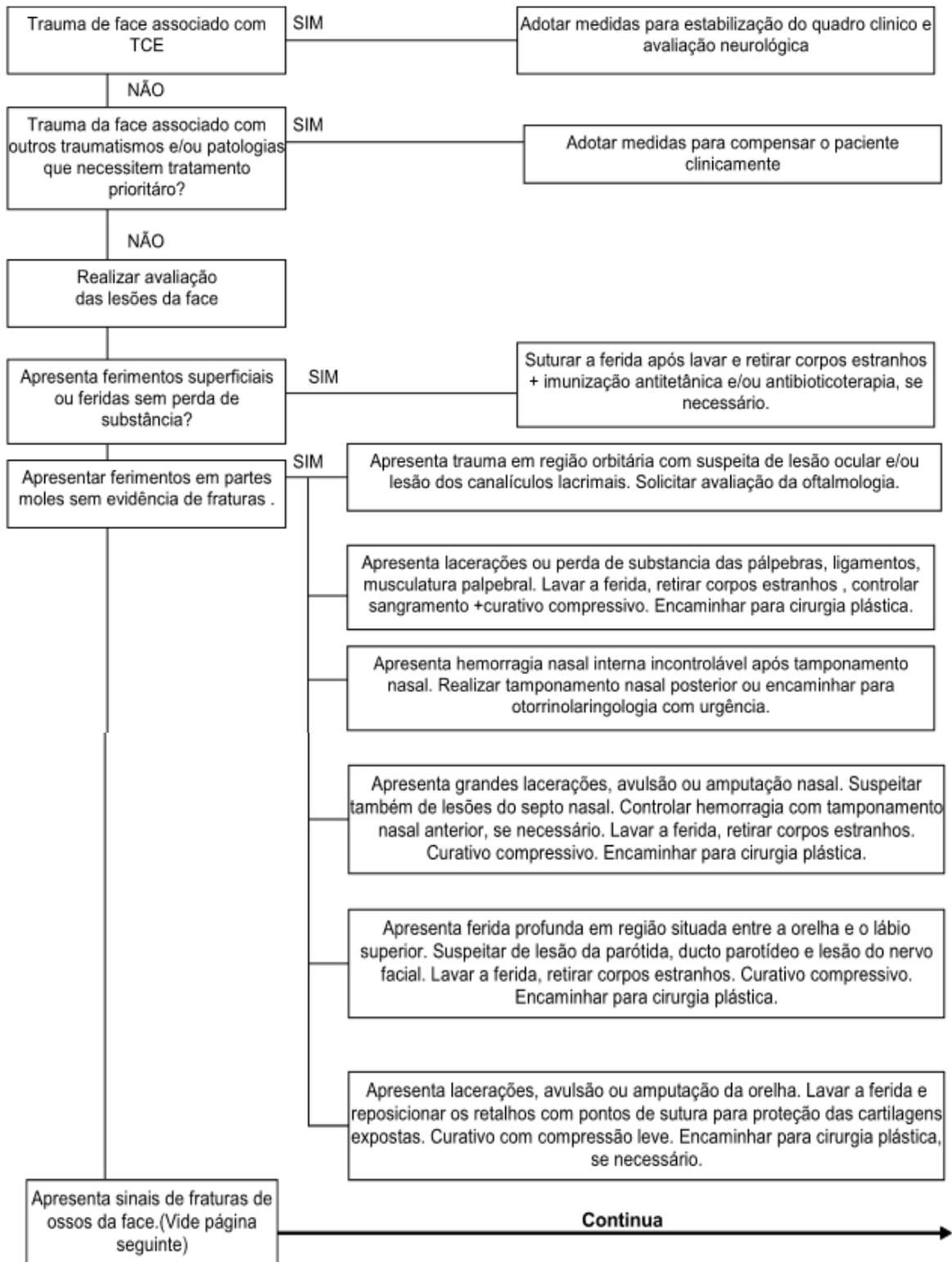
## TRAUMATISMO ABDOMINAL

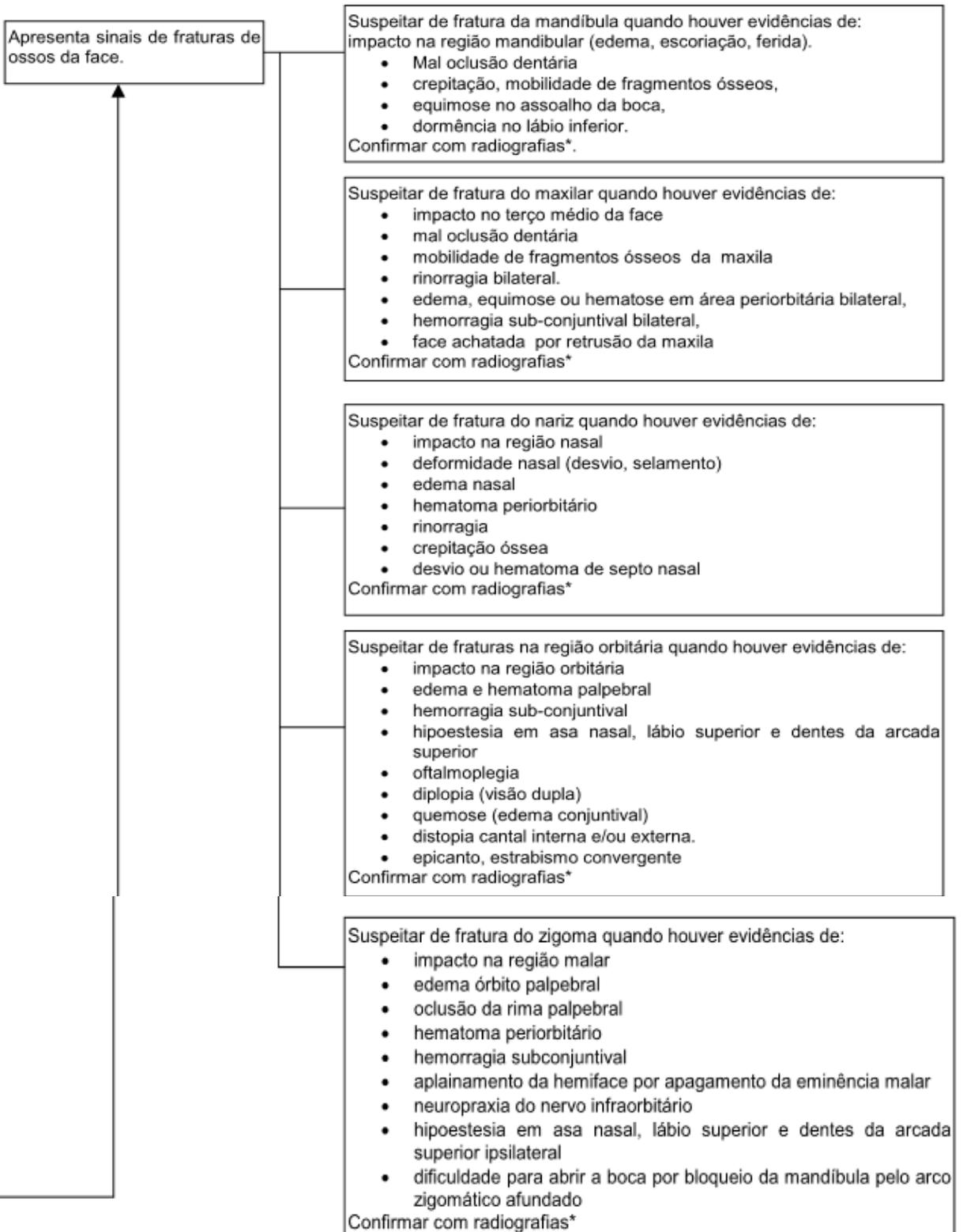


Manter assistência ventilatória;  
 Cateterização de veias periféricas com gelco de grosso calibre;  
 Prevenir e tratar o choque;  
 Sondagem vesical de demora;  
 Sonda Nasogástrica

Obs: passar sonda vesical antes da realização de lavado e/ou punção abdominal.  
 Observar contra-indicações para passagens de sonda vesical

## TRAUMATISMO DA FACE (PARTES MOLES E FRATURAS)





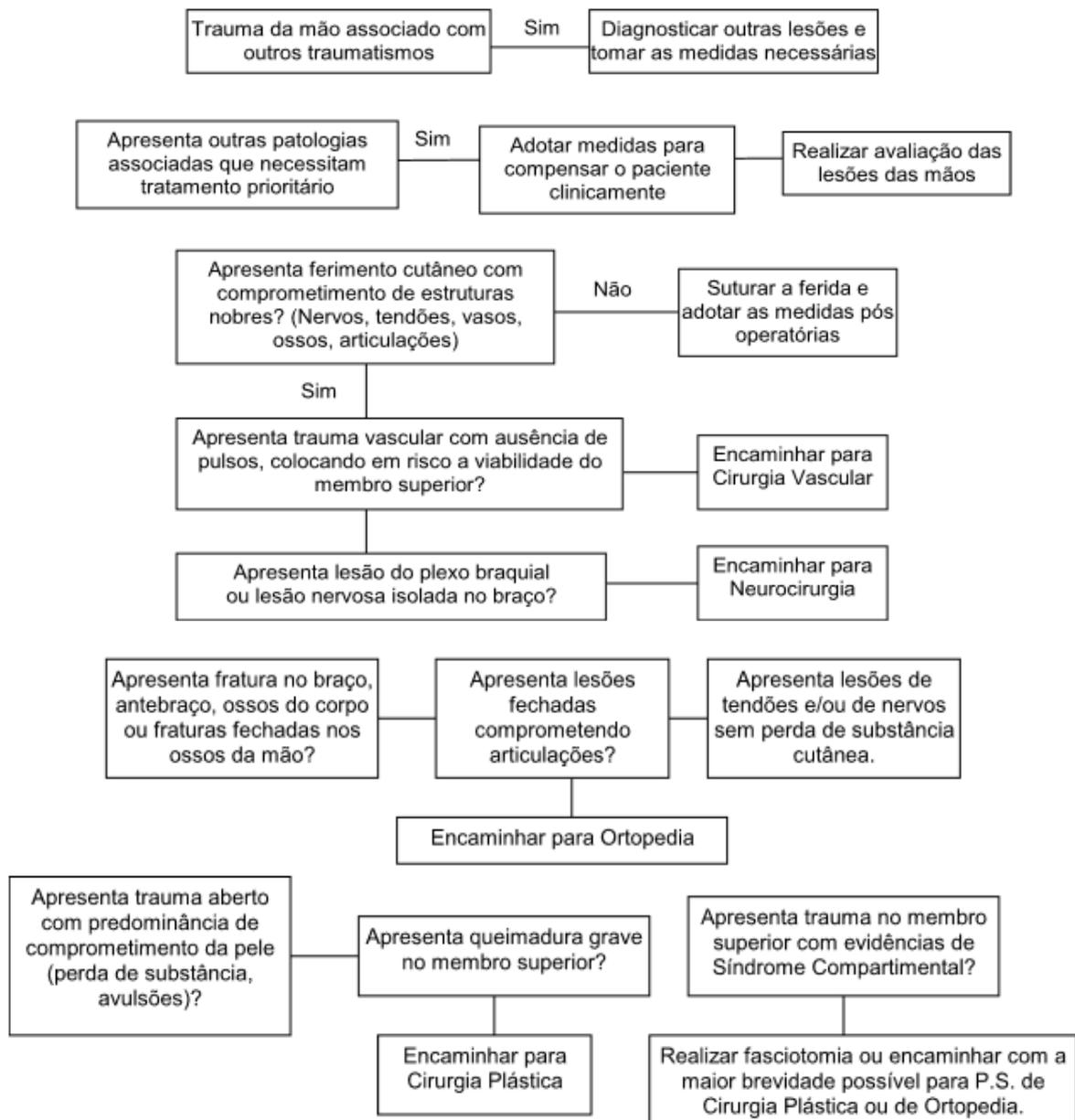
## RADIOGRAFIAS DO TRAUMATISMO DA FACE

As incidências mais comumente empregadas para o diagnóstico das fraturas de face são:

- Occipitomentoniana de Waters – mostra o esqueleto facial de forma geral (órbitas, zigomas, maxilas, seios maxilares e processos frontais da maxila).
- Fronto naso de Caldwell – ideal para seio frontal, células etmoidais, reborda orbitária, sutura zigomática- frontal e ramos da mandíbula
- Perfil – estudo da parede anterior do seio frontal, paredes laterais da órbita, perfil de ossos próprios do nariz, maxila e mandíbula.
- Oblíqua lateral da mandíbula (Bellot) – visualização lateral da mandíbula, principalmente corpo e ângulos.
- Towne modificada – para colo condílico
- Axial de Hirtz – para arco zigomático.

Poderão ser utilizadas ainda as tomografias lineares, computadorizadas e em 3 dimensões.

## TRAUMATISMO DE MÃO



## PADRONIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO NEUROLÓGICA DA LESÃO MEDULAR

	MOTOR MÚSCULO-CHAVE		SENSITIVO TOQUE LEVE		SENSITIVO AGULHA		EXAME
	DIREITA	ESQUERDA	DIREITA	ESQUERDA	DIREITA	ESQUERDA	
C2							Protuberância Occipital
C3							Fossa Supraclavicular
C4							Borda Superior Acromioclavicular
C5							Flexores do Cotovelo
C6							Extensores do Punho
C7							Flexor Profundo 3º Qd
C8							Dedo mínimo
T1							Borda Medial Fossa Antecubital
T2							Ápice da Axila
T3							Terceiro Espaço Intercostal
T4							Quarto Espaço Intercostal
T5							Quinto Espaço Intercostal
T6							Sexto Espaço Intercostal
T7							Sétimo Espaço Intercostal
T8							Oitavo Espaço Intercostal
T9							Nono Espaço Intercostal
T10							Décimo Espaço Intercostal
T11							Décimo Primeiro Espaço Intercostal
T12							Ponto Médio Ligamento Inguinal
L1							½ distância entre T12 e L2
L2							Terço Médio Anterior da Coxa
L3							Côndilo Femoral Medial
L4							Maléolo Medial
L5							Dorso do pé – 3º art. Metatarsofalangeana
S1							Bordo Externo do Calcâneo
S2							Linha Média da Fossa Poplítea
S3							Tuberosidade Isquiática
S45							Área Perianal
TOTAL							

	(Máximo)	(50)	(50)	(56)	(56)	(56)	(56)
Índice Motor				Índice Sensitivo com Agulha		Índice Sensitivo com Toque	
	(Máximo)	(100)			(112)		(112)
Contração voluntária anal (sim/não)		<input type="checkbox"/>		Qualquer sensibilidade anal (sim/não)		<input type="checkbox"/>	

MOTOR	SENSIBILIDADE
0 – Paralisia total	0 – Ausente
1 – Contração visível ou palpável	1 – Comprometido
2 – Movimento ativo sem oposição da força da gravidade	2 – Normal
3 – Movimento ativo contra a força da gravidade	NT – Não testável
4 – Movimento ativo contra alguma resistência	
5 – Movimento ativo contra grande resistência	
NT – Não testável	

## ÍNDICES SENSITIVOS E MOTORES NÍVEIS

### ESCALA DE DEFICIÊNCIA AIS

NÍVEL: \_\_\_\_\_

A – Completa

Não há função motora ou sensitiva preservada nos segmentos sacros S4-S5

B – Incompleta

Há função sensitiva porém não motora preservada abaixo do nível neurológico estendendo-se até os segmentos sacros S4-S5

C – Incompleta

Há função motora preservada abaixo do nível neurológico e a maioria dos músculos chave abaixo do nível neurológico tem um grau muscular inferior a 3

D – Incompleta

Há função motora preservada abaixo do nível neurológico e pelo menos a metade dos músculos chaves abaixo do nível neurológico tem um grau muscular maior ou igual a 3

E – Normal

As funções sensitivas e motoras são normais

### MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

<b>Níveis:</b> 7 – Independência Total 6 – Independência Total Aparelhada 5 – Supervisão 4 – Assist. Mínima (Capacidade: 75% ou +) 3 – Assist. Moderada (Capacidade: 50% ou +) 2 – Assist. Máxima (Capacidade: 25% ou +)			<b>Controle dos Esfínteres</b>	<b>Admissão Alta</b>	<b>Locomoção</b>	<b>Admissão Alta</b>	
			Controle vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caminhar,	<input type="checkbox"/>
			Controle esfíncter anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/>
						Escada	<input type="checkbox"/>
			<b>Mobilidade</b>	<b>Admissão Alta</b>	<b>Comunicação</b>	<b>Admissão Alta</b>	
			Transferência:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Compreensão	<input type="checkbox"/>
			Cama, Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expressão	<input type="checkbox"/>
			Banheiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cognição social	<input type="checkbox"/>
			Banheira, Chuveiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Interação social	<input type="checkbox"/>
						Solução problemas	<input type="checkbox"/>
<b>Cuidados Pessoais</b>	<b>Admissão</b>	<b>Alta</b>					
Alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Cuidados com aparência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Banhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Vestir parte superior do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Vestir parte inferior do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Asseio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
				<b>MIF TOTAL:</b>		_____	

## ESCORES DE TRAUMA

**Obs:** Servem para triagem pré-hospitalar, comunicação inter-hospitalar e na comparação de resultados de protocolos e atendimentos.

### ESCORE DE TRAUMA REVISADO

GCS*	BPM*	FR*	Valor*
13-15	>89	10-29	04
09-12	76-89	>29	03
06-08	50-75	06-09	02
04-05	01-49	01-05	01
03	00	00	00

O valor final é obtido pela fórmula:

$$*ETR = 0,9368 \times GCS + 0,7359 \times BPM + 0,2908 \times FR$$

Para um valor total máximo de 7,84

\*GCS - Glasgow

\*BPM - Batimentos por minuto

\*FR = Frequência Respiratória

\*ETR = Escore de Trauma Revisado

### IMPORTÂNCIA:

Criados para fins de triagem na cena do acidente, comparação de resultados entre instituições e dentro das mesmas ao longo do tempo (controle de qualidade) e para avaliar probabilidade de sobrevivida.

### ESCALA ABREVIADA DE LESÕES (AIS - ABREVIATE INJURY SCALE)

- Pontua lesões em diversos segmentos corpóreos de acordo com a gravidade (de 1 a 6).
- Crânio/pescoço, face, tórax, abdome/pelve, extremidades/pelve óssea e geral externa, pela AIS, são elevados ao quadrado e somados.

### ÍNDICE DE GRAVIDADE DA LESÃO (ISS INJURY SEVERITY SCORE).

- Índice derivado da escala abreviada de lesões (AIS - Abreviate Injury Scale).
- Três valores mais altos em segmentos corpóreos diferentes.
- Os valores variam de 3 a 75.
- Se o AIS for igual a 6 em qualquer segmento o ISS é 75 automaticamente.

### CÁLCULO DO ISS:

Paciente com lesões nas seguintes regiões:

REGIÃO	AIS DA LESÃO	AIS DA LESÃO
Crânio e pescoço	2	3
Face	4	-
Tórax	1	4
Abdome/pelve	2	3
Esquelética	3	4
Geral	1	-

Calculo do ISS = 4 + 4 + 4 ? ISS = 16 + 16 + 16 = 48 ? ISS = 48

### LIMITAÇÕES:

Não considera a presença de múltiplas lesões em determinado segmento como determinantes de maior gravidade de ao aproveitar apenas a lesão mais grave. (Exemplo: Mortalidade p/ ISS = 16 é de 14,3% (4,0/0) e p/ ISS = 19 é de 6,8% (3,3/1)

Taxas de mortalidade variam muito, comparando-se valores de AIS semelhantes em diferentes segmentos corpóreos. Idade e doenças associadas são desconsideradas e têm importância prognostica quanto do trauma.

Atenção: não pode ser utilizada como índice de trauma isoladamente!

## ESCALA ABREVIADA DE LESÕES (OIS – ORGAN INJURY SCALE)

PONTUA LESÕES EM DIVERSOS SEGMENTOS CORPÓREOS DE ACORDO COM A GRAVIDADE:

- 1 – Menor
- 2 – Moderado
- 3 – Sério
- 4 – Severo (ameaça a vida)
- 5 – Crítico (sobrevida incerta)
- 6 – Não sobrevivente

URETRA			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	CONTUSÃO	Sangue no meato uretral uretografia normal	2
2	Lesão maior	Tração da uretra sem extravasamento na uretografia	2
3	Laceração parcial	Extravasamento do contraste no local da lesão com visualização do contraste na bexiga	2
4	Laceração completa	Extravasamento do contraste no local da lesão sem visualização da bexiga. Separação da uretra menor que 2cm	3
5	Laceração completa	Transecção com separação dos segmentos maior que 2cm ou extensão para próstata ou vagina	4

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima.

BEXIGA			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS – 90
1	Hematoma Laceração	Contusão, hematoma intramural, thickness parcial	2
2	Laceração	Laceração da parede extraperitoneal menos de 2cm	3
3	Laceração	Laceração da parede extraperitoneal mais de 2cm ou intraperitoneal menos de 2cm	4
4	Laceração	Laceração da parede intraperitoneal mais de 2cm	4
5	Laceração	Laceração que se estende até o colo vesical ou trigono	4

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima

URETER			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS – 90
1	Hematoma	Contusão ou hematoma sem desvascularização	2
2	Laceração	Transecção menor que 50%	2
3	Laceração	Transecção maior que 50%	3
4	Laceração	Transecção completa com desvascularização de 2cm	3
5	Laceração	Transecção completa com desvascularização maior que 2cm	3

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima

DIAFRAGMA		
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS – 90
1	Contusão	2
2	Laceração de 2cm ou menos	3
3	Laceração de 2 a 10cm	3
4	Laceração maior que 10cm com perda de tecido maior que 25 cm quadrados	3
5	Laceração com perda de tecido maior que 25cm quadrados	3

Obs: em situação de lesões bilaterais considere um grau acima

<b>PAREDE TORÁCICA</b>			
<b>GRAU</b>	<b>DESCRIÇÃO DE LESÃO</b>		<b>AIS – 90</b>
1	Contusão Laceração Fratura	Qualquer localização	1
		Pele e subcutâneo	1
		Menos de 3 costelas, fechada	1-2
		Clavícula alinhada e fechada	2
2	Laceração Fratura	Pele, subcutânea e músculo	1
		3 ou mais costelas, fechada	2-3
		clavícula aberta ou desalinhada	2
		Esterno alinhada, fechada	2
3	Laceração Fratura	Corpo da escápula	2
		Total, incluindo pleura	2
		Esterno, aberta, desalinhada ou instável	2
4	Laceração Fratura	Menos de 3 costelas com segmento instável	3-4
		Avulsão dos tecidos da parede com fratura exposta de costela.	4
5	Fratura	3 ou mais costelas com tórax instável unilateral	3-4
		Tórax instável bilateral	5

Obs: Em situação de lesões bilaterais considere um grau acima

<b>PULMÃO</b>			
<b>GRAU</b>	<b>DESCRIÇÃO DA LESÃO</b>		<b>AIS – 90</b>
1	Contusão	Unilateral, menos que in lobo	3
2	Contusão	Unilateral in lobo	3
	Laceração	Pneumotórax simples	3
3	Contusão Laceração Hematoma	Unilateral, mais que in lobo	3
		Escape persistente de via aérea distal mais de 72 horas	3-4
		Intraparenquimatoso sem expansão	3-4
4	Laceração Hematoma Vascular	Escape de via aérea maior (segmento ou lobar)	4-5
		Intraparenquimatoso em expansão	4-5
		Rotura de vaso intrapulmonar ramo primário	3-5
5	Vascular	Rotura de vaso hilar	4
6	Vascular	Transecção total do hilo pulmonar sem contenção	4

Obs: em situação de lesões bilaterais considere um grau acima  
 Hemotórax está na tabela de lesões de vasos intratorácicos

<b>FÍGADO</b>			
<b>GRAU</b>	<b>DESCRIÇÃO DA LESÃO</b>		<b>AIS – 90</b>
1	Hematoma Laceração	Subcapsular, menos que 10% da área de superfície	2
		Fissura capsular com menos de 1cm de profundidade	2
2	Hematoma Laceração	Subcapsular, 10 a 50% da área de superfície	2
		Intraparenquimatoso com menos de 10cm de diâmetro	2
		1 a 3cm de profundidade com até 10cm de comprimento	2
3	Hematoma Laceração	Subcapsular, maior que 50% de área de superfície ou em expansão	3
		Hematoma subcapsular ou parenquimatoso roto	3
		Hematoma intraparenquimatoso maior que 10cm ou em expansão	3
4	Laceração	Maior que 3cm de profundidade	3
		Rutura de parênquima hepático envolvendo 25 a 75% de lobo hepático ou 1 a 3 segmentos de Couinaud em um lobo	4

5	Laceração Vascular	Rutura de parênquima hepático envolvendo mais de 75% de lobo hepático ou mais de 3 segmentos de Couinaud em um lobo	5
		Lesões justahepáticas, i.é, veia cava retrohepática e veias centrais maiores	5
6	Vascular	Avulsão hepática	6

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima, acima do grau 3.

BAÇO			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS – 90
1	Hematoma	Subcapsular, menos que 10% da área de superfície	2
	Laceração	Fissura capsular com menos de 1cm de profundidade	2
2	Hematoma	Subcapsular, 10 a 50% da área de superfície	2
	Laceração	Intraparenquimatoso com menos de 5cm de diâmetro 1 a 3cm de profundidade sem envolver veia do parênquima	2
3	Hematoma	Subcapsular, maior que 50% de área de superfície ou em expansão.	3
	Laceração	Hematoma subcapsular ou parenquimatoso roto Hematoma Intraparenquimatoso maior que 5cm ou em expansão Maior que 3cm de profundidade ou envolvendo veias trabeculares	3
4	Laceração	Laceração de veias do hilo ou veias segmentares produzindo maior desvascularização (>25% do baço)	4
5	Laceração	Destruição total do baço	5
	Vascular	Lesão do hilo vascular com desvascularização do baço	5

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima, acima do grau 3.

RIM			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS – 90
1	Contusão	Hematúria macro ou microscópica com avaliação urológica normal	2
	Hematoma	Subcapsular, sem expansão e sem laceração do parênquima	2
2	Hematoma	Hematoma perirenal sem expansão confinado ao retroperitônio renal	2
	Laceração	Profundidade no parênquima renal menor que 1cm sem extravasamento de urina	2
3	Laceração	Profundidade do parênquima maior que 1cm, sem ruptura do sistema coletor ou extravasamento de urina	3
4	Laceração	Laceração que se estende através da córtex renal, medular e sistema coletor	4
	Vascular	Lesão da artéria ou veia principais com hemorragia contida	5
5	Laceração	Destruição renal total	5
	Vascular	Avulsão do hilo renal com desvascularização renal	5

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima.

VASCULATURA INTRA-ABDOMINAL		
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS – 90
1	Ramos inominados das artérias e veias mesentérica superior Ramos inominados das artérias e veias mesentérica inferior Artéria e veia frênicas Artéria e veia lombar Artéria e veia gonadal Artéria e veia ovariana Outras artérias e veias inominadas que requeiram ligadura	0
2	Artéria hepática comum, direita ou esquerda Artéria e veia esplênicas Artéria gástrica esquerda ou direita Artéria gastroduodenal Artéria e veia mesentérica inferior Ramos primários da artéria e veia mesentérica Outro vaso abdominal nominado que necessite de ligadura	3 3 3 3 3 3 3
3	Artéria mesentérica superior Artéria e veias renais Artéria e veias ilíacas Artéria e veias hipogástricas Veia cava infra-renal	3 3 3 3 3
4	Artéria mesentérica superior Eixo celíaco Veia cava supra-renal, infra-hepática Aorta infra-renal	3 3 3 3
5	Veia porta Veia hepática extraparenquimal Veia cava retro ou supra-hepática Aorta supra-renal subdiafragmática	3 3-5 5 5

VASCULATURA INTRATORÁCICA		
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS-90
1	Artéria e veia intercostal Artéria e veia mamária interna Artéria e veia brônquica Artéria e veia esofágica Artéria e veia hemiaórgos Artéria e veia inominada	2-3 2-3 2-3 2-3 2-3 2-3
2	Veia ázigos Veia jugular interna Veia subclávia Veia inominada	2-3 2-3 3-4 3-4
3	Artéria carótida Artéria inominada Artéria subclávia	3-5 3-4 3-4
4	Aorta torácica descendente Veia cava inferior intratorácica Primeiro ramo intraparenquimatoso da artéria pulmonar Primeiro ramo intraparenquimatoso da veia pulmonar	4-5 3-4 3 3
5	Aorta torácica ascendente e arco Veia cava superior Artéria pulmonar, tronco principal Veia pulmonar, tronco principal	5 3-4 4 4
6	Transseção total incontida da aorta torácica Transseção total incontida do hilo pulmonar	5 4

## LOMBALGIA POSTURAL

Quadro agudo de dor na região lombar associado a esforço repetitivo, espasmo muscular para vertebral, sobrepeso corporal, estresse sem déficia alteração neurológico nos membros inferiores.

### SINAIS E SINTOMAS

**Lombalgia aguda:** espasmo para vertebral, após esforço físico ou trauma recente, dor irradiada para a coxa ou perna, marcha alterada, dor aumentada com a flexão anterior da coluna e sinal de Lasegué negativo.

**Lombalgia crônica:** dor região lombar de baixa intensidade, ausência de trauma recente ou esforço físico, história de dor periódica associada a exercícios físicos da coluna, ausência de alteração dos dermatomos do membro inferior

Diagnósticos diferenciais da lombalgia: osteoartrose, herniação discal, tumores, infecção bacteriana, fratura, cálculos, tumores e infecções renais, cistos ovarianos, úlcera péptica, aneurisma da aorta e alteração pancreática ou biliar.

### EXAMES COMPLEMENTARES

Febre ou perda de peso:  
 Hemograma completo e cultura de secreções

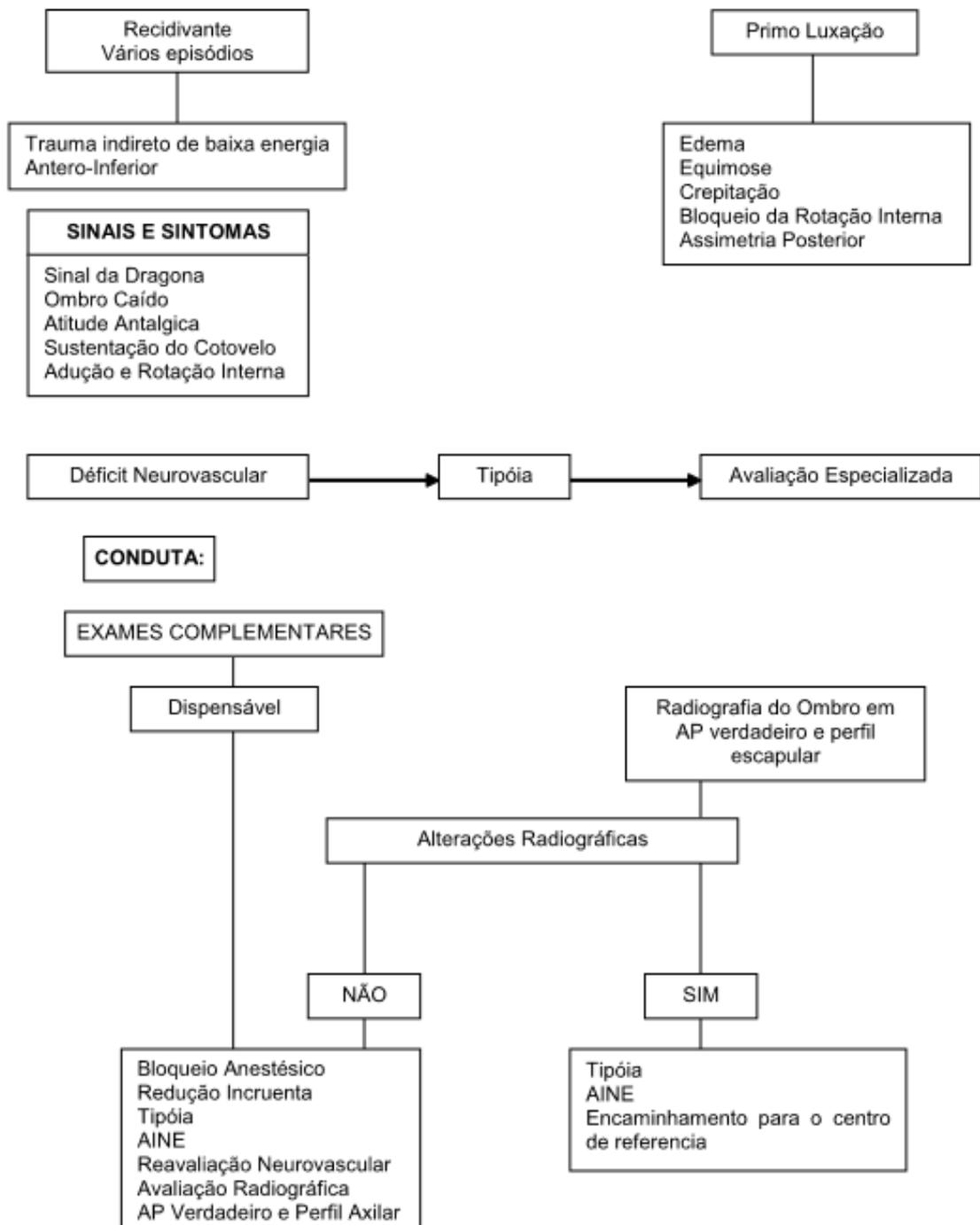
Rigidez matinal:  
 Fator reumatóide, ANA e VHS

Dor em cólica:  
 Ultrasonografia, amilase, e urocultura

Exames radiográficos emergenciais não estão indicados exceto em casos de trauma evidente.

**Tratamento:** A maioria dos pacientes apresenta melhora progressiva em período de seis a oito semanas. Nos sintomas agudos prescrever diclofenaco 75 mg IM (dose única) e paracetamol 250 mg de 8/8 horas ou diclofenaco de potássio 50 mg de 8/8 horas. Redução ou abstenção de atividade física com repouso no leito por período de 48 horas, utilizar ainda calor local três vezes ao dia. Nos sintomas crônicos, pesquisar alterações neurológicas eventuais, prescrever diclofenaco 50 mg de 8/8 horas e encaminhar paciente para reabilitação postural.

## LUXAÇÃO DO OMBRO



## ENTORSE DO JOELHO

MECANISMO
Torsional
Trauma Direto
Queda de Altura
Hiperflexão
Hiperextensão
Valgo / Varo

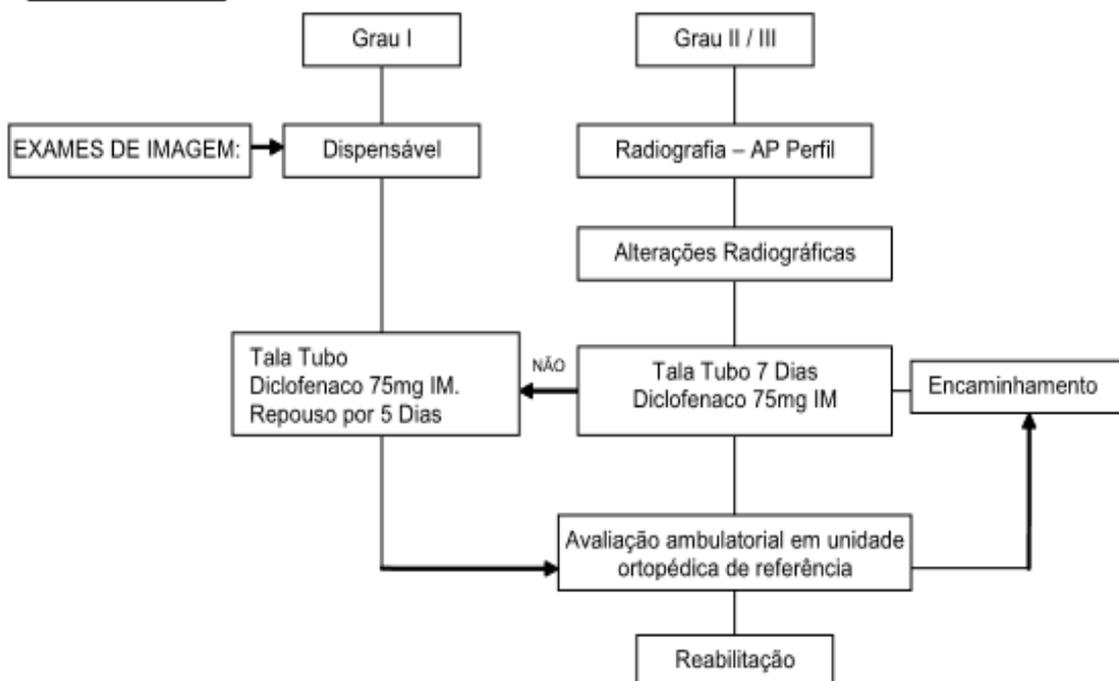
### AVALIAÇÃO

Grau I – **Leve**: Suporta Carga; Sem Derrame articular.

Grau II – **Moderado**: Não suporta carga; Derrame moderado.

Grau III – **Grave**: Não suporta carga; Sensação de “Estalido”. Derrame acentuado com sinal de Rechaço patelar.

### CONDUTA:



## ENTORSE DO TORNOZELO LESÃO CÁPSULO - LIGAMENTAR

MECANISMO
Torsional Inversão Eversão

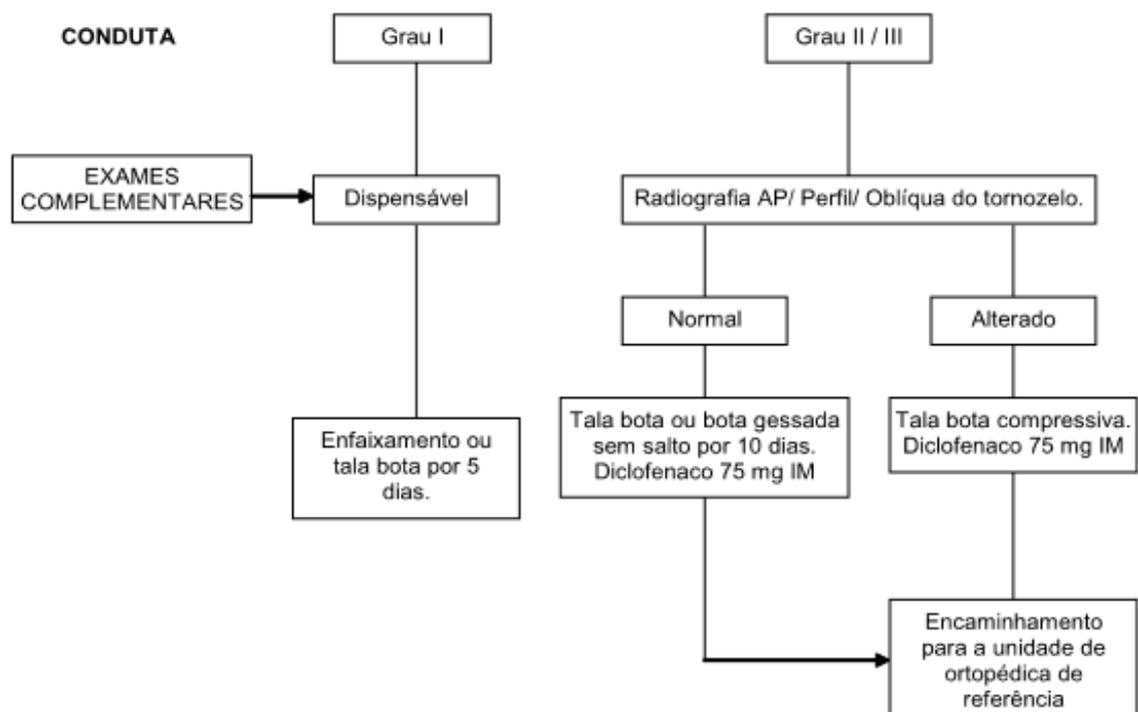
### AVALIAÇÃO

Grua I – **Leve**: Discreto edema, sem equimose, suporta carga.

Grua II – **Moderado**: Edema perimaleolar. Pode suportar carga. Discreta equimose após 24 horas

Grua III – **Grave**: Edema difuso. Não suporta carga. Equimose após 24 horas

### CONDUTA



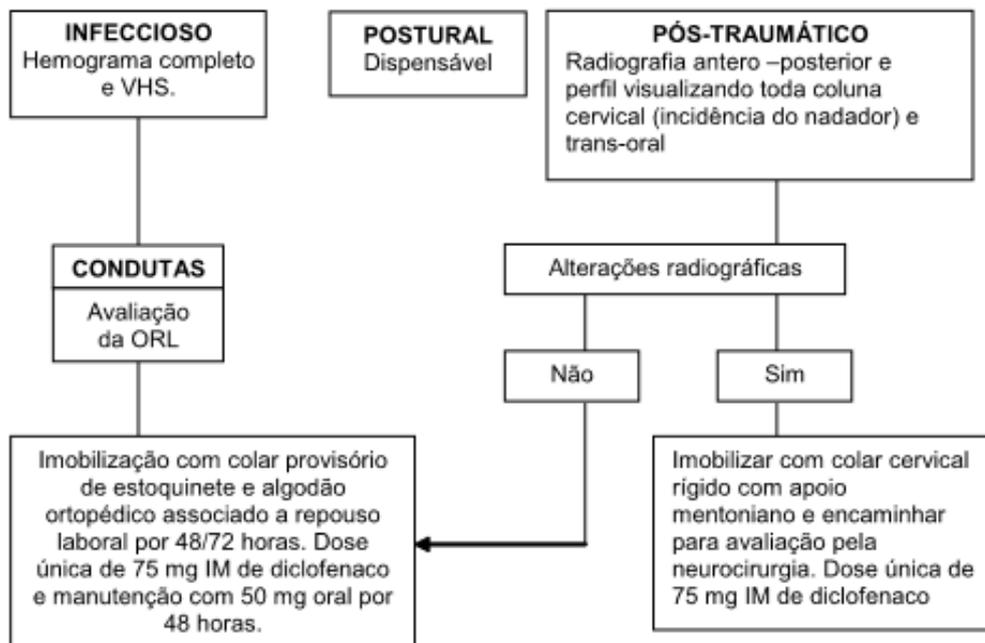
## TORCICOLO

Definido como quadro antálgico da coluna cervical, associado a contratura muscular. A etiologia pode ser atitude postural viciosa, pós-traumática de baixa energia e infecciosa.

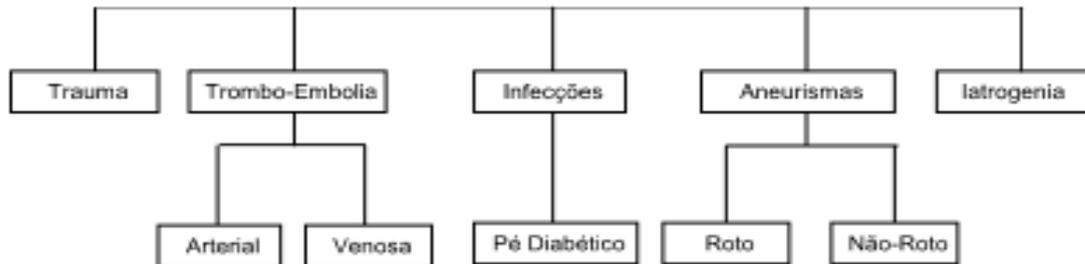
### SINAIS E SINTOMAS

Dor a flexão e ou rotação da coluna cervical, matinal ou esforços laborais caracterizado por episódio de dor a palpação na bainha do músculo esterno cleido mastóideo, ou eretores da nuca trauma -faríngeo. Presença de intenso espasmo muscular com limitação evidente dos movimentos cervicais e dor ocasional irradiada para membro superior. Ausência de déficit neurológico.

### EXAMES COMPLEMENTARES



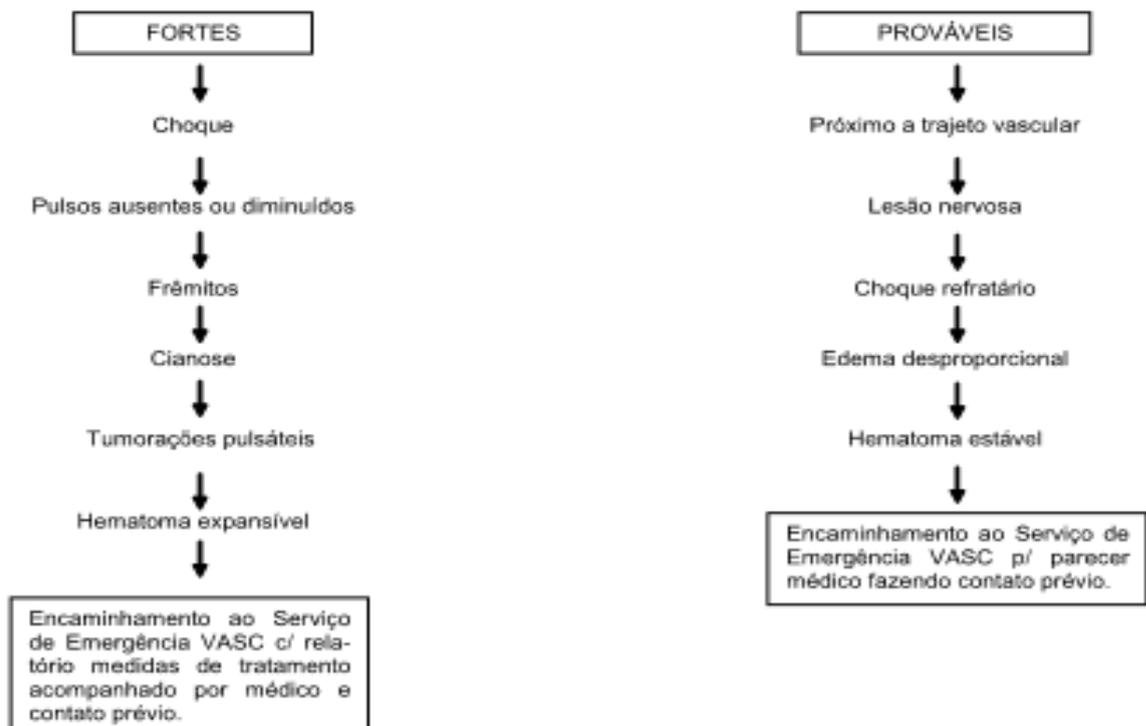
## URGÊNCIAS VASCULARES



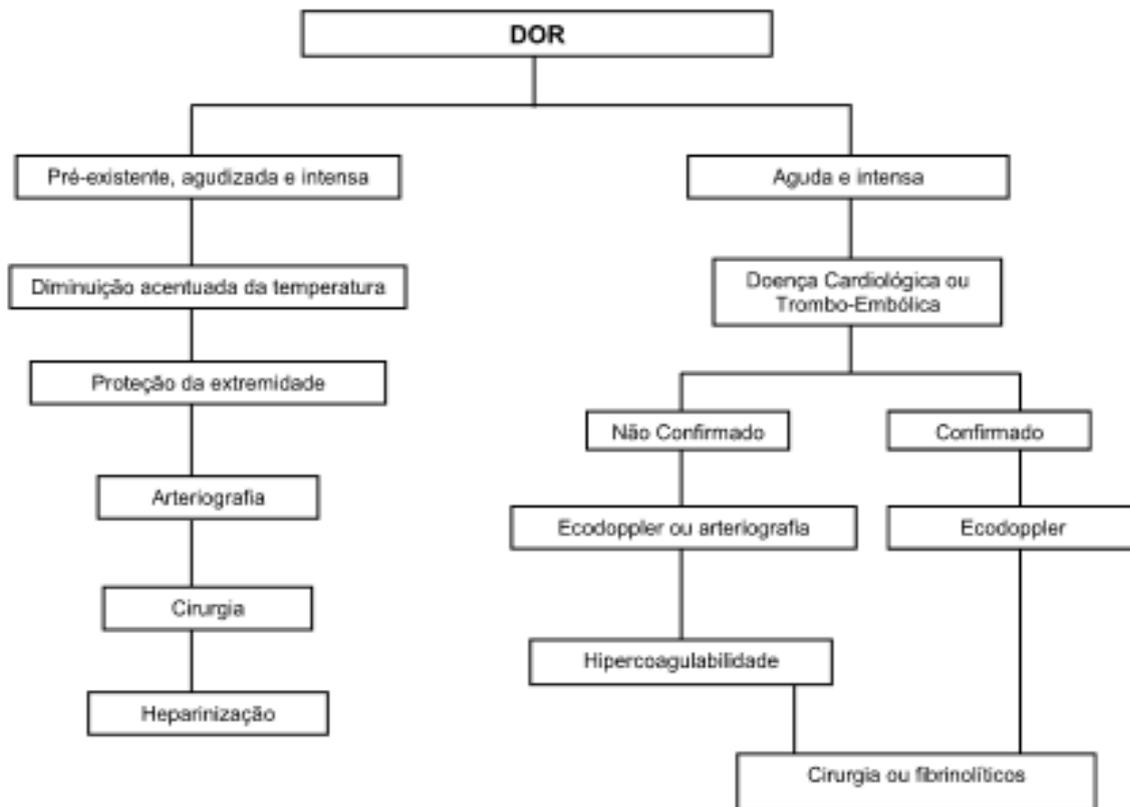
Os serviços de cirurgia vascular da SES/DF são encontrados nos seguintes hospitais:  
 HBDF (Emergência 24 horas) – Ambulatório;  
 HRT – Ambulatório (Pareceres);  
 HRC – Ambulatório (Pareceres);  
 HRS – Ambulatório (Pareceres).

## TRAUMAS VASCULARES

### SINAIS



## TROMBOEMBOLIA ARTERIAL

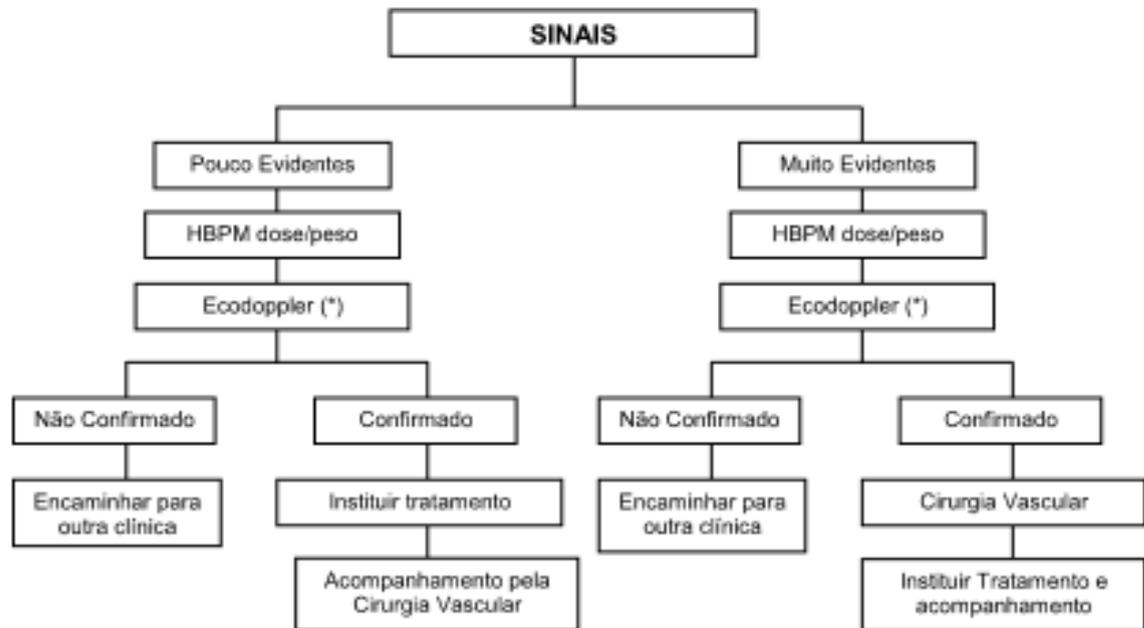


## SINAIS E SINTOMAS

Dor	Presente
Edema	Ausente
Temperatura	Diminuída
Perfusão	Diminuída
Imobilização	Sim
Empastamento Muscular	Não
Cianose/Palidez	Sim
Sensibilidade	+++
Insuficiência Funcional	Sim
Início	Súbito

**OBS:** Encaminhar o paciente ao serviço de emergência urgente.

## TROMBOSE VENOSA PROFUNDA TVP



## TVP - SINAIS E SINTOMAS

Dor	Presente
Edema	Presente
Temperatura	Normal / Aumentada
Perfusão	Normal
Imobilização	Não
Empastamento Muscular	Sim
Cianose/Palidez	Não
Sensibilidade	+
Insuficiência Funcional	Não
Início	Lento

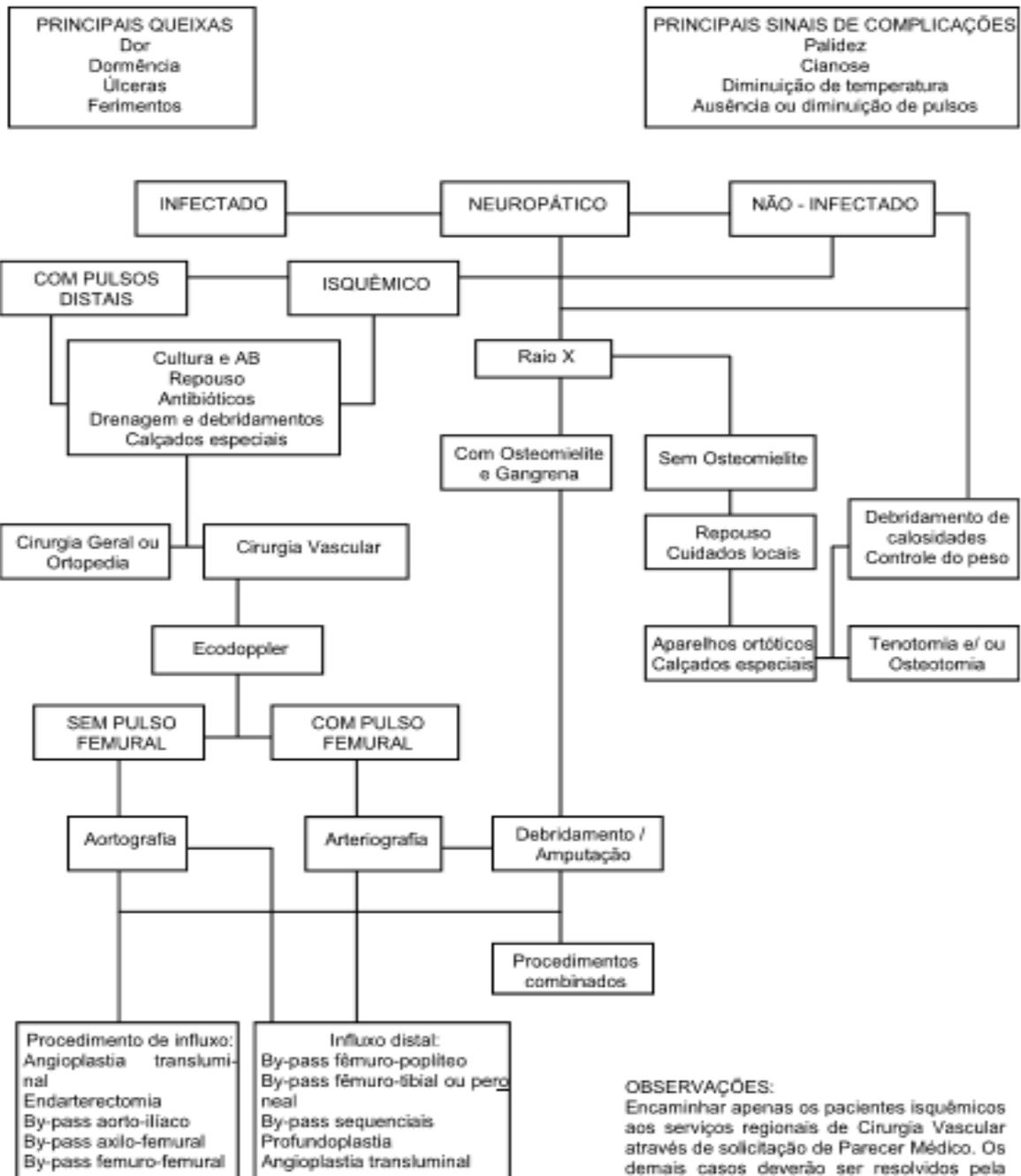
### OBS:

(\*) Ecodoppler poderá ser realizado em qualquer regional que possua médico especialista (radiologista ou cirurgião vascular) e aparelho, para confirmação ou não do diagnóstico.

1. Procurar encaminhar os pacientes aos ambulatórios das regionais que possuam especialistas (cirurgiões vasculares) para seguimento e controle preferencialmente no período diurno (segundas a sextas-feiras) em face de não haver plantonistas de ecodoppler à noite ou finais de semana.

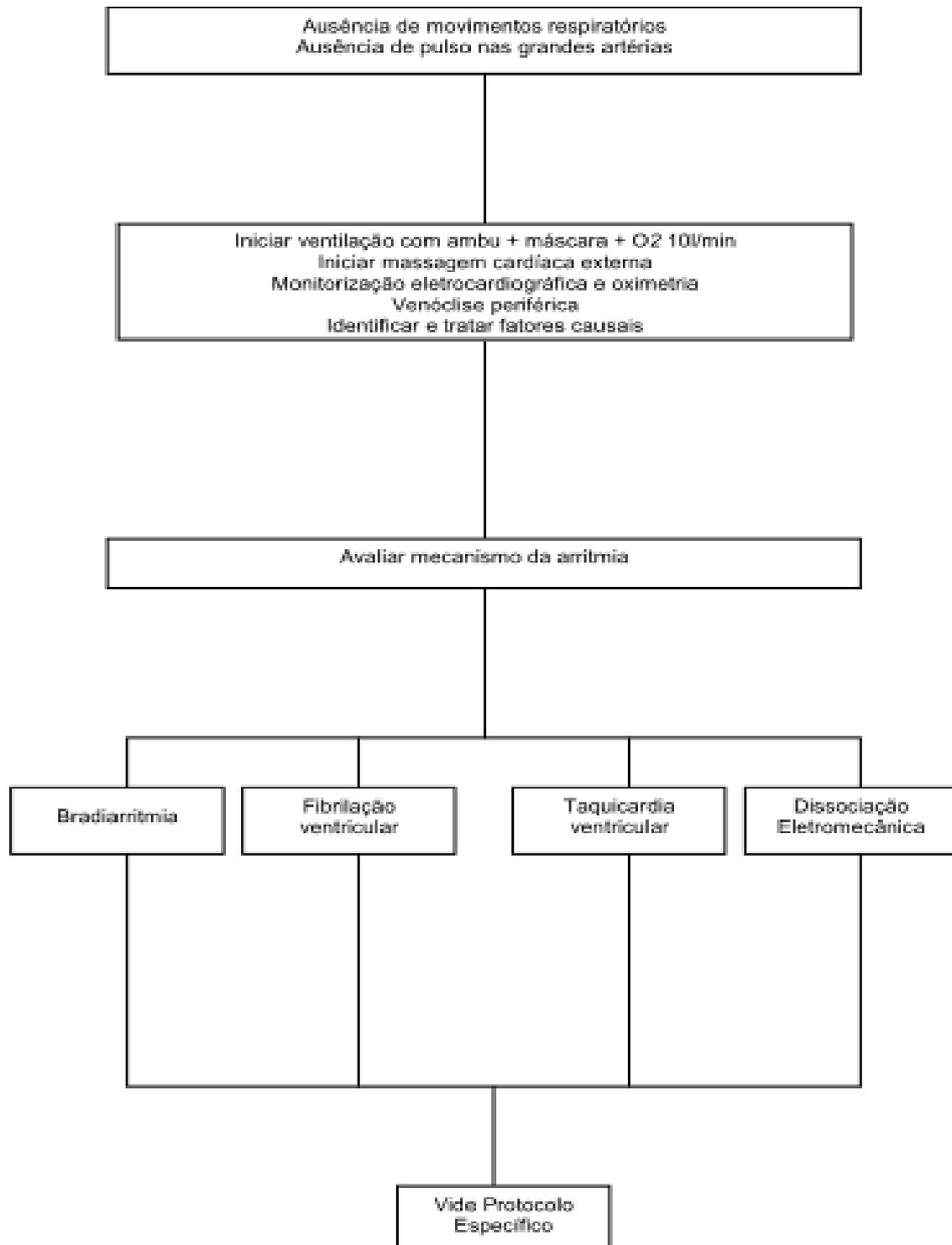
(\*) HBPM - Heparina de Baixo Peso Molecular

## PÉ DIABÉTICO

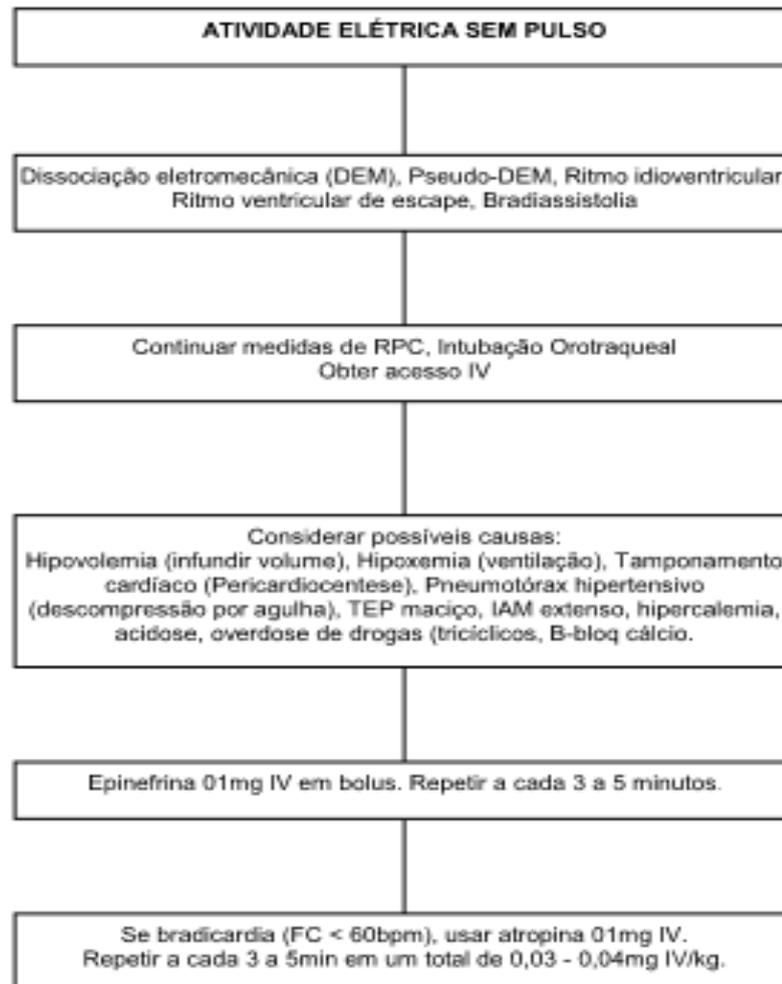


**OBSERVAÇÕES:**  
 Encaminhar apenas os pacientes isquêmicos aos serviços regionais de Cirurgia Vascular através de solicitação de Parecer Médico. Os demais casos deverão ser resolvidos pela Cir. Geral, Ortopedia ou Endocrinologia – Serviços de Pé Diabético das regionais de origem.

## PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA



## ESTRATÉGIADIAGNÓSTICAE TERAPÊUTICA

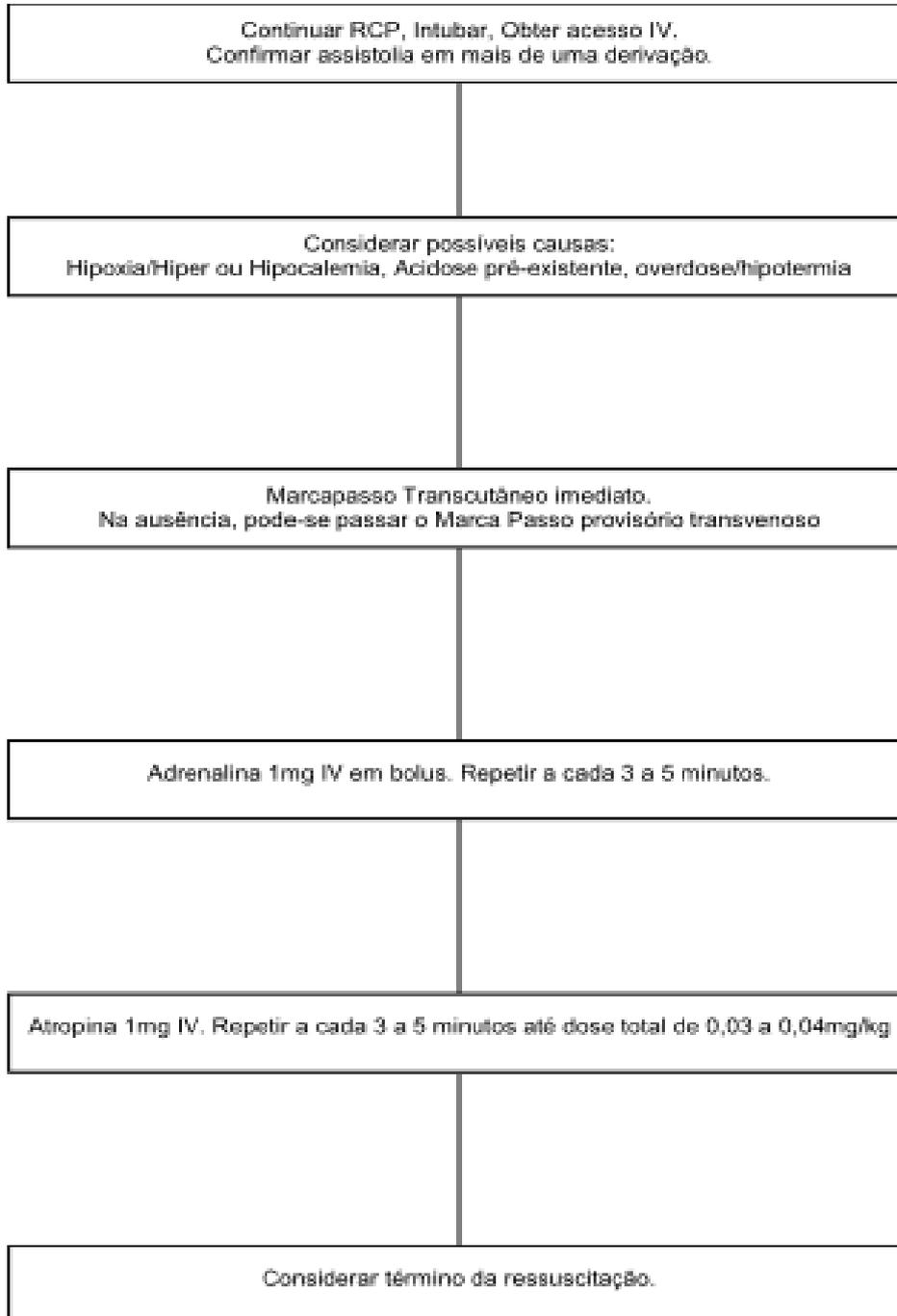


**Causas de Atividade Elétrica sem Pulso  
(5Hs e 5Ts)**

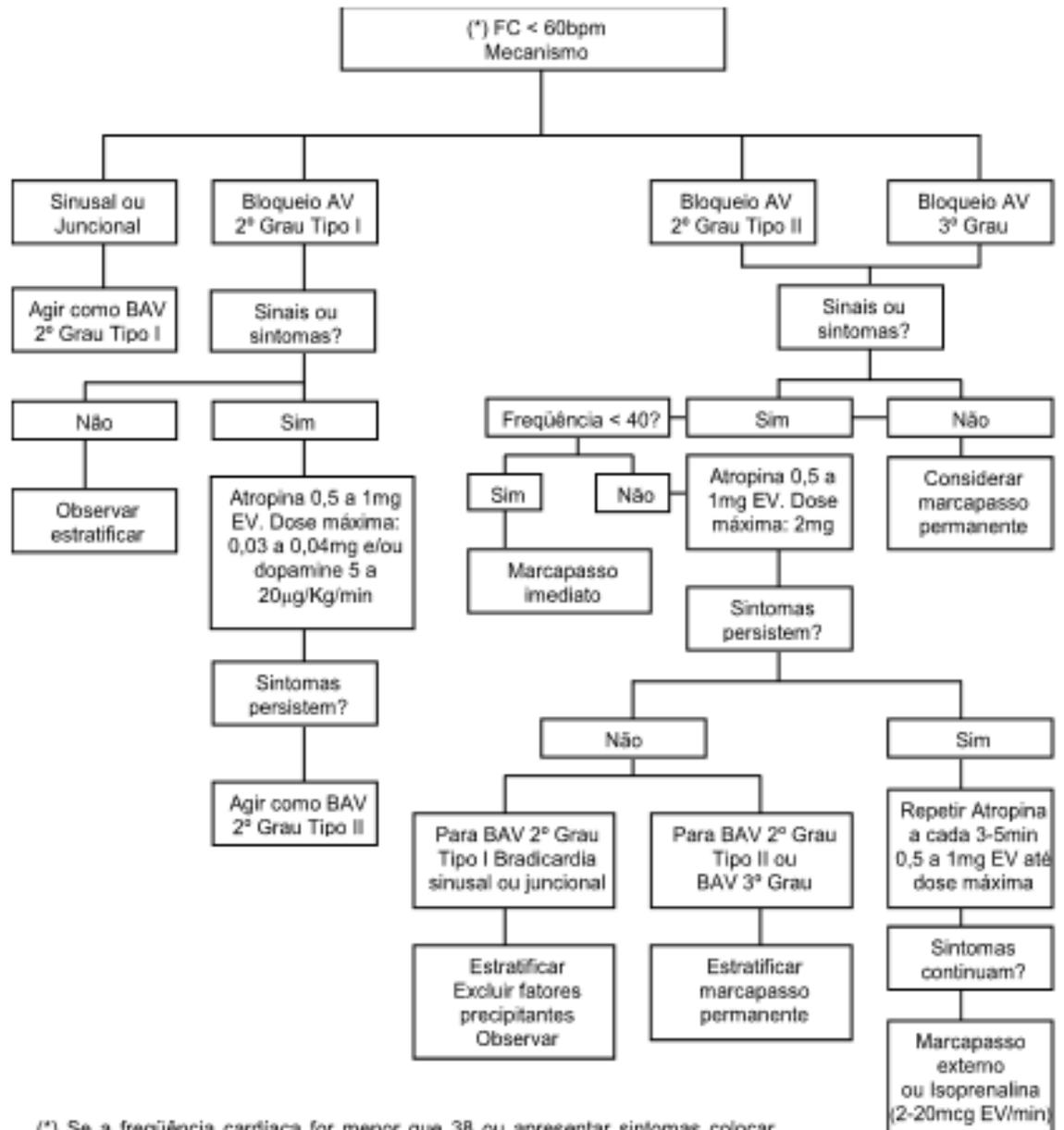
Hipoxia	Tensão no Tórax(Pneumotórax)
Hipovolemia	Tamponamento Cardíaco
Hipocalemia – hipercalemia	Tóxicos (Intoxicação)
Hipotermia	Trombose coronária (IAM)
Hidrogênio (Acidose)	Tromboembolismo pulmonar

CPSG= Crise parcial secundariamente generalizada

## ASSISTOLIA



## BRADIARRITMIA



(\*) Se a frequência cardíaca for menor que 38 ou apresentar sintomas colocar marcapasso externo.

### ATENÇÃO:

As extra-sístoles ventriculares no BAV de terceiro grau não são de risco e contribuem para manutenção do débito. O seu desaparecimento pode ser acompanhado de desestabilização do paciente e necessidade de marcapasso imediato.

## TAQUICARDIAS VENTRICULARES

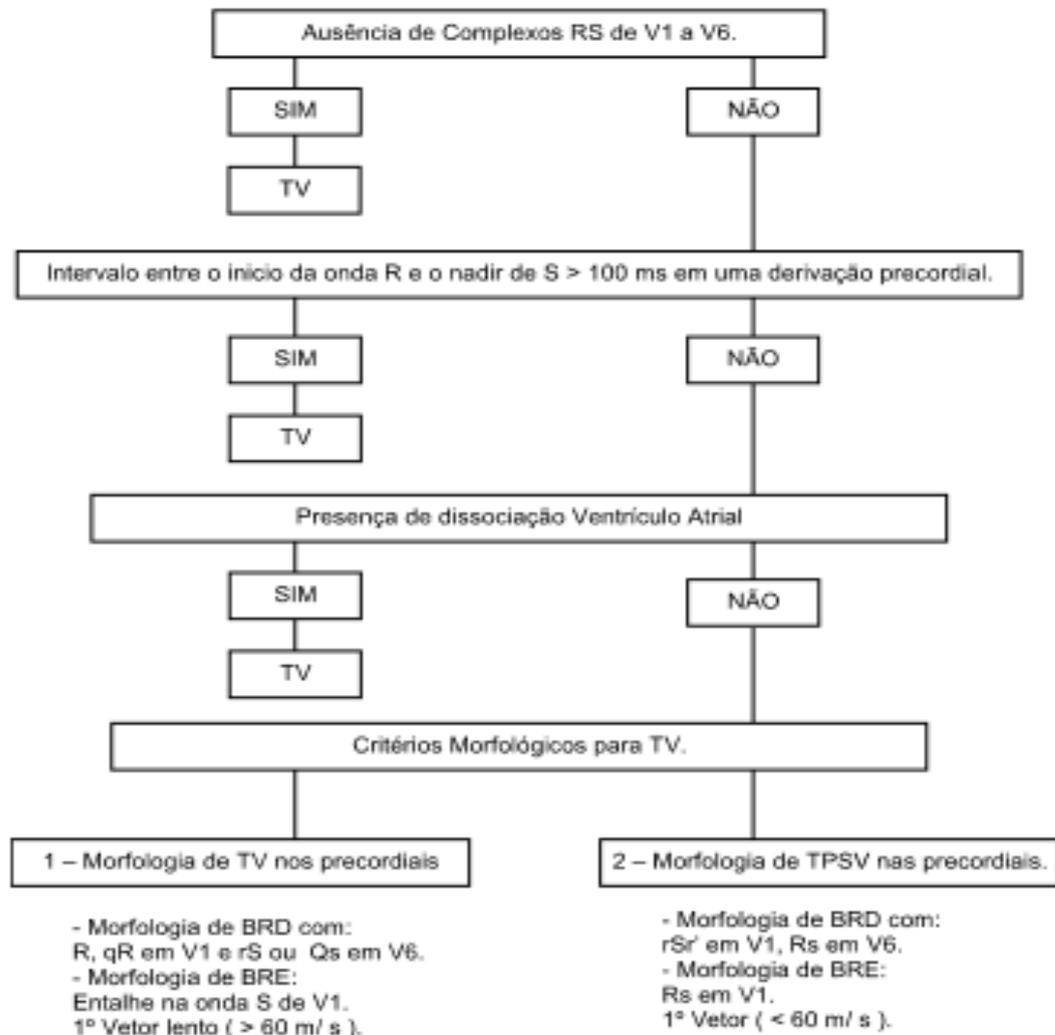
### Introdução:

As Taquicardias com complexos QRS largos ( $QRS > 120 \text{ m/s}$ ) constituem um desafio na prática clínica. É de suma importância para uma correta conduta terapêutica antiarrítmica (AA) o diagnóstico diferencial entre uma Taquicardia Ventricular (TV) e uma Taquicardia Supraventricular com condução aberrante.

As taquicardias com complexos largos podem ocorrer em 4 situações distintas:

- TPSV com bloqueio de ramo funcional
- TPSV na vigência de bloqueio de ramo pré-existente.
- TPSV com condução anterógrada através de uma via acessória.
- Taquicardia Ventricular.

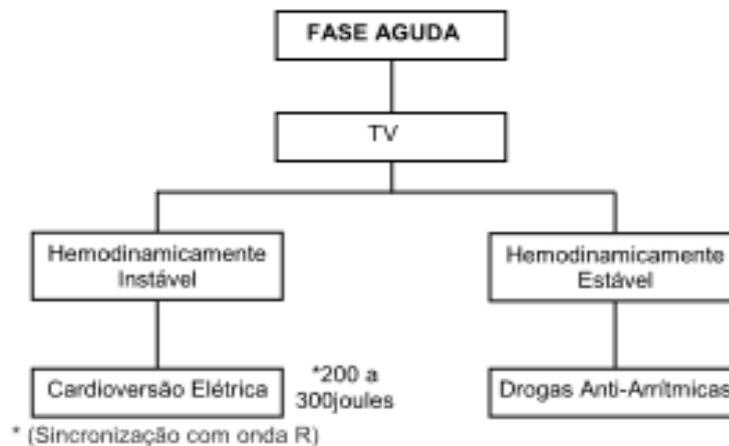
### DIAGNÓSTICOS DAS TAQUICARDIAS DE QRS LARGO CRITÉRIOS DE BRUGADA.



## TAQUIARRITMIA VENTRICULAR MULTIFOCAL

TV Helicoidal.  
 TV Polimórfica.  
 Flutter Ventricular.  
 Fibrilação Ventricular.

### TRATAMENTOS DAS TV.



### DROGAS ANTIARRITMICAS.

1 – IAM – Fase Aguda – Lidocaína 2% - (1,0 a 1,5 mg / kg em bolus, seguido de 0,5 a 0,75 mg / kg em bolus a cada 5 a 10 min. Com dose máxima de 3 mg / kg. Associando a infusão contínua de 30 a 50 mg / kg / min.

2 – IAM – Fase Crônica – MCC.

Procainamida (1 gr / 5 minutos).

Amiodarona (150 mg IV em bolus em 10 minutos);(1,0 mg / min. Por 6 h., seguido de 0,5 mg / min. Contínuo).

Propafenona (70 mg IV / 5 min.).

CVE Sincronizado.

Sulfato de Magnésio (IV – 2 gr em 100 ml até atingir níveis séricos de 2 mEq / kg).

3 – Taquicardia Ventricular Helicoidal.

Infusão de Sulfato de Magnésio

Aumentar FC = Marca Passo Provisório

Isoprotenol (1 – 3 mg / min. IV).

4 – Taquicardia Ventricular Incessante.

Ablação.

Cirurgia.

**OBS.:** Nos pacientes com disfunção de VE: 1ª opção Amiodarona

2ª opção Lidocaína.

5 – Flutter Ventricular ou Fibrilação Ventricular.

Desfibrilação – 360J sem sincronização.

## TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES COM QRS ESTREITO

### INTRODUÇÃO.

As TPSV<sup>o</sup> são arritmias nas quais os átrios e / ou a junção atrioventricular participam da origem e na manutenção da taquicardia. Essas arritmias (TPSV) apresentam características eletrocardiográficas típicas que durante a análise do ECG da crise sugerem o seu diagnóstico, na maioria dos pacientes. Entretanto em alguns casos o seu diagnóstico e seu mecanismo só podem ser detectados pelo estudo eletrofisiológico invasivo (EEF).

Essas arritmias (TPSV<sup>o</sup>) apresentam-se com FC acima de 100bpm e com duração do complexo QRS  $\leq$  120 m/s.

### CLASSIFICAÇÃO DAS TPSV:.

- Taquicardias Atriais.
- Taquicardia por Reentrada Nodal.
- Taquicardia por reentrada usando uma via acessória.
- Taquicardia Juncional Paroxística.
- Flutter Atrial.
- Fibrilação Atrial.

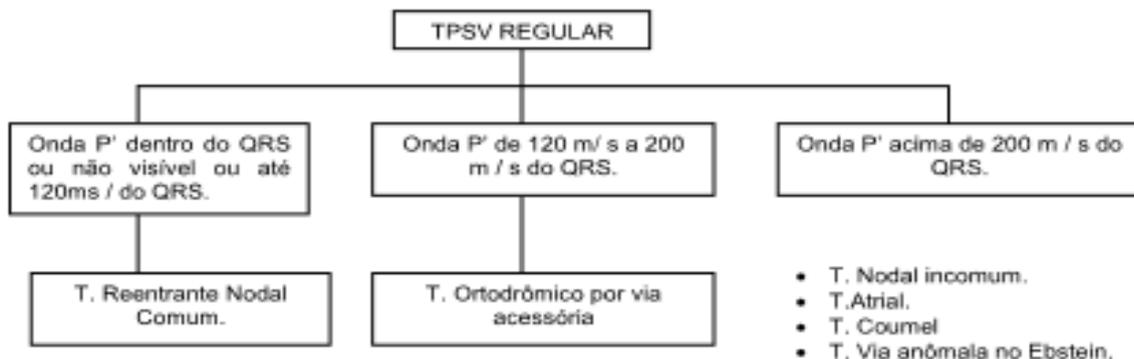
### I – TPSV COM R – R REGULAR E QRS ESTREITO.

#### TIPOS:

1. Taquicardia Reentrante Nodal Comum;
2. Taquicardia Átrio-ventricular mediado por via anômala de Kent;
3. Taquicardias atriais, Reentrante Nodal incomum, Coumel e via anômala no EBSTEIN;
4. Flutter Atrial;

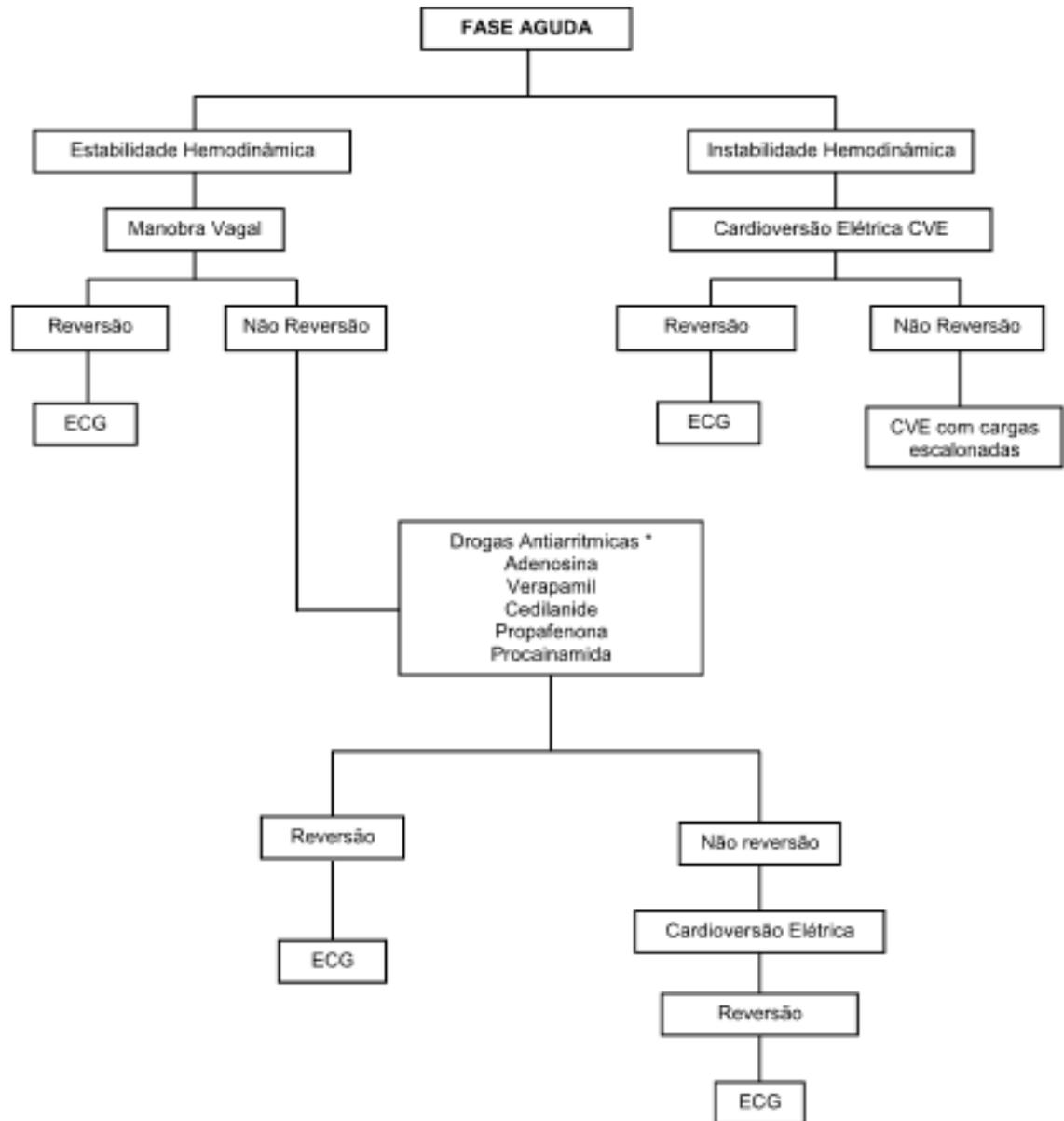
#### COMO DIAGNOSTICAR:

Observar a onda P' (P retrogrado).



- A – 1 – Onda P em relação ao QRS;
- A – 2 – Morfologia da Onda P;
- A – 3 – Freqüência da onda P's em relação ao QRS;
- A – 4 – Alternância elétrica do QRS;

**TRATAMENTO NA FASE AGUDA**  
**REVERSÃO DAS CRISES**  
**TRATAMENTO DAS TPSV**



## DROGAS ANTI-ARRITMICAS PARA REVERSÃO.

- 1 - Taquicardia Reentrante Nodal Comum.
- 2 - Taquicardias Atriais, reentrante nodal incomum, Coumel, via anômala no Ebstein.
- 3 - Flutter Atrial com bloqueio A-V 2:1 Fixo.

Tipos – Preferências.

Verapamil (10 mg + 10 ml de soro) EV, 5 minutos	Tipo 1 e 3
Adenosina (de 8 a 12 mg) EV bolus	Tipo 1
Cedilaníde (0,8 mg diluído) EV em 5 minutos.	Tipo 1 e 3
Propafenona (70 mg) EV em 5 minutos.	Tipo 1, 2, 3 e 4.

Tipo 2 – TPSV – Mediada por via anômala do tipo KENT.

Propafenona (70 mg) EV em 5 minutos.  
 Procainamida (1 g) EV em 5 minutos.

## TAQUICARDIA COM RR IRREGULAR E QRS ESTREITO. FIBRILAÇÃO ATRIAL (FA)

### INTRODUÇÃO:

- No momento a FA está sob intensa investigação clínica e eletrofisiológica.
- É a arritmia mais freqüente na prática clínica e nas salas de emergência.
- Sua prevalência aumenta significativamente com a idade chegando a atingir 10% da população entre a 7ª e a 8ª décadas de vida.

### SINTOMAS:

- Estão relacionados:
- Elevação da resposta ventricular
  - Comprometimento hemodinâmico.

É a desordem do ritmo cardíaco que mais comumente provoca acidentes Tromboembólicos Sistêmicos.

### ABORDAGEM:

#### Classificação:



- 1 - A duração dos episódios é menor ou igual a 7 dias (a maioria < 24 hs)
- 2 - Duração maior que 7 dias.
- 3 - Cardioversão mal sucedida ou não realizada.
- 4 - FA paroxística ou persistente pode ser recidivante.

**ADENDO:**

Existem várias classificações para a FA

Classificação baseada na relevância clínica.

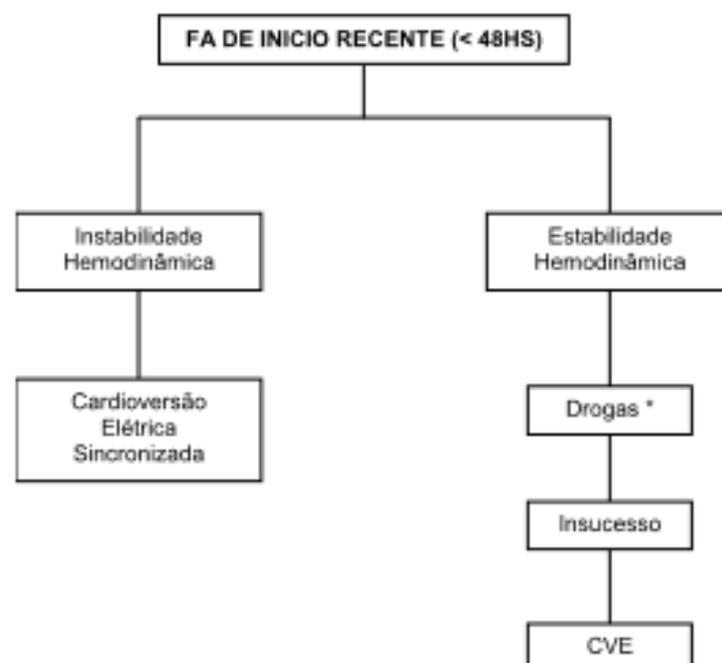
### FA

<b>PAROXÍSTICA</b>	Resolução Espontânea.
<b>PERSISTENTE</b>	Resolução Não Espontânea.
<b>PERMANENTE</b>	Longa duração (mais de 1 ano), em que a cardioversão não foi realizada ou não houve manutenção do ritmo <b>sinusal</b> .

Classificação em relação a duração da arritmia.

FA de início recente  $\longrightarrow$  FA que se instalou com menos de 48 hs.  
 FA com mais de 48 hs e/ou tempo indeterminado.

### TRATAMENTO DE EMERGÊNCIA. FA DE INÍCIO RECENTE.



**OBS.:** Os pacientes que apresentam com FA < 48hs, mas são portadores de fatores de risco para fenômenos tromboembólicos como: Valvulopatia Mitrál; Próteses valvares, disfunção ventricular esquerda com FE < 40% ou passado de tromboembolismo, devem primeiramente ser anticoagulados da tentativa de reversão.

DROGAS USADAS PARA REVERSÃO A RITMO SINUSAL:	
PROPAFENONA	1 a 2mg / kg / 10 min.. – Pode repetir 30 min. Após a 1ª dose.
PROPAFENONA	450 mg V.O 4 / 4hs ou 600 mg V.O 12 / 12 hs.
SOTALOL	80mg V.O 2 x dia
AMIODARONA	150 mg em 10 min. 360 mg em 6 horas. 540 mg em 18 horas.

FA > 48h OU TEMPO INDETERMINADO.  
 FA Paroxística ou FA Permanente.

CONTROLE DA FC.



DROGAS\*

OBS.:

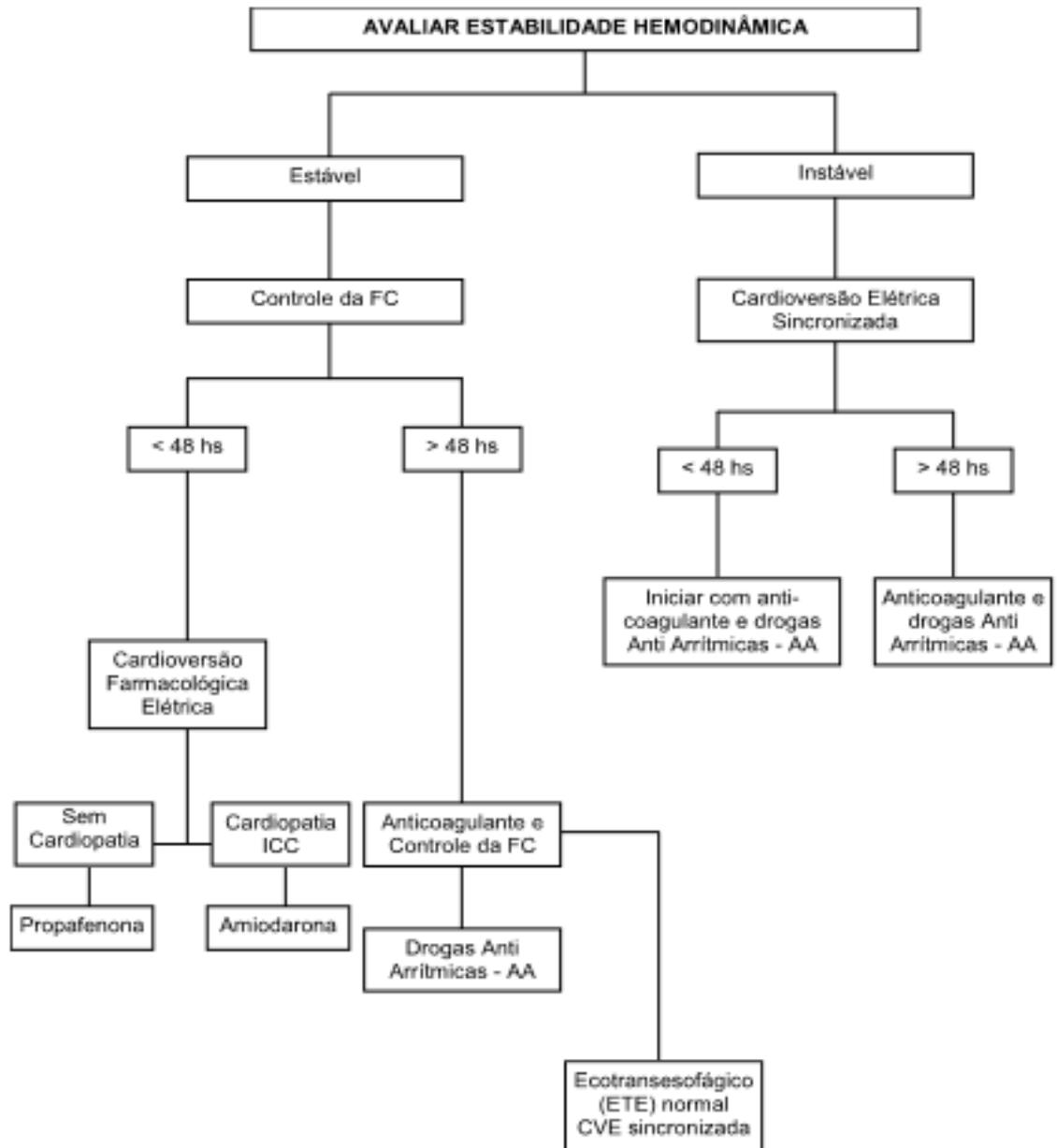
Pacientes com disfunção ventricular - Usar Amiodarona.  
 Pacientes sem disfunção ventricular – Usar como 1ª escolha – Diltiazem.

DROGAS QUE PODEM SER UTILIZADAS PARA CONTROLE DA FC (Controle da Frequência Ventricular).	
CEDILANIDE	0,04 mg IV, bolus.
ESMOLOL	(10 mg / ml ) – 0,5 mg / kg 1 min e dripping de 0,05mg / kg / min.
METOPROLOL	(1mg / ml) - 5mg IV lento em intervalos de 5min. Até 15mg.
DILTIAZEM	(5 mg / ml) – 0,25 mg / kg (15 a 20 mg IV – 2 min.), repetir 15 min. após 0,35 mg / kg.
VERAPAMIL	(2,5 mg / ml) – 2,5 a 5,0 mg IV - 2 min., repetir 5 a 10 mg / 15 a 30 min. ou 5mg / 15 min.

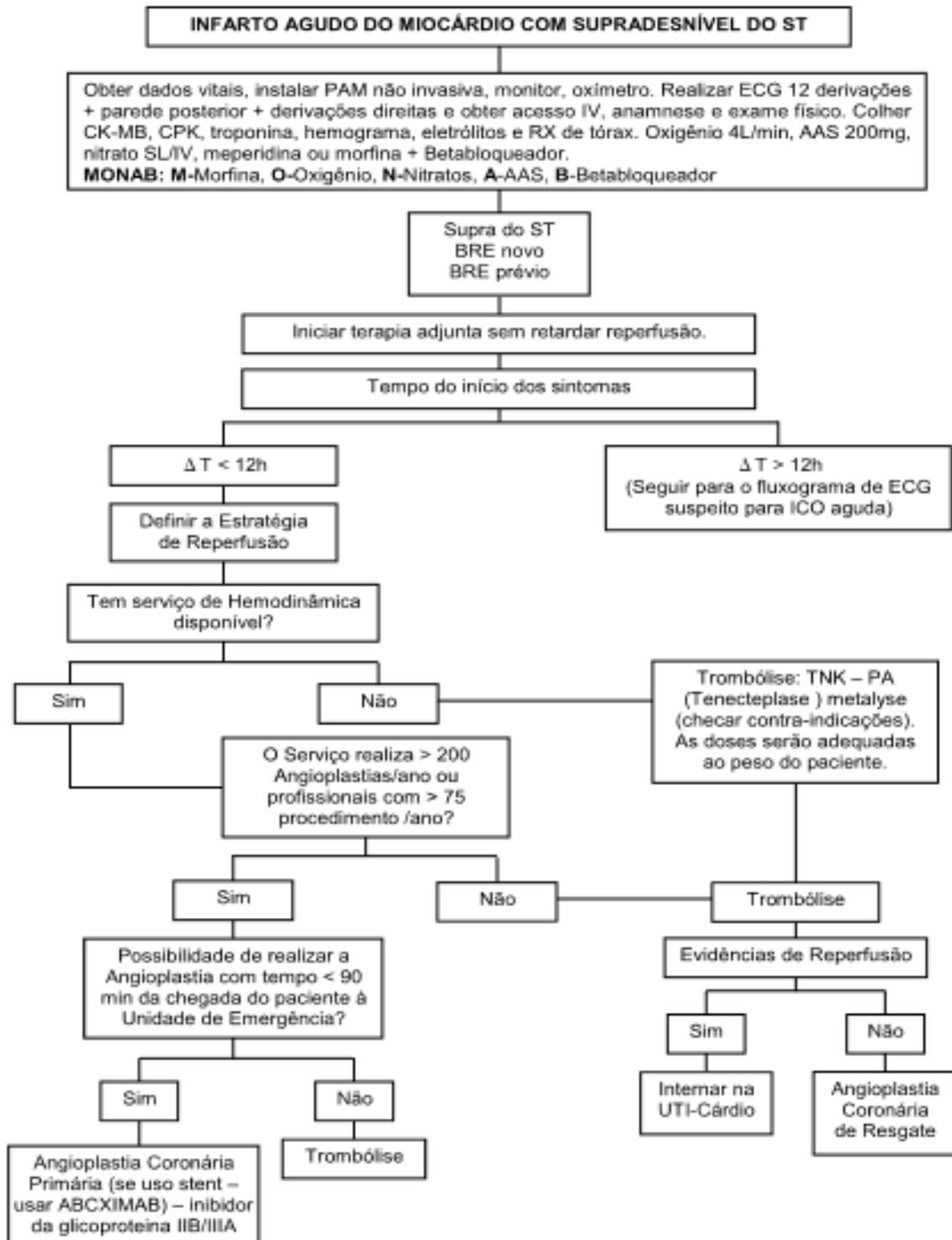
Objetivos do Tratamento de FA.

Controle da FC;  
 Restauração e manutenção do Ritmo Sinusal;  
 Prevenção de Recorrências;  
 Prevenção de tromboembolismo.

## TRATAMENTO DE PACIENTES COM FA

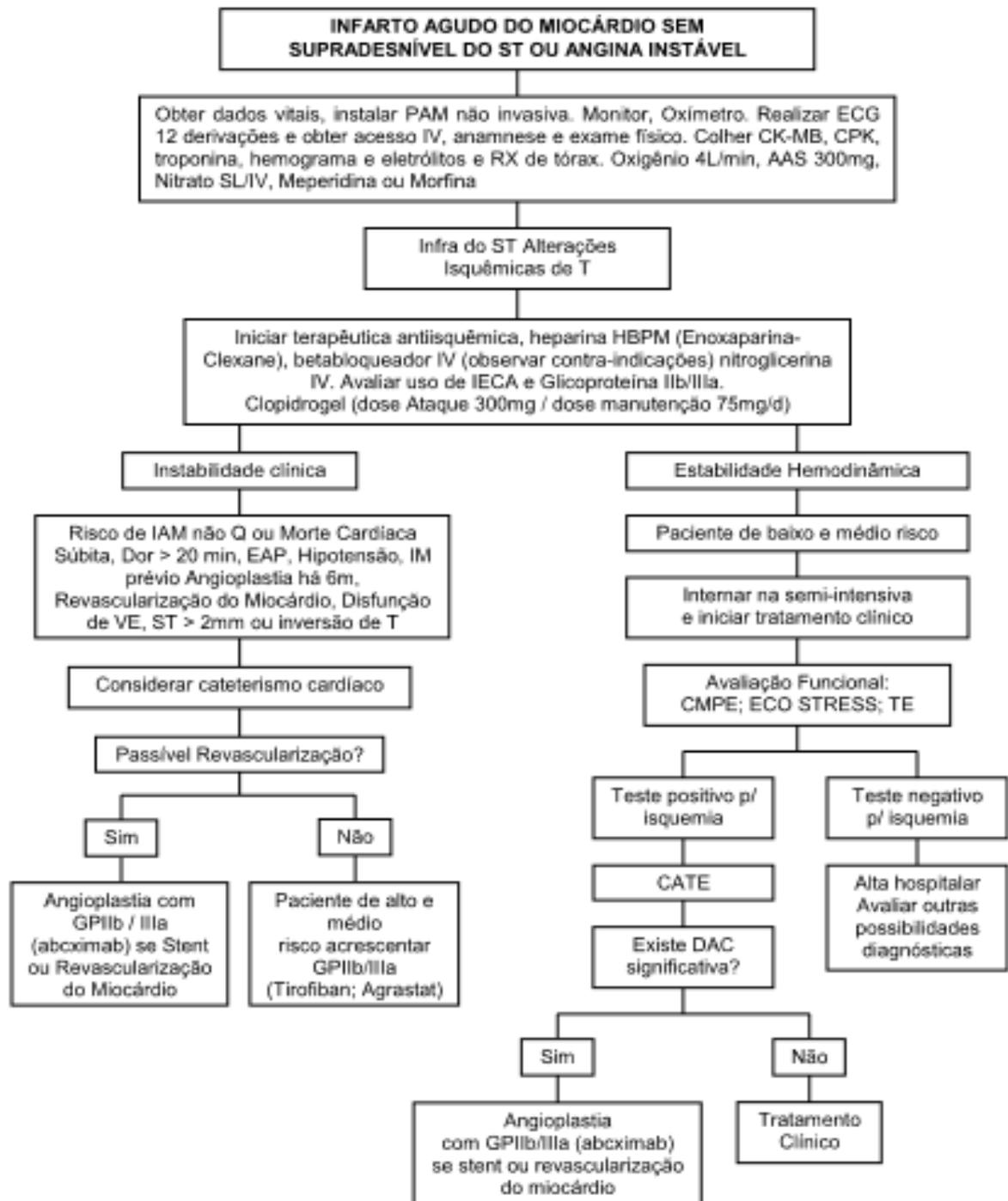


## DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRADESNÍVEL DO ST



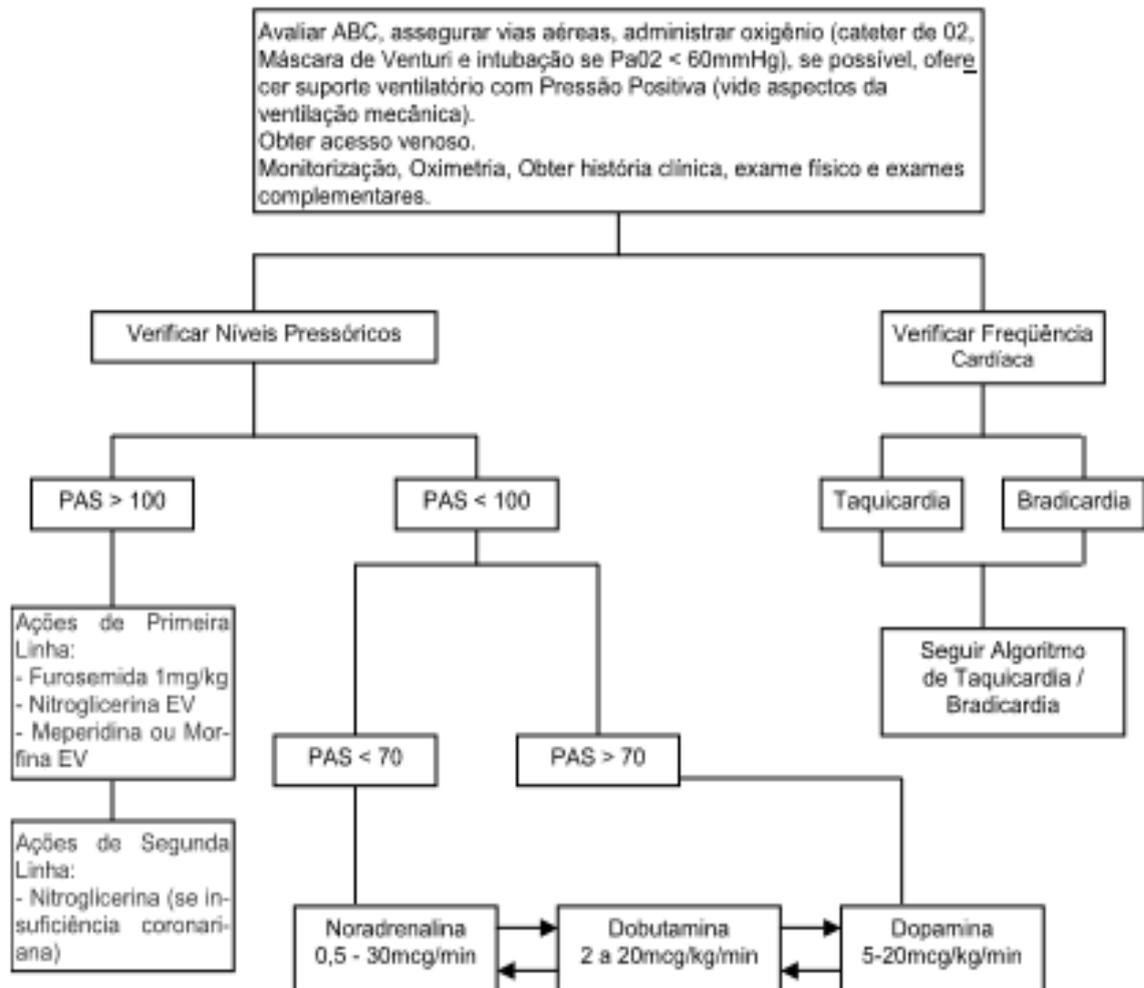
## I.A.M SEM SUPRA DE ST

### ESTRATÉGIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DO PACIENTE COM DOR TORÁCICA COM INFRADESNÍVEL ST OU INVERSÃO DE T



CMPE = Cintilografia miocárdica de perfusão  
 DAC = Doença Arterial Coronária

## EDEMA AGUDO DE PULMAO



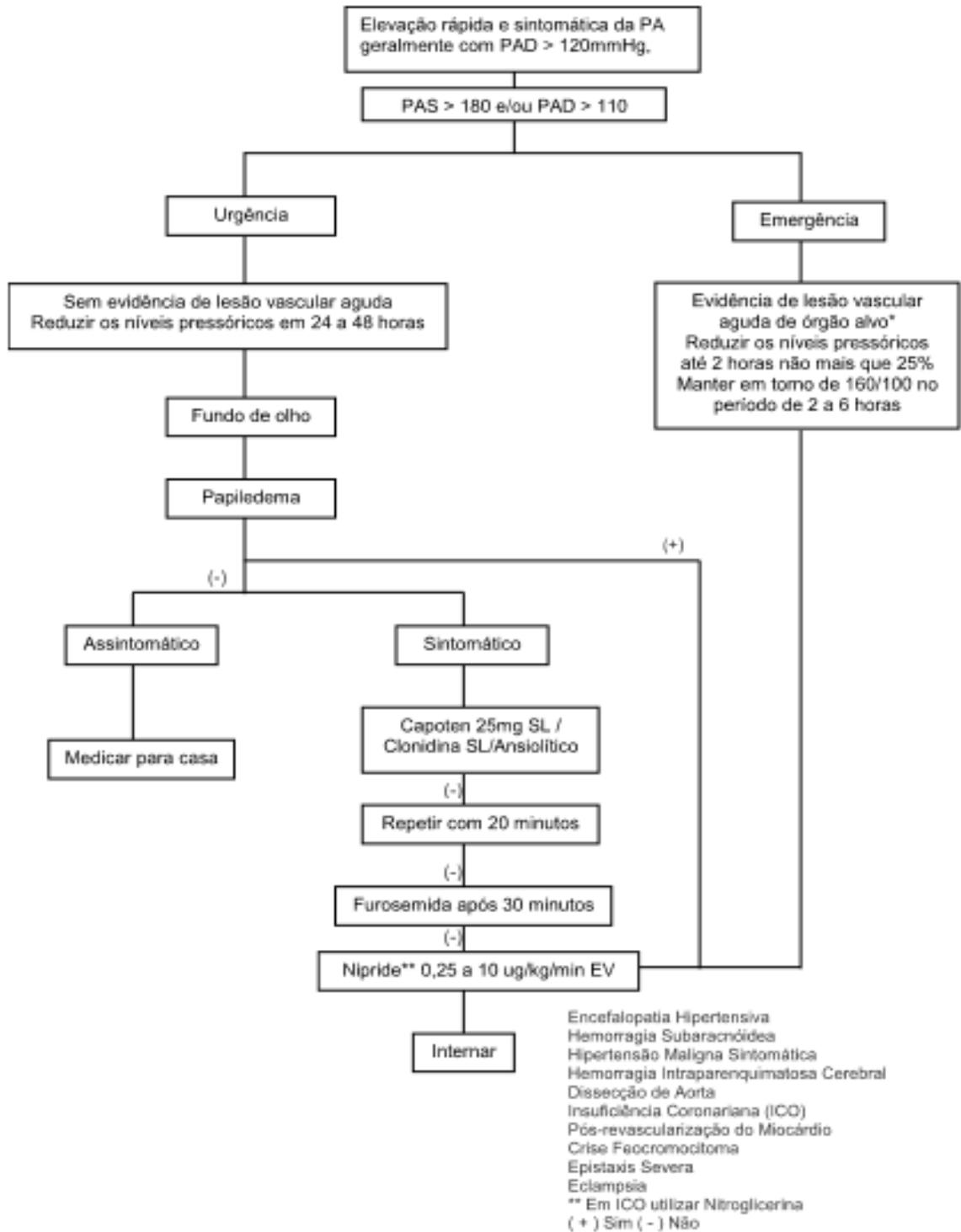
### OBS.:

- Mude para DOPAMINA e suspenda NORADRENALINA quando a PA melhorar.
- Se DOPAMINA > 20mcg/kg/min adicionar NORADRENALINA.
- Investigar causa de EAP para tratamento adequado como angioplastia no caso de IAM, heparinização se causa for TEP.
- Tratar taquiarritmias seguindo algoritmo adequado.
- Se Taquicardia – cardioversão elétrica ou química. (Exceto taquicardia sinusal).
- Se Bradicardia – avaliar uso de marcapasso provisório.

### EXAMES A SEREM REALIZADOS:

- ECG, rad. de tórax no leito, gasometria, enzimas cardíacas, função renal, eletrólitos, hemograma.
- Em caso de não melhora dos sintomas, parada Cardiorrespiratória, proceder intubação Orotraqueal e transferir para UTI (após realização de medidas cabíveis para transferir com segurança).
- Observar critérios para intubação Orotraqueal.
- Se FA com frequência ventricular elevada usar Cedilanide.

## CRISE HIPERTENSIVA



**EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS:** Quando há risco de vida em potencial e deteriorização de órgão-alvo, requerendo redução imediata da PA em minutos.

**URGÊNCIAS HIPERTENSIVAS:** Quando há risco de vida em potencial e é mais remoto a deteriorização de órgão-alvo, requerendo redução mais lenta da PA em 24hs

**OBS:**

**PSEUDO-CRISE HIPERTENSIVA:** Elevação acentuada da PA, sem sinais de deteriorização de órgão-alvo, geralmente desencadeada por dor, desconforto, ansiedade, etc.

### **EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS:**

#### **1) H.A.Maligna (Acelerada):**

Meta: redução da PAD para níveis de 100 – 110 mmHg em 2 a 6 hs.

Tratamento: Nitroprussiato de Na. 0,25 mcg – 10 mcg (infusão contínua) 50 – 100mg (1 a 2 ampolas) em SG 250ml.

#### **2) Encefalopatia Hipertensiva:**

Meta: redução da PAD a níveis de 120 mmHg em hipertensos crônicos.

Tratamento: Nitroprussiato de Na. (Vide dosagem anterior).

#### **3) Hemorragia Intracerebral:**

Meta: redução da PAS a 160 – 140 mmHg, não excedendo.

Intervir quando PAS > 170 mmHg.

Tratamento: Nitroprussiato de Na. (Vide dosagem anterior).

#### **4) Hemorragia Subaracnóidea:**

Meta: redução de 20% - 25% da PAS (cuidado com a redução da PA pois a elevação pode ser devida a vasoespasm cerebral – Reflexo de Cushing em pacientes normotensos).

Tratamento: Nitroprussiato de Sódio.

#### **5) Dissecção Aguda da Aorta:**

Meta: redução da PAS a 120 – 100 mmHg, ou seja, o máximo tolerável.

Tratamento: Nitroprussiato de Na. Beta bloqueador injetável: metoprolol 5mg EV repetir a cada 10 min, até um total de 20 mg. Propranolol 1 – 3 mg EV; repetir após 20 min.

#### **6) ICC com EAP:**

Meta: redução da PAD para 100 mmHg.

Tratamento: Diuréticos de Alça venoso: Furosemide 20 a 60 mg EV

Nitroglicerina EV 5 – 100 mcg/min., 50 mg (01 ampola em 500 ml de AD ou SG 5%) em frasco de vidro + morfina.

#### **7) IAM:**

Meta: redução da PAD para 100 mmHg.

Tratamento: Nitroglicerina ou nitroprussiato de Na. Betabloqueador venoso. (Vide acima).

#### **8) Insuficiência Renal rapidamente progressiva:**

Meta e Tratamento: Nitroprussiato de Na.

#### **9) Crises Adrenérgica graves e uso de drogas ilícitas (cocaína, crack, LSD):**

Meta: redução da PAS a 120 – 100 mmHg se for tolerado.

Tratamento: Nitroprussiato de na, Propranolol ou Metoprolol (vide acima) Verapamil 5 – 10 mg EV lento.

**10) Eclampsia:**

Meta: redução da PAD quando ultrapassar 100 mmHg.

Tratamento: Hidralazina venosa. 10 – 20 mg EV ou 10 – 40 mg IM cada 6h, Sulfato de Mg por 24 hs (de acordo com avaliação obstétrica).

**11) H.A. Perioperatória:**

Meta: redução de 20% - 25% da PAM.

**URGÊNCIAS HIPERTENSIVAS:**

**1) H.A. ACELERADA SEM PAPIEDEMA:**

Tratamento: IECA, Inibidor de Ca (Nifedipina fracionada)

Captopril 25 mg SL, repetir após 1 hora

Nifedipina 5 a 10 mg SL fracionada.

**2) ICO:**

Tratamento: Betabloqueador, IECA.

Propranolol 40 mg VO ou metoprolol 50 mg VO.

Captopril 25 mg VO ou SL.

**3) ICC:**

Tratamento: Diuréticos, IECA,

Furosemide 40 a 80 mg EV

Captopril 25mg VO ou SL, Nifedipina 5 a 10 mg fracionada.

**4) ANEURISMA DE AORTA:**

Tratamento: Betabloqueador, IECA.

Propranolol 40 mg VO ou metoprolol 50 mg VO.

**5) AVCI NÃO COMPLICADO:**

Meta: Intervir quando PAS > 190 mmHg ou PAD > 110 mmHg.

Tratamento: Captopril 25 mg VO ou SL.

**6) CRISES RENAIAS:**

Tratamento: Clonidina, IECA (cuidado com hiper-reninismo podendo ocorrer diminuição acentuada da PA).

Clonidina 0,1 a 0,2 mg VO até 0,6 mg, Captopril 25 mg VO ou SL.

**7) PERIOPERATÓRIO:**

Tratamento: IECA, Clonidina, betabloqueador.

Captopril 25 mg VO ou SL, Propranolol 40mg VO

Clonidina 0,1 a 0,2 mg VO.

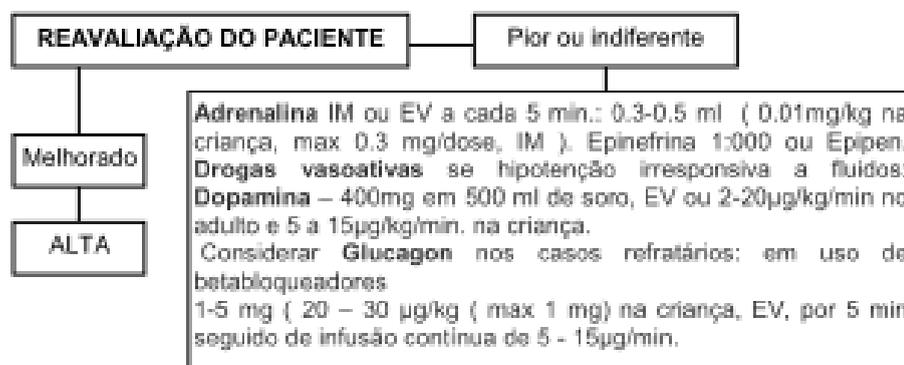
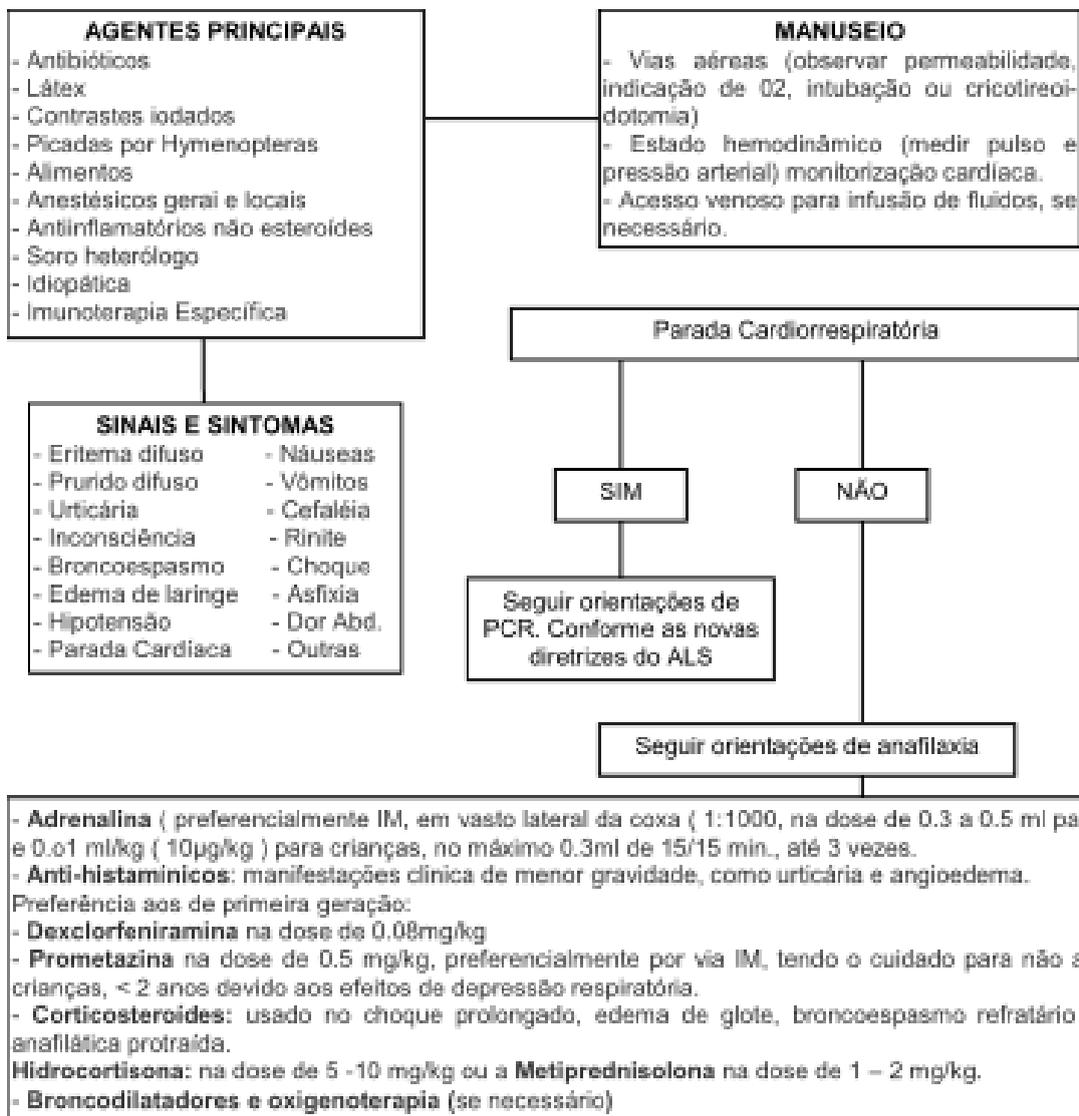
**8) CRISES ADRENÉRGICAS MODERADAS:**

Tratamento: IECA, Clonidina.

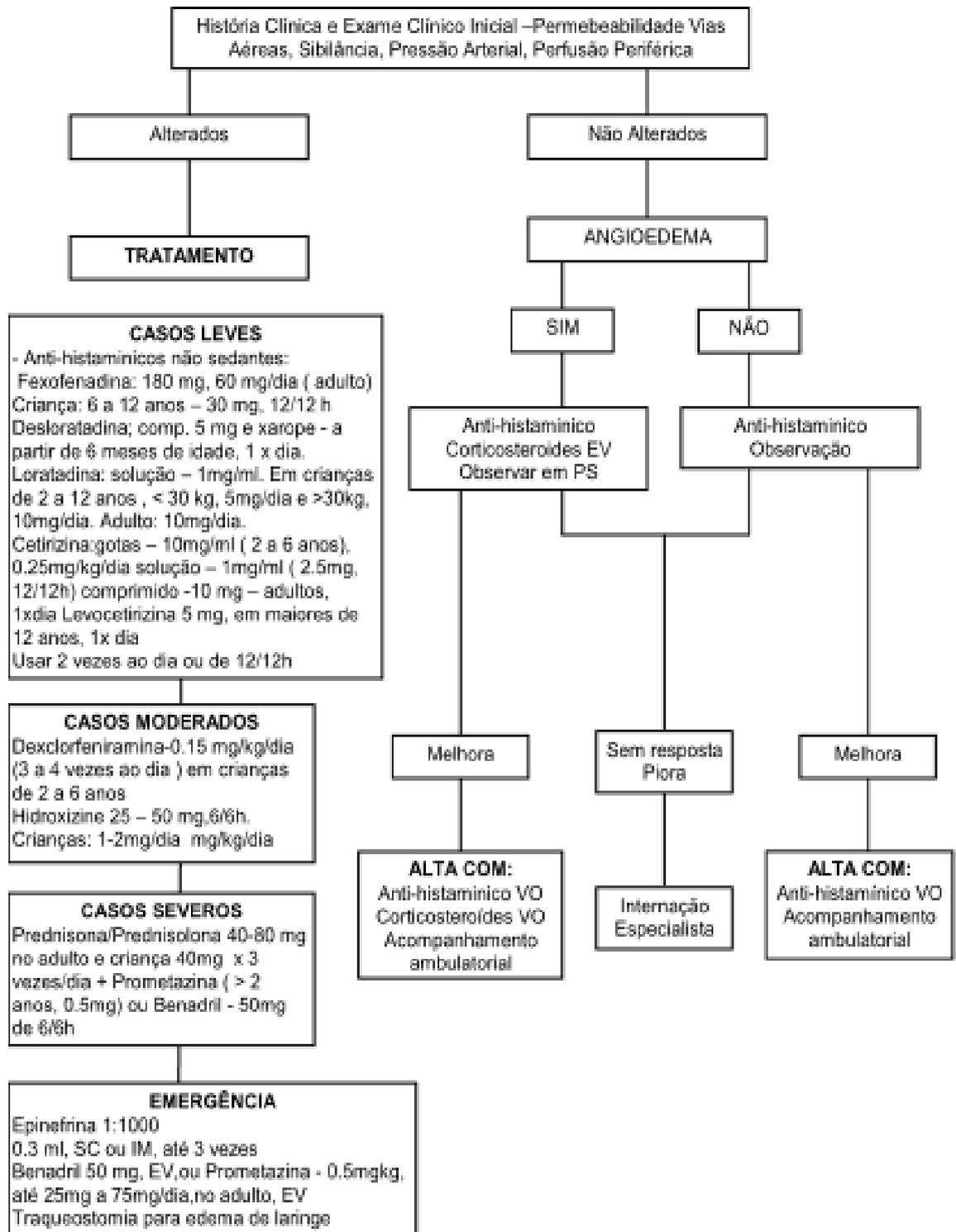
Captopril 25 mg VO ou SL, Propranolol 40 mg VO

Clonidina 0,1 a 0,2 mg VO.

## ANAFILAXIA



## URTICÁRIA E ANGIOEDEMA



## ASMA

### CLASSIFICAÇÃO DA INTENSIDADE DA CRISE DE ASMA EM ADULTOS E CRIANÇAS:

ACHADO *	LEVE/MODERADA	GRAVE	MUITO GRAVE
<b>Pico de fluxo</b> (% melhor ou previsto)	>50%	30-50%	<30%
<b>Generais</b>	Normais	Normais	Cianose, sudorese exaustão.
<b>Dispnéia</b>	Ausente/leve	Moderada	Grave
<b>Fala</b>	Frases completas	Frases incompletas/parciais. Lactente choro curto, dificuldade de alimentar	Frases curtas/monossilábicas Lactente: maior dificuldade de alimentar
<b>Estado mental</b>	Normal	Normal	Agitação, confusão, sonolência.
<b>Musculatura acessória</b>	Retração intercostal ausente ou leve	Retrações subcostais e/ou esternocleidomastóideas acentuadas	Retrações acentuadas ou em declínio (exaustão)
<b>Sibilos</b>	Ausentes com MV normal/focalizados ou difusos	Localizados ou difusos	Ausentes com MV↓, localizados ou difusos.
<b>Frequência Respiratória</b> (irpm)**	Normal ou ↑	↑	↑
<b>Frequência Cardíaca</b> (bpm)	≤ 110	110-140	>140 ou bradicardia
<b>SaO<sub>2</sub></b> (ar ambiente)	> 95%	91-95%	≤ 90%
<b>PaO<sub>2</sub></b> (ar ambiente)	Normal	60 mmHg	< 60mmHg
<b>PaCO<sub>2</sub></b> (ar ambiente)	< 40 mmHg	< 40 mmHg	>45 mmHg

\*A presença de vários parâmetros, mas não necessariamente todos, indicam a classificação geral da crise.

\*\*FR em crianças normais: < 2 meses: <60 irpm; 2-11 meses: <50 irpm;

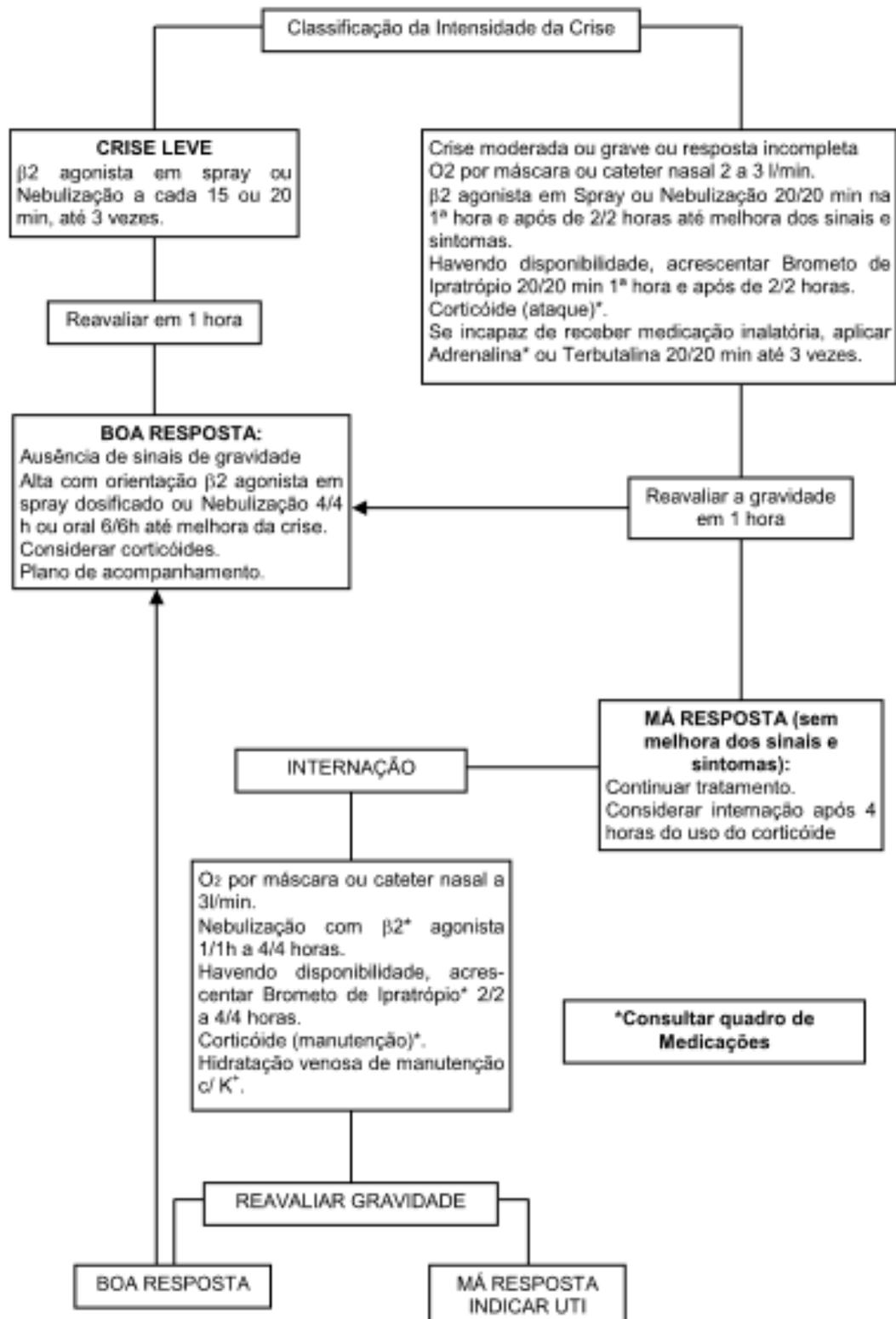
1 a 5 anos: <40 irpm; 6 a 8 anos: < 30 irpm

> 8 anos = adulto

#### Exames complementares:

1. Gasometria (sinais de gravidade, PFE < 30% após tratamento ou SaO<sub>2</sub> ≤ 93%)
2. Radiografia do tórax (possibilidade de pneumotórax, pneumonia ou necessidade de internação por crise grave);
3. Hemograma (suspeita de infecção. Neutrófilos aumentam quatro horas após o uso de corticosteróides sistêmicos);
4. Eletrólitos (coexistência com doenças cardiovasculares, uso de diurético ou de altas doses de β2 agonistas, especialmente se associados a xantinas e corticosteróides)

## MANEJO DA CRISE DE ASMA



**INDICAÇÕES DE INTERNAÇÃO NA UTI:**

- PaCO<sub>2</sub> > 40 mmHg
- PO<sub>2</sub> < 60 mmHg
- Saturação O<sub>2</sub> < 90 mmHg em FIO<sub>2</sub> > 60 %
- Piora dos parâmetros clínicos: dificuldade em falar, uso intenso da musculatura acessória, exaustão, cianose e inconsciência
- Pico de fluxo < 30% do basal
- Acidose metabólica
- Pulso Paradoxal > 18 mmHg (adolescente) e > 10 mmHg (criança)
- Pneumotórax/ Pneumomediastino
- Alteração do ECG

**NA UTI:**

Terapias não convencionais: Magnésio EV, Mistura de gases oxigênio e hélio, Quetamina e Anestésicos por inalação



**Características de pacientes asmáticos de alto risco:**

Três ou mais visitas à emergência ou duas ou mais hospitalizações por asma nos últimos 12 meses;  
 Uso frequente de corticosteróide sistêmico;  
 Crise grave prévia, necessitando de intubação;  
 Uso de dois ou mais tubos de aerossol dosimetrado de broncodilatador/mês  
 Problemas psicossociais (ex: depressão);  
 Co-morbidades – doença cardiovascular ou psiquiátrica;  
 Asma lábil, com marcadas variações de função pulmonar (> 30% do PFE ou do VEF previstos);  
 Má percepção do grau de obstrução.

**Recomendações importantes:**

Utilizar O<sub>2</sub> a 3 l/min sob cateter nasal, quando Sat = 95%

Dar preferência ao uso do β<sub>2</sub> agonista por via inalatória. O efeito por nebulização a jato é o mesmo que obtido por aerossol dosimetrado com espaçador, mesmo em casos de crise muito grave e pode resultar em reversão mais rápida da obstrução.

Brometo de Ipratrópio associar na nebulização ao β<sub>2</sub> agonista, quando crise grave

Corticóide oral ou parenteral tem efeito equivalente, portanto dar preferência à via oral. Prescrever a via parenteral a pacientes incapazes de deglutir. Os corticóides sistêmicos devem ser utilizados precocemente na emergência.

Não sedar.

Aminofilina: Não tem indicação como tratamento inicial. Em pacientes muito graves, hospitalizados, poderá ser considerada como tratamento adjuvante.

Uso de corticóide em casa, por 5 a 10 dias, em pacientes com história de:

- Asma corticóide-dependente.
- Duração da crise > 6 horas.
- Crises severas anteriores.
- Insuficiência respiratória durante crise anterior ou nesta crise.
- Internações anteriores.
- Ausência de resposta à Adrenalina ou a nebulizações.

**MEDICAÇÕES DA ASMA:**

MEDICAMENTOS	CRIANÇAS	ADULTOS
<b>β<sub>2</sub>-agonista:</b> Spray Dosimetrado	200 a 300 µg/dose, limite de dose: FC > 120 bpm, tremores e arritmias, a cada 20 minutos, até 1 hora + aerocâmara.	400 a 500g ,até 800 mg/dose até 15/15 minutos ou 1 jato/minuto + espaçador de grande
<b>Nebulizador de jato:</b> Adicionar soro fisiológico 3 a 5 ml e O <sub>2</sub> 6 l/min, com máscara bem adaptada à face	0,1 a 0,15 mg/Kg/dose mínimo: 5 gotas máximo: 5 mg/dose (20 gotas)	2,5 mg a 5 mg (10 a 20 gotas/dose)
<b>Solução</b>	Continua: 5 mg/Kg/h (máx.10 mg/h).	
<b>Comprimido</b>	0,6mg/ mg/kg/dia 6/6 h (1 ml/kg/dia) (máximo = 2mg = 5ml/dose)	1 cp (2mg) 6/6 horas
<b>Endovenoso</b>	Ataque: 10 mcg/kg em 30 minutos Manutenção: 0,3mcg/Kg/min*	Ataque: 250 mcg em 10 minutos Manutenção: 3 a 20 mcg/min**
<b>Anti-colinérgico:</b> Brometo de Ipratrópio	250-500mcg/dose (20 a 40 gotas)	250 - 500 mcg/dose (20 a 40 gotas)

<b>Corticóides Sistêmicos</b> <b>Hidrocortisona EV</b> Dose de Ataque Dose de Manutenção	20 mg/Kg/dose 20 mg/Kg/dia 6/6 h	200 mg /dose 200 mg 6/6 h
<b>Metilprednisolona EV</b> Dose de Ataque Dose de Manutenção	1 a 2 mg/ Kg/dose 1 a 2 mg/ Kg/dia 6/6 h	40 a 60 mg/dose 40 a 60 mg 6/6 h
<b>Prednisona ou Prednisolona</b> Dose de Ataque Dose de Manutenção	1 a 2 mg/Kg até 40 mg/dia 1 a 2 mg/ Kg/dia 1 a 2 x / dia	1 a 2 mg/ Kg até 40 a 60 mg/dose 40 a 60 mg/dia
<b>Aminofilina (amp. 24mg/ml)</b> Dose de Ataque  Dose de Manutenção	Infusão contínua: 1 a 6 meses = 0,5 mg/kg/h 6 m a 1 ano = 1 mg/kg/h 1 a 9 anos = 1,5 mg/kg/h  10 a 16 anos = 1,2 mg/kg/h	5-6mg, se não usou nas últimas 24h (50% desta nos demais).  Depuração: Normal – 0,6 mg/Kg/hora Aumentada- 0,9 mg/Kg/hora Reduzida- 0,3 mg/Kg/hora
<b>Adrenalina (1:1000) SC ou IM</b>	0,01 ml/kg/dose, de 20/20 min, até 3 doses (máx. 0,3 ml/dose)	

\*Aumentar 0,1 mcg/Kg a cada 30 min até melhora clínica ou queda da PaCO<sub>2</sub> ( dose máxima 8 mcg/Kg/min). Reduzir taxa de infusão se ocorrer queda da PaCO<sub>2</sub> > 10 mmHg, FC>200 bpm, arritmia cardíaca ou hipotensão. Iniciar desmame após 12 horas de uso de taxa de infusão considerada ótima, melhora clínica, PaCO<sub>2</sub> < 40 mmHg. Reintroduzir β<sub>2</sub> agonista sob nebulização.

\*\* Ajustar de acordo com a resposta e FC

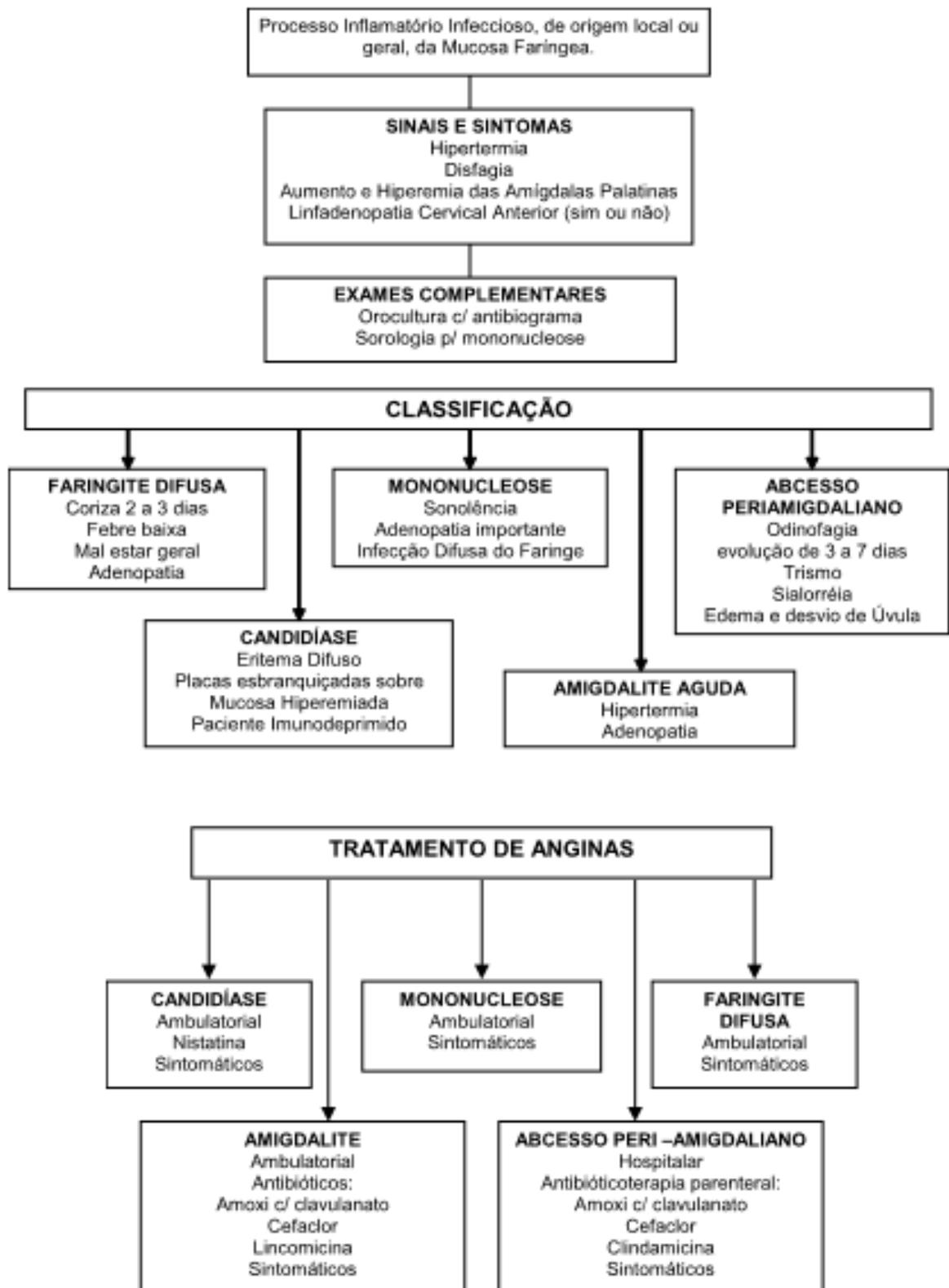
Solução 10 ampolas em 500 ml de S.F.- (10 mcg/ml) 1 ampola = 500mcg/ml

#### Erros e Deficiências mais comuns nas Emergências.:

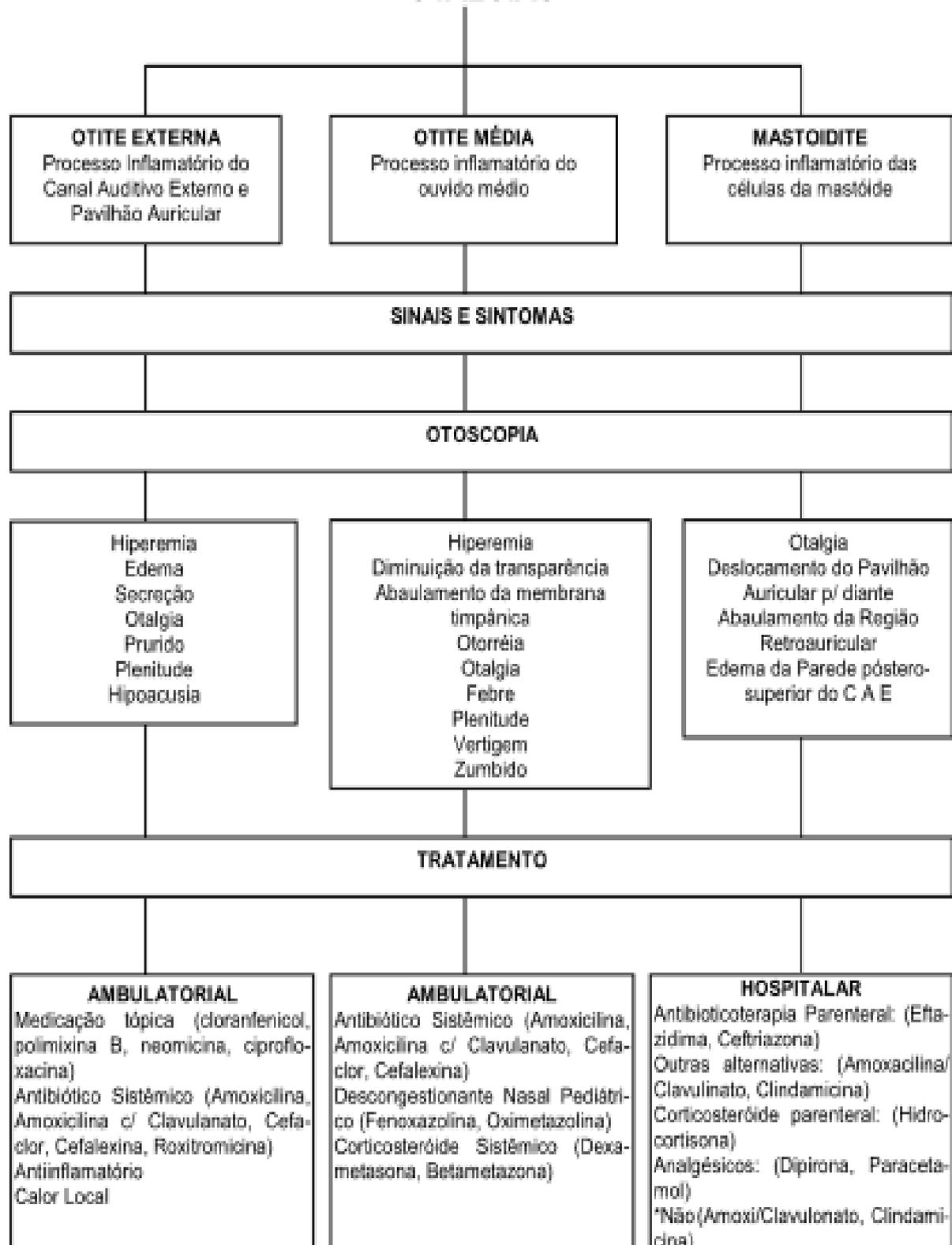
- Uso de mucolíticos ou fluidificantes VO ou inalados.
- Uso de dexametasona via inalatória.
- Nebulização com álcool ou vodka ou água destilada.
- Tapotagem.
- Percepção inadequada da gravidade da crise por parte do paciente e/ou médico.
- História e exames físicos inadequados
- Hiperhidratação.
- Falta de reposição de potássio.
- Uso de aminofilina como tratamento central.
- Demora ou não indicação de corticosteróides.
- Antibióticos de rotina.
- Uso de sedativos.
- Falta de suplementação de oxigênio.
- Alta precoce do pronto-socorro ou hospital.
- Falta de intensificação no tratamento após a alta.
- Não informar ao paciente ou responsável sobre o diagnóstico adequado da Crise de Asma usando termos como Bronquite ou Chiado no peito;
- Falta de medidas funcionais para avaliação da gravidade e da resposta ao tratamento;
- Uso incorreto de medicações
- Entregar a receita sem o total entendimento do uso da medicação;
- Não fazer a Classificação da Gravidade da Asma e encaminhamento inadequado aos Centros de Referência do Programa de Asma

**"A crise de asma é como um incêndio: quanto mais cedo se apaga, menores as perdas e danos e menos água se gasta."**

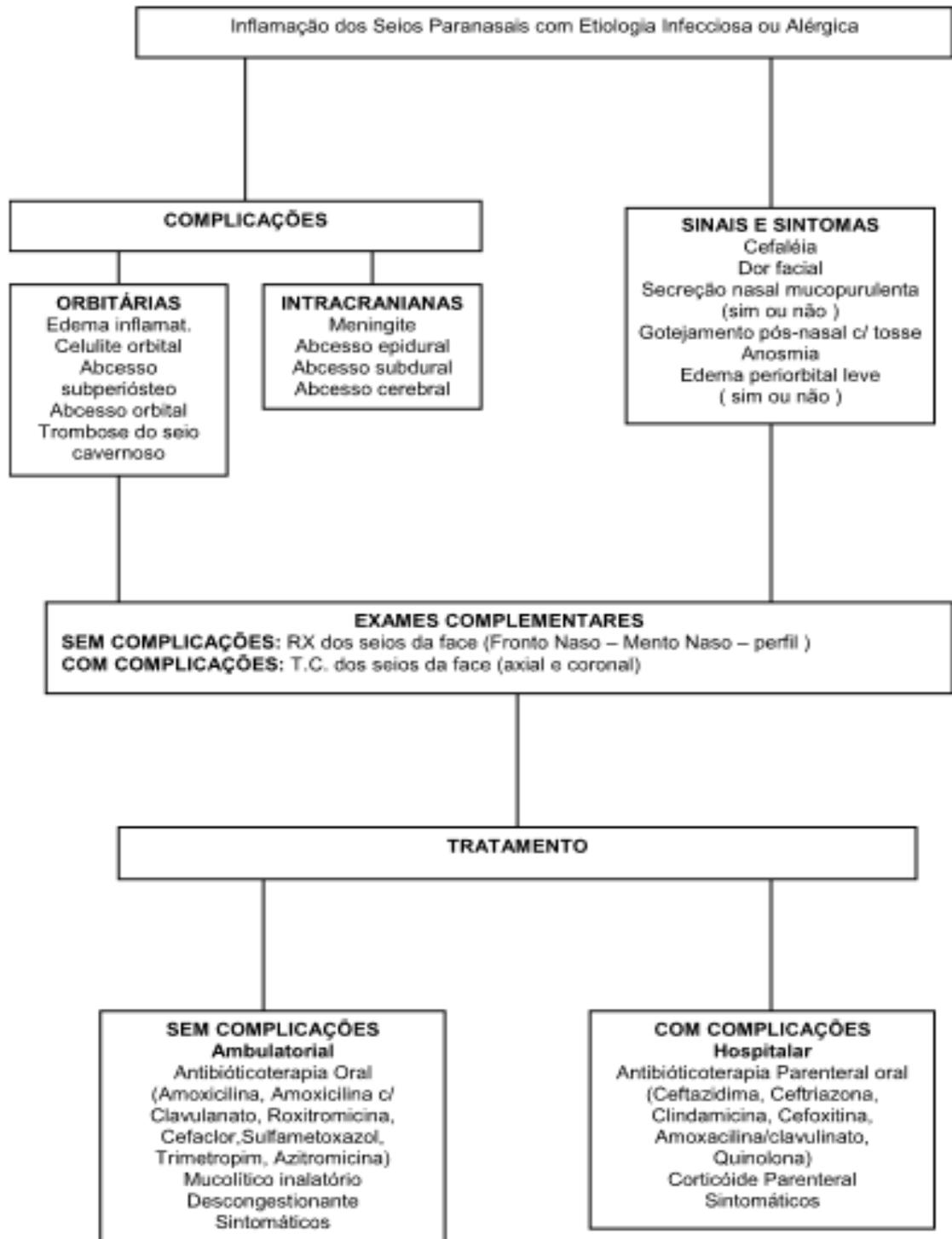
## ANGINAS



## OTALGIAS



## SINUSITE



## SURDEZ SÚBITA

### FATORES PREDISPOANTES

Barotraumas  
Anestesia Geral  
Doenças Vestibulares  
Gravidez  
Virose  
Distúrbios Endocrinológicos  
Distúrbios Hematogênicos  
Esforço físico  
Doenças do Colágeno  
Manobra de Valsalva  
Espirros Violentos

### EXAMES LABORATORIAIS

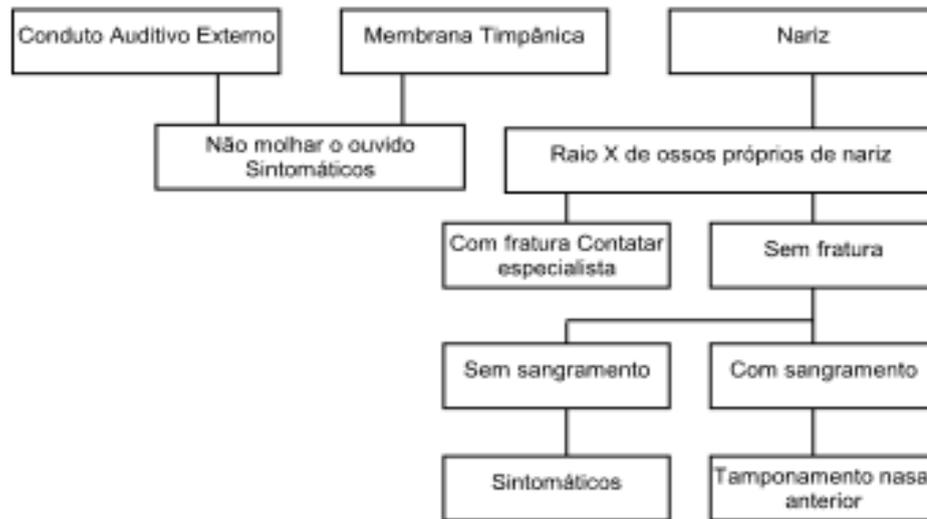
Audiometria + impedânciometria  
Avaliação Hematológica  
Reações Sorológicas  
Lipidograma  
Curva Glicêmica  
TC de Crânio  
RM de Meato Acústico Interno

### TRATAMENTO

Pentoxifilina 400mg de 12/12h ou de 8/8h  
Prednisona 1mg/kg/dia  
Aciclovir 200mg 4/4h  
Vasodilatador  
(Flunarizina 10mg – 8/8h V.O.)  
Corticosteróide  
(Dexametazona 02mg – 6/6h E.V.)  
Dextran40  
(500mg + solução glicosada a 0,5% 12/12h E.V.)  
Tratamento de causas especificamente identificadas

### INTERNAMENTO

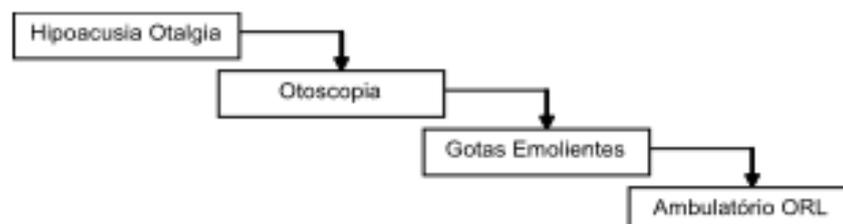
## TRAUMA EM OTORRINOLARINGOLOGIA



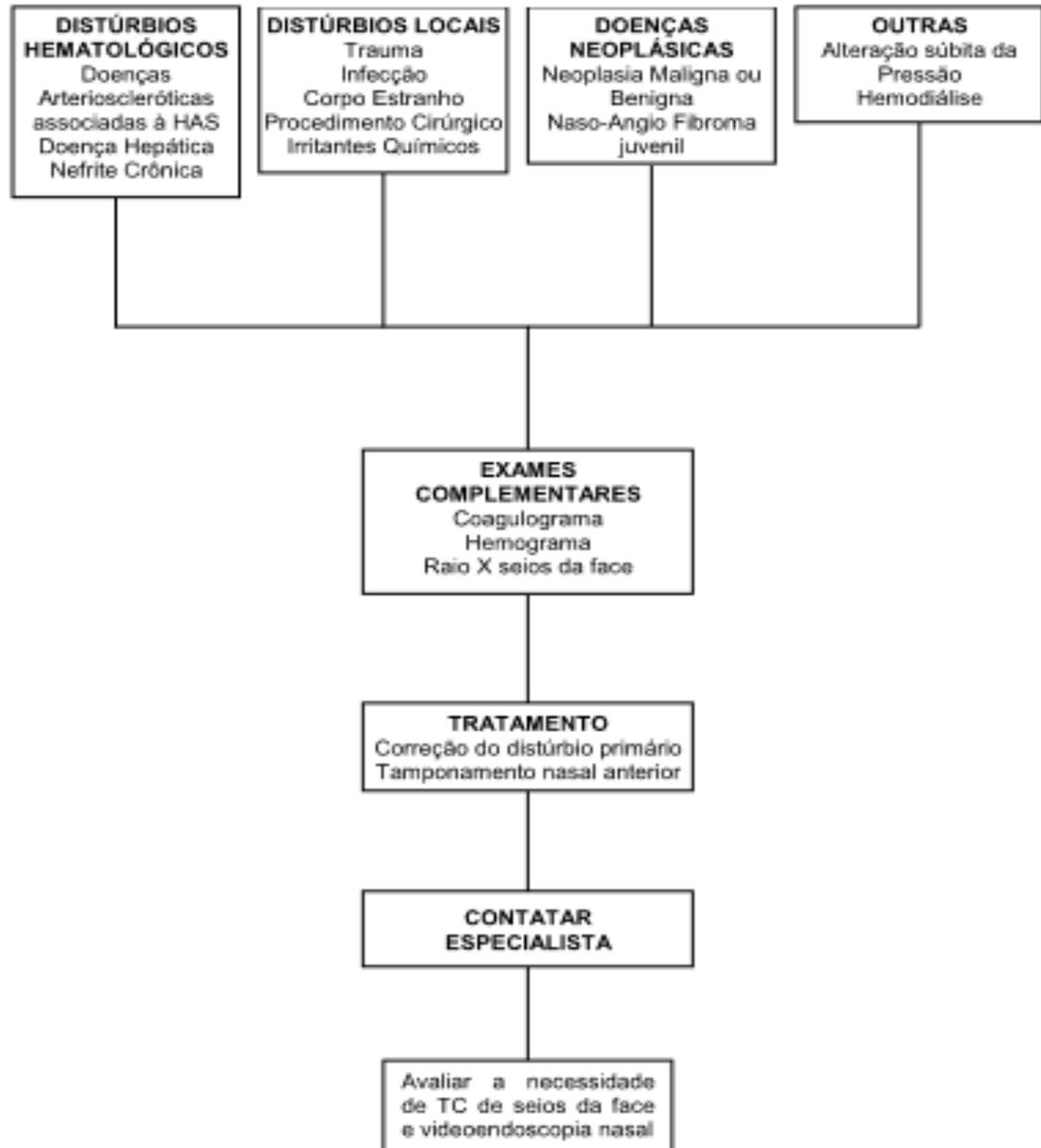
## CORPO ESTRANHO



## ROLHA CERUMINOSA



## EPISTAXE



**OBS.:**

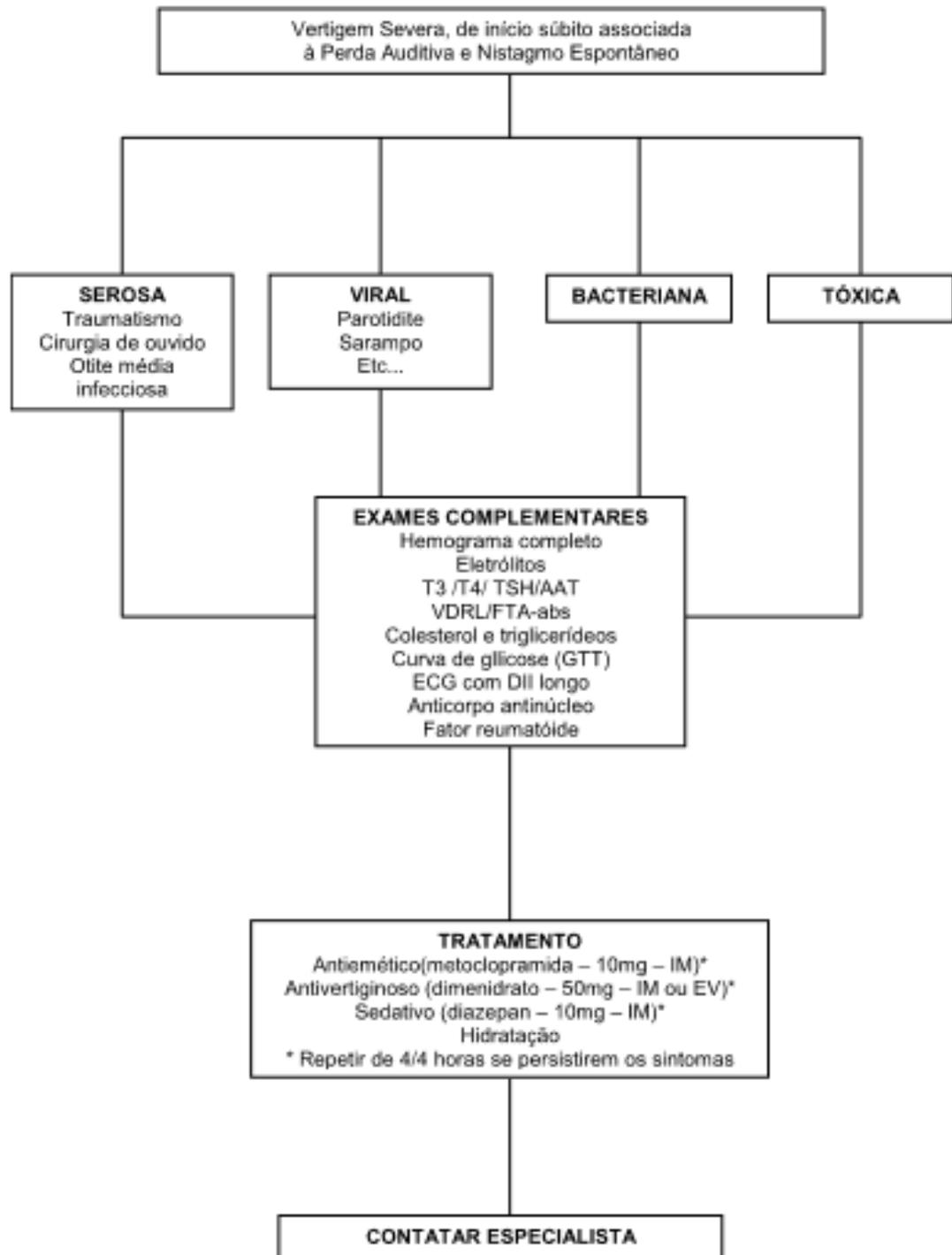
**Tamponamento Nasal Anterior.**

Introduzir na Fossa Nasal, com auxílio de uma pinça longa, gaze hidrófila ou gaze 4 aberta longitudinalmente embebida em substância lubrificante, entre o corneto médio e o septo nasal. Continua-se introduzindo a gaze em toda a extensão da fossa nasal à maneira do pregueamento de uma sanfona

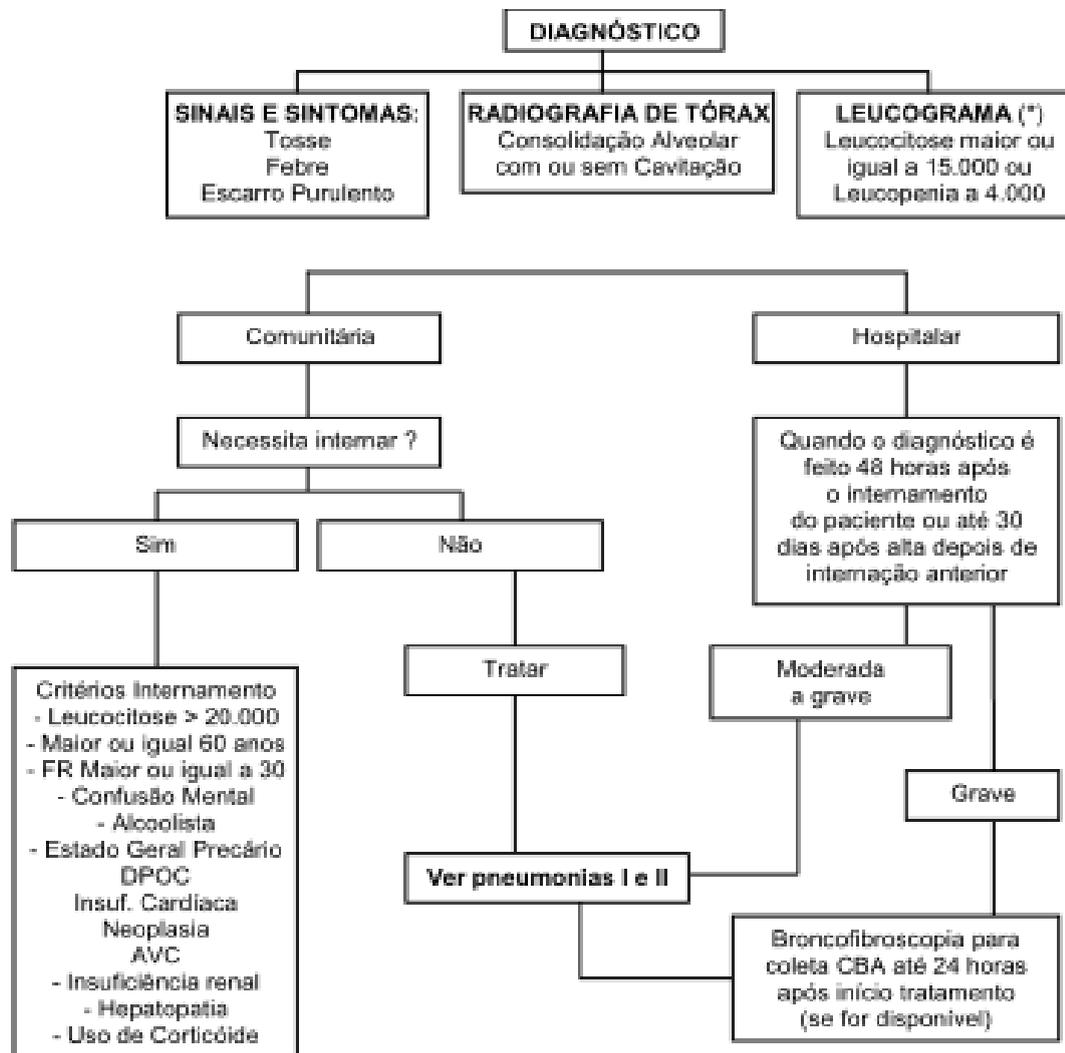
**Tamponamento Nasal Posterior (Especialista)**

Material utilizado: Caixa de Otorrino (PA), Fotóforo (Marocel - 2 unidades - C. Cirúrgico)

## LABIRINTITE AGUDA



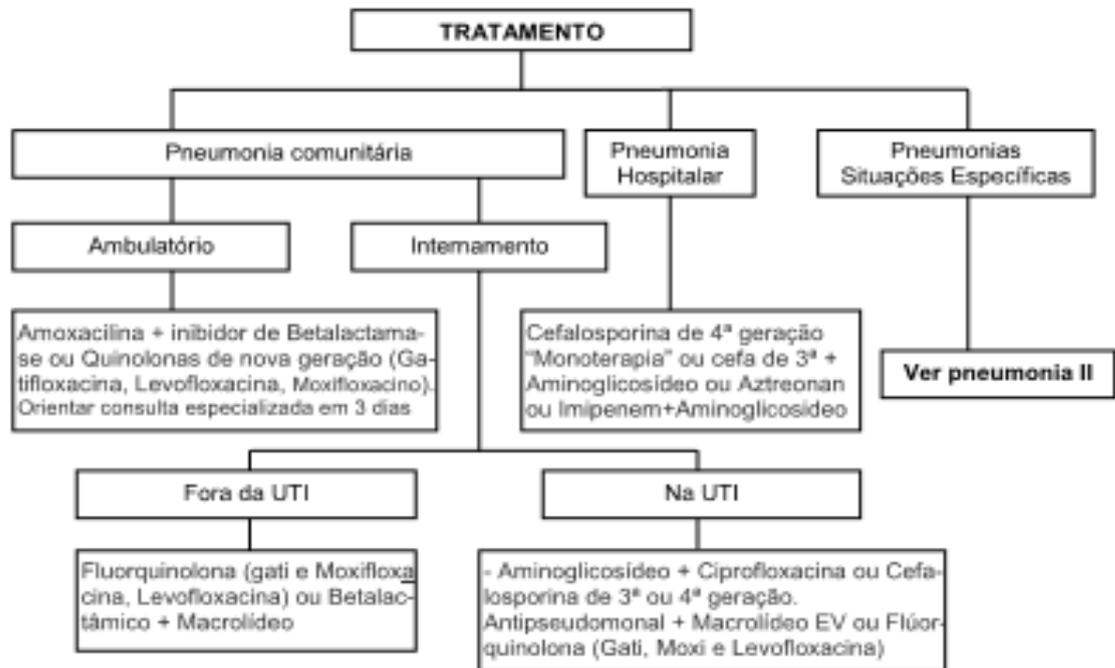
## PNEUMONIAS (PN)



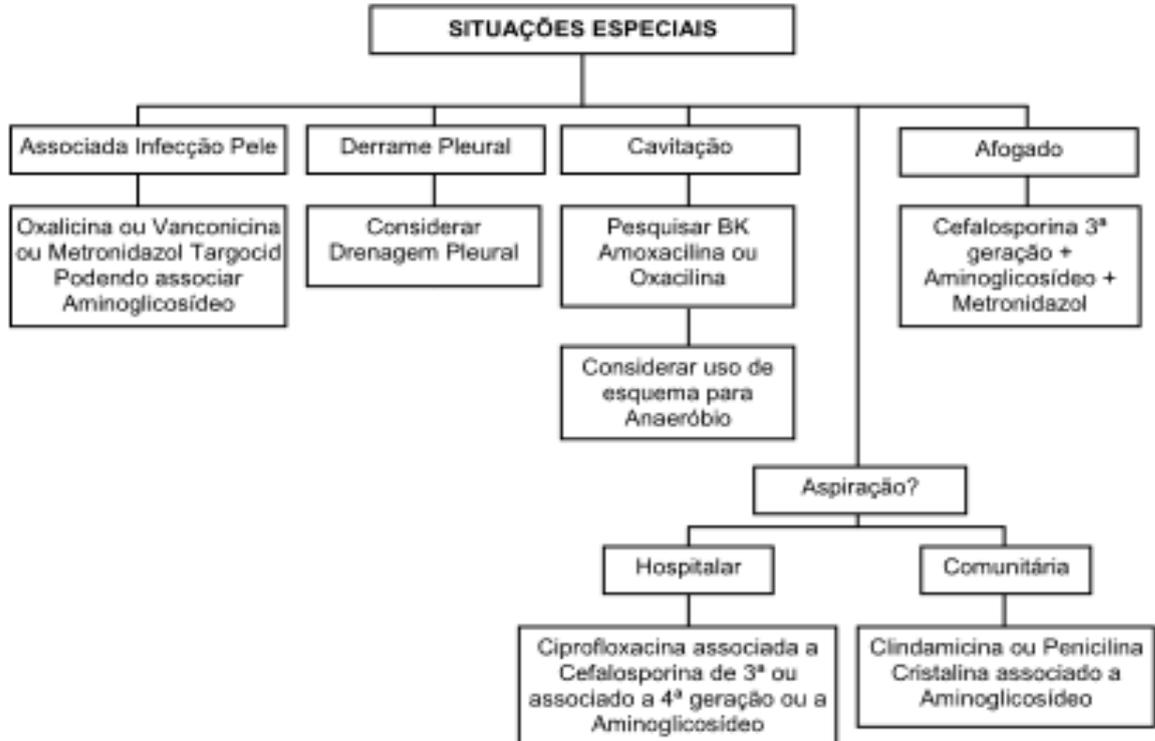
\*Leucograma pode ser normal quando o patógeno for um agente atípico.

A Radiografia do tórax deve ser em PA e perfil.

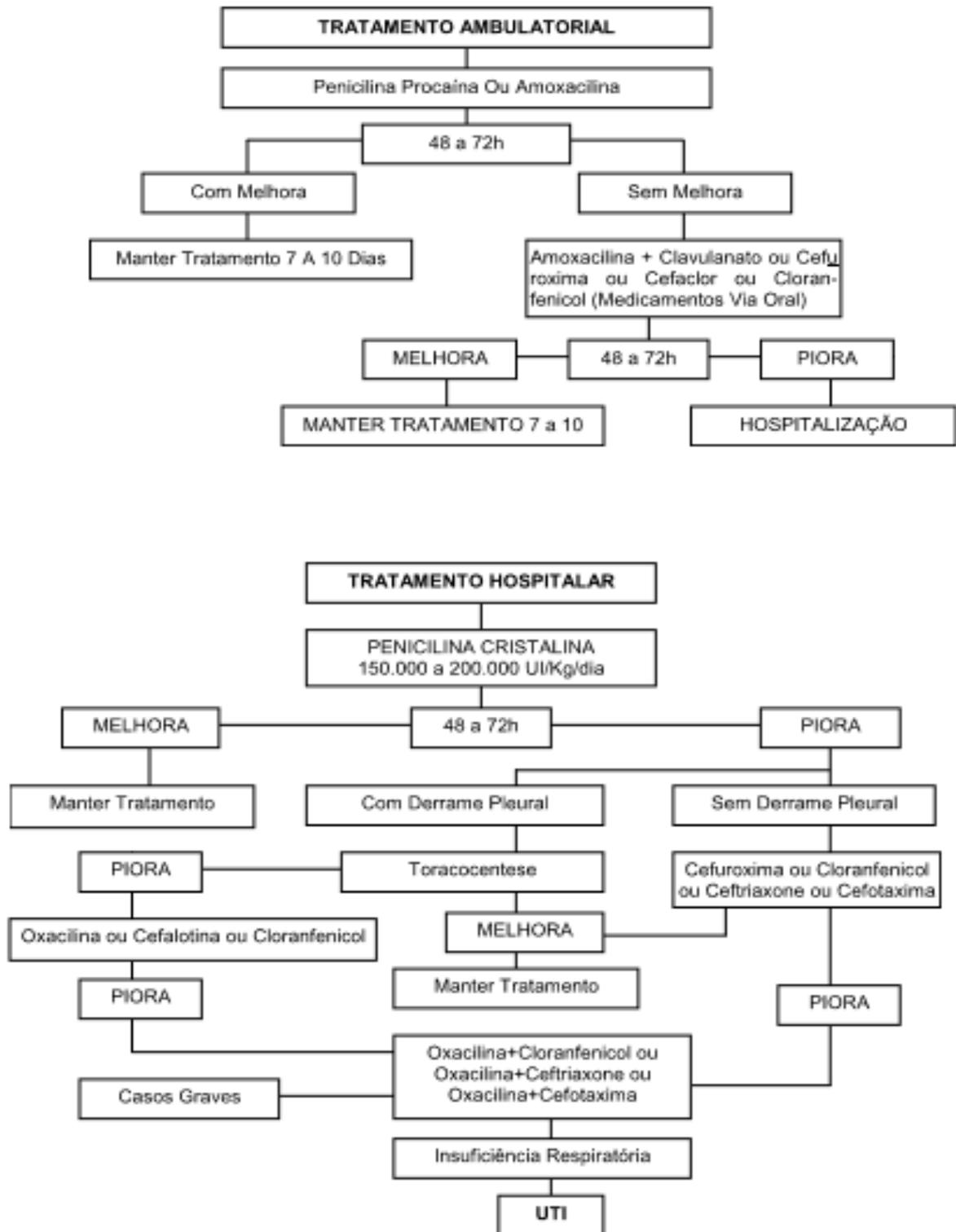
## PNEUMONIAS - I



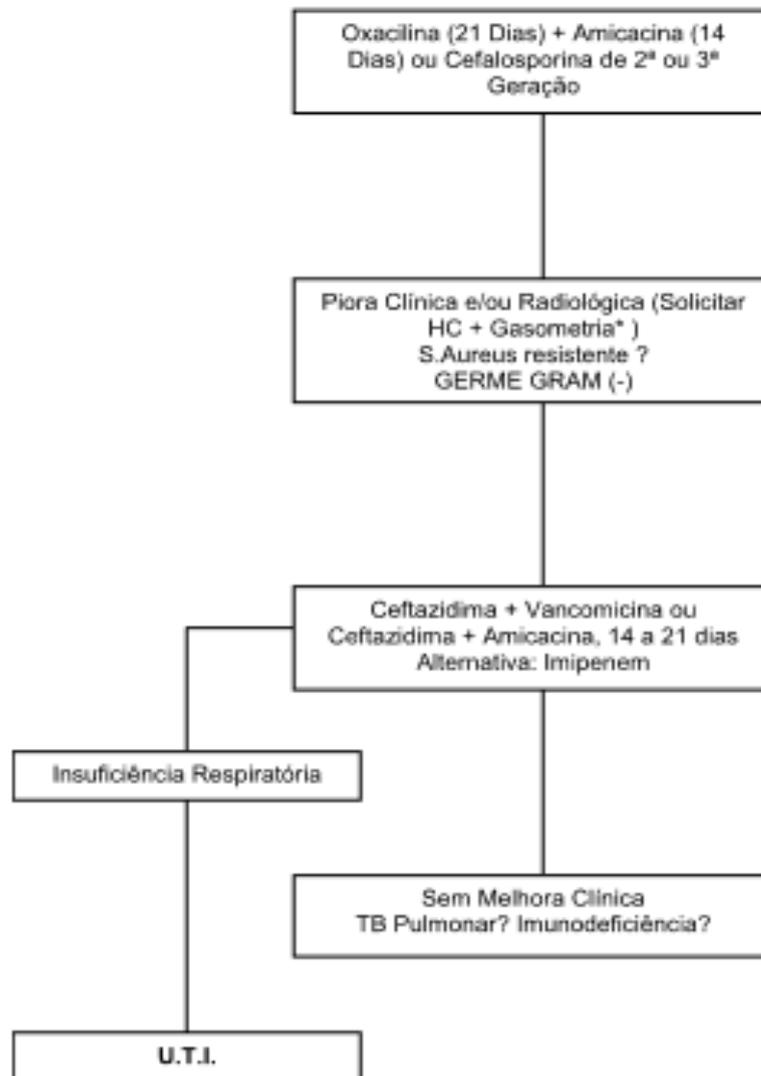
## PNEUMONIAS - II



## PNEUMONIA COMUNITÁRIA EM CRIANÇAS MAIORES DE 2 MESES



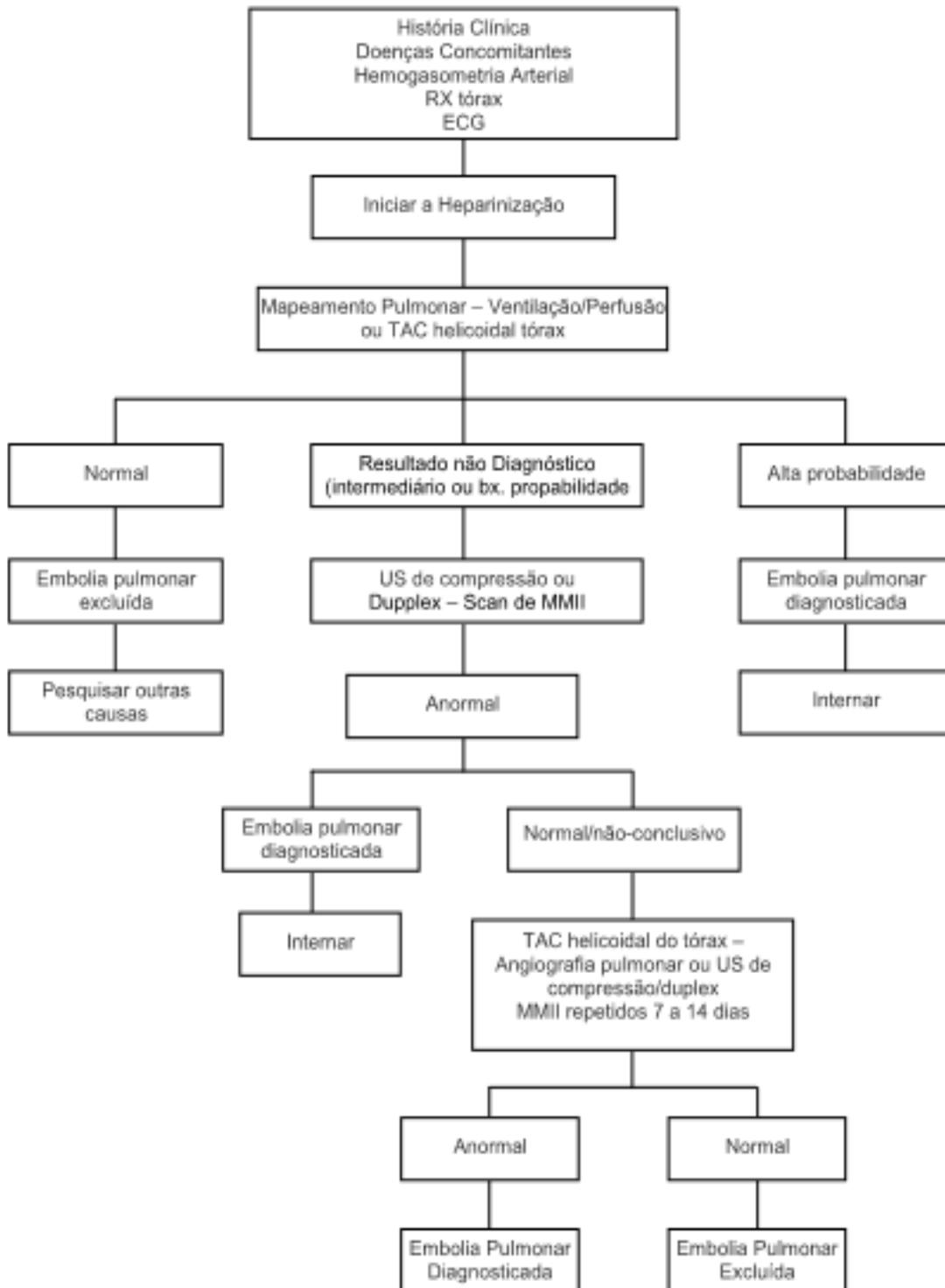
## PNEUMONIA HOSPITALAR



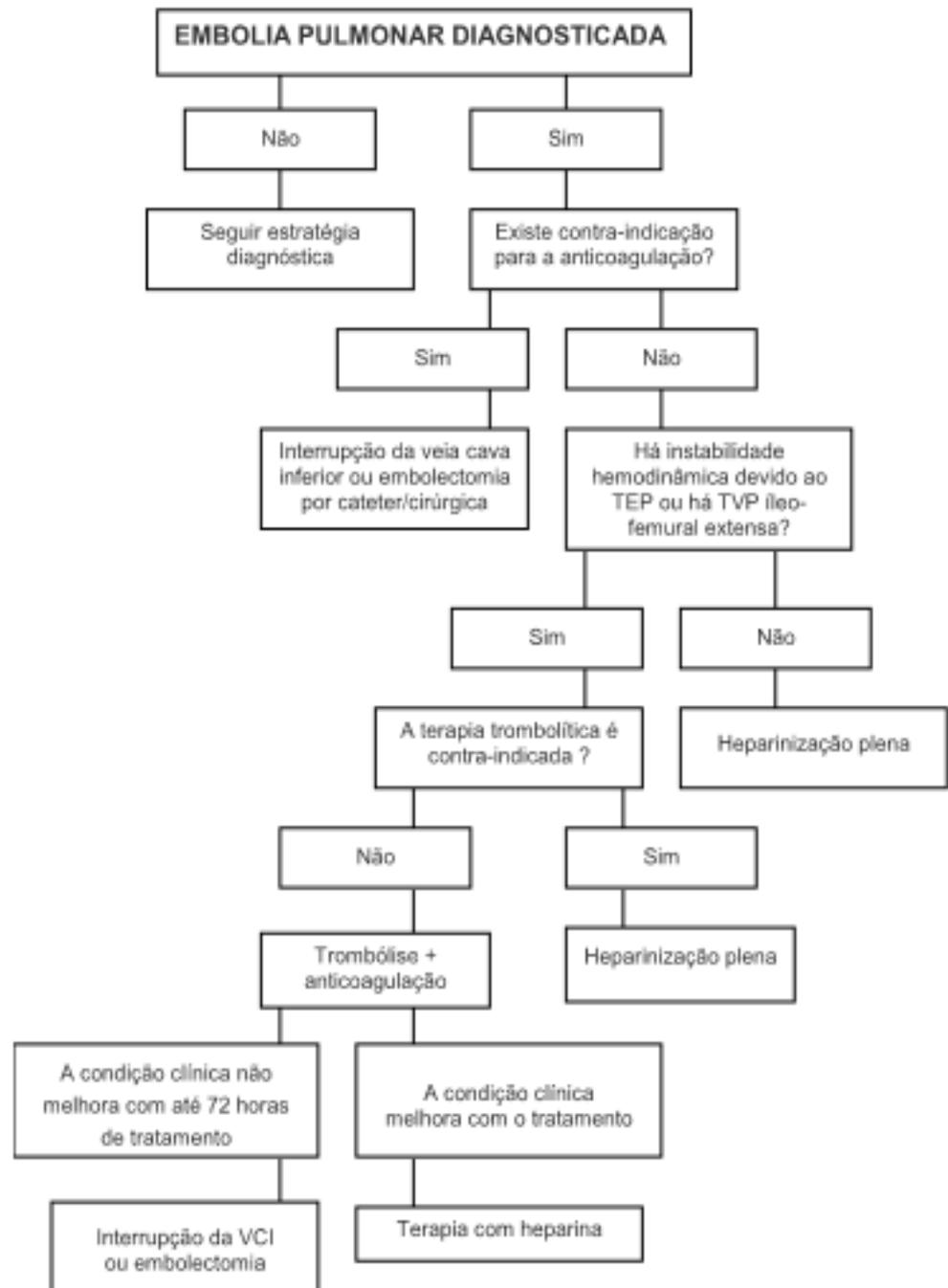
\* Gasometria com sinais de Insuficiência Respiratória - Indicar U.T.I.

## EMBOLIA PULMONAR

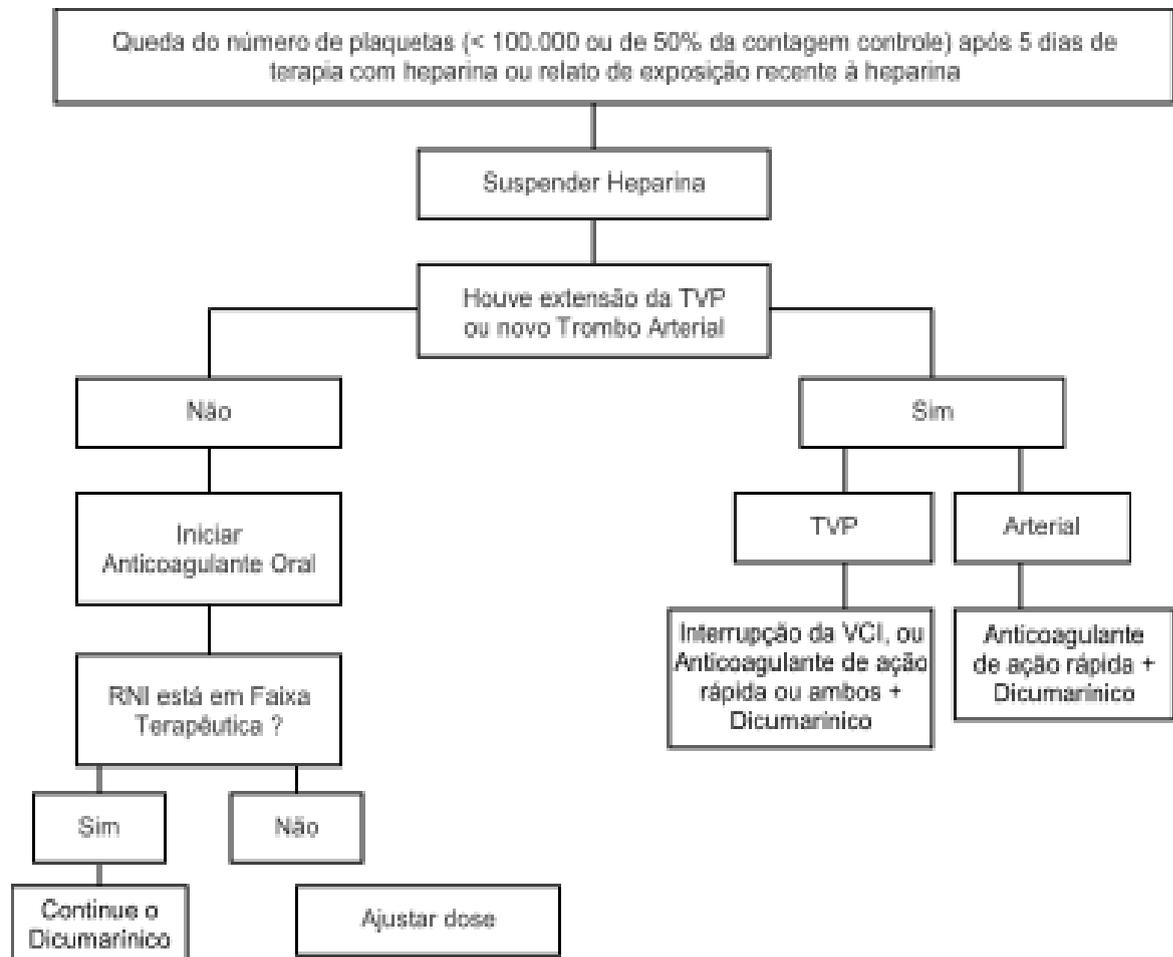
### SUSPEITA DE EMBOLIA PULMONAR



## TERAPÊUTICA PARA A EMBOLIA PULMONAR



## MANEJO DA TROMBOCITOPENIA INTRODUZIDA POR HEPARINA



### TROMBÓLISE NO TEP - INDICAÇÕES

Instabilidade Hemodinâmica.

Disfunção Sistólica de VD.

TEP Maciço.

TEP com Cardiopatia e Pneumopatia prévias.

TEP com diminuição de Perfusão em 1 lobo ou Múltiplos Segmentos Pulmonares.

**OBS.:**

1 - Heparina deve ser suspensa 6 horas antes da trombólise.

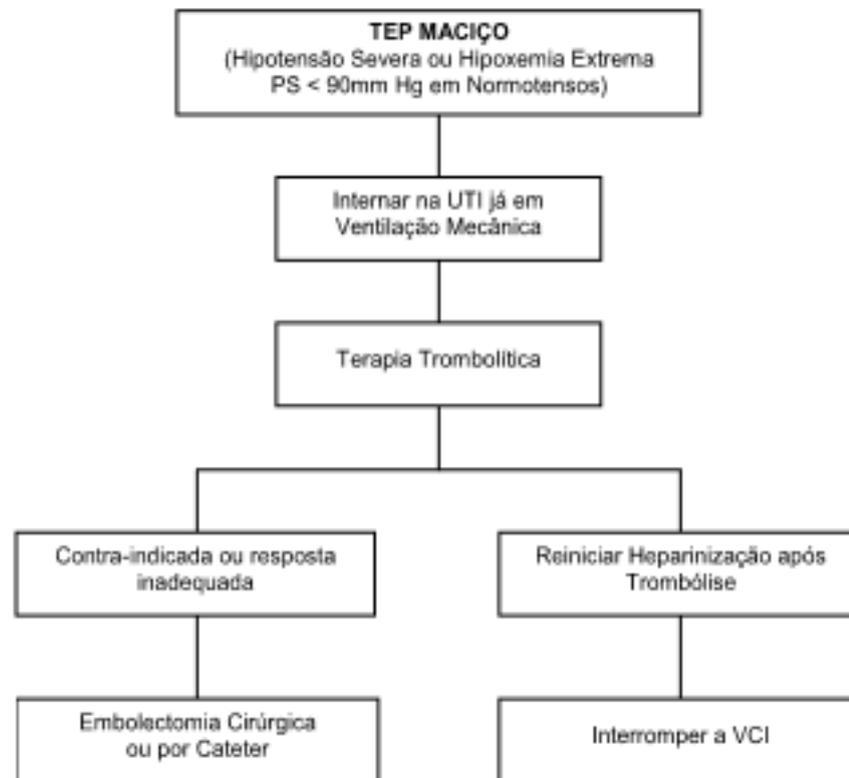
2 - A Heparina será reiniciada quando TTPa <= 80seg ou após 12 horas da Trombólise.

3 - Idade e câncer não são contra-indicações à Trombólise.

4 - A Trombólise pode ser realizada em até 14 dias do diagnóstico, preferencialmente no período diurno.

5 - A Angiografia deve ser feita ou no MSE ou por Punção Femoral, abaixo do ligamento inguinal.

## ABORDAGEM DO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MACIÇO (TEP)

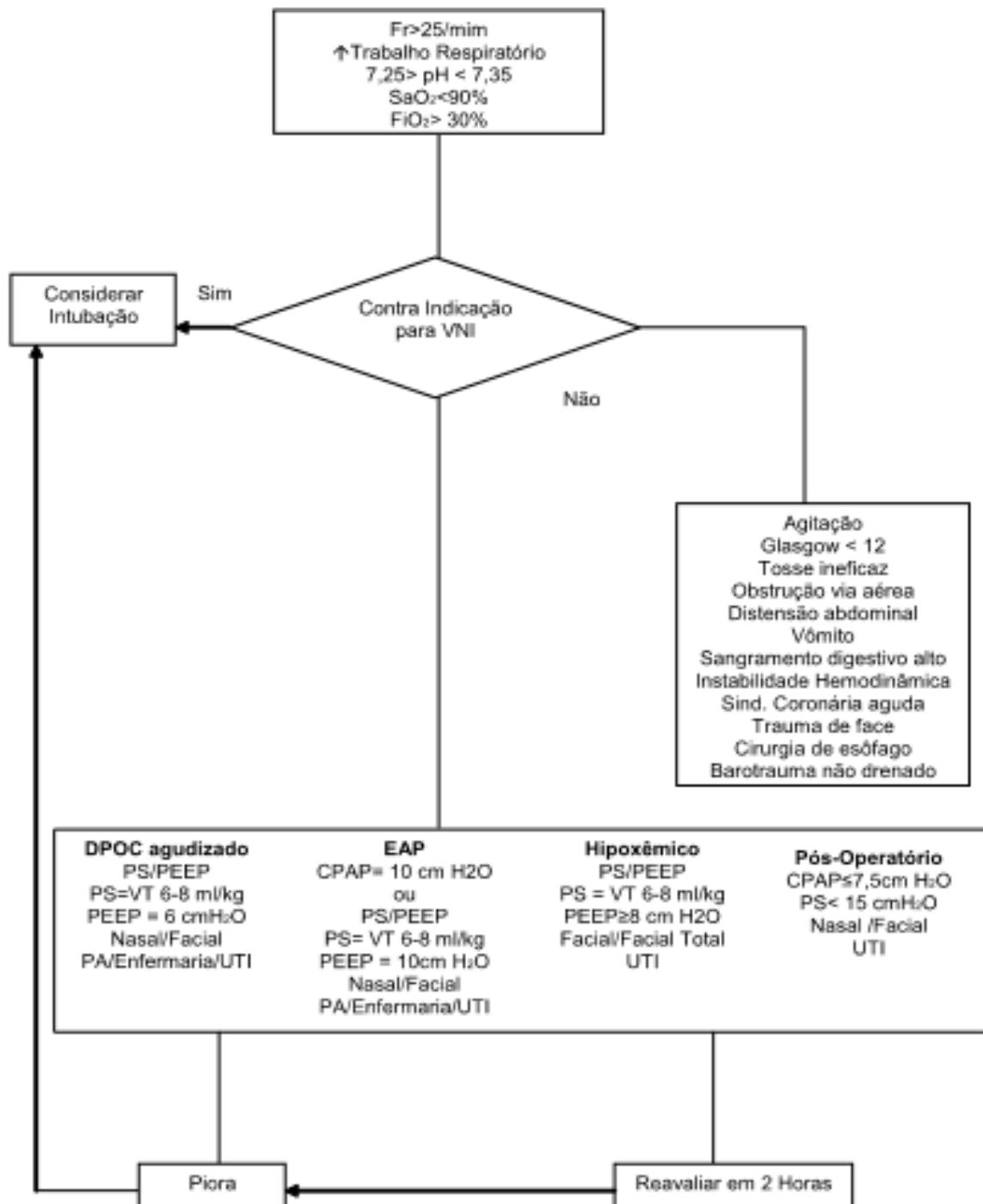


### PARA AJUSTE DA INFUSÃO DE HEPARINA

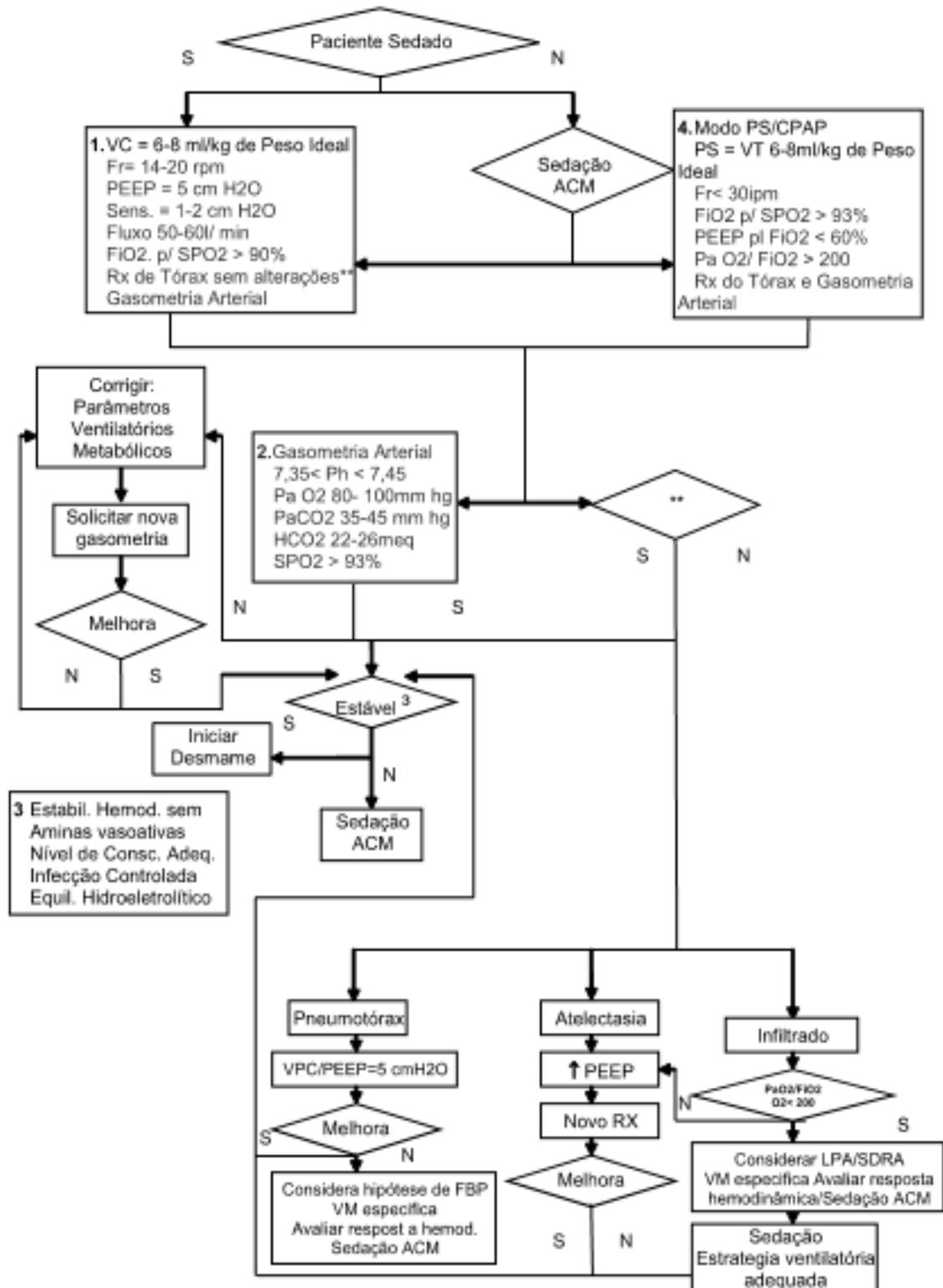
TTPa	REPETIR BOLUS	PARAR INFUSÃO (Min)	VELOCIDADE DE INFUSÃO ml/h	PRÓXIMO TTPa
< 50	5.000 UI	0	0 + 2	6h
50 - 59	0	0	0 + 3	6h
60 - 85	0	0	0	Próxima manhã
86 - 95	0	0	0 - 2	Próxima manhã
96 - 120	0	30	30 - 2	6h
> 120	0	60	60 - 4	6h

TVP TEP ou com TEP maior sem Heparina 5000 UI em bolus + 1000 a 1500 UI/h/24hs (solução 32.000)  
 Dose 80mg Kg IV bolus

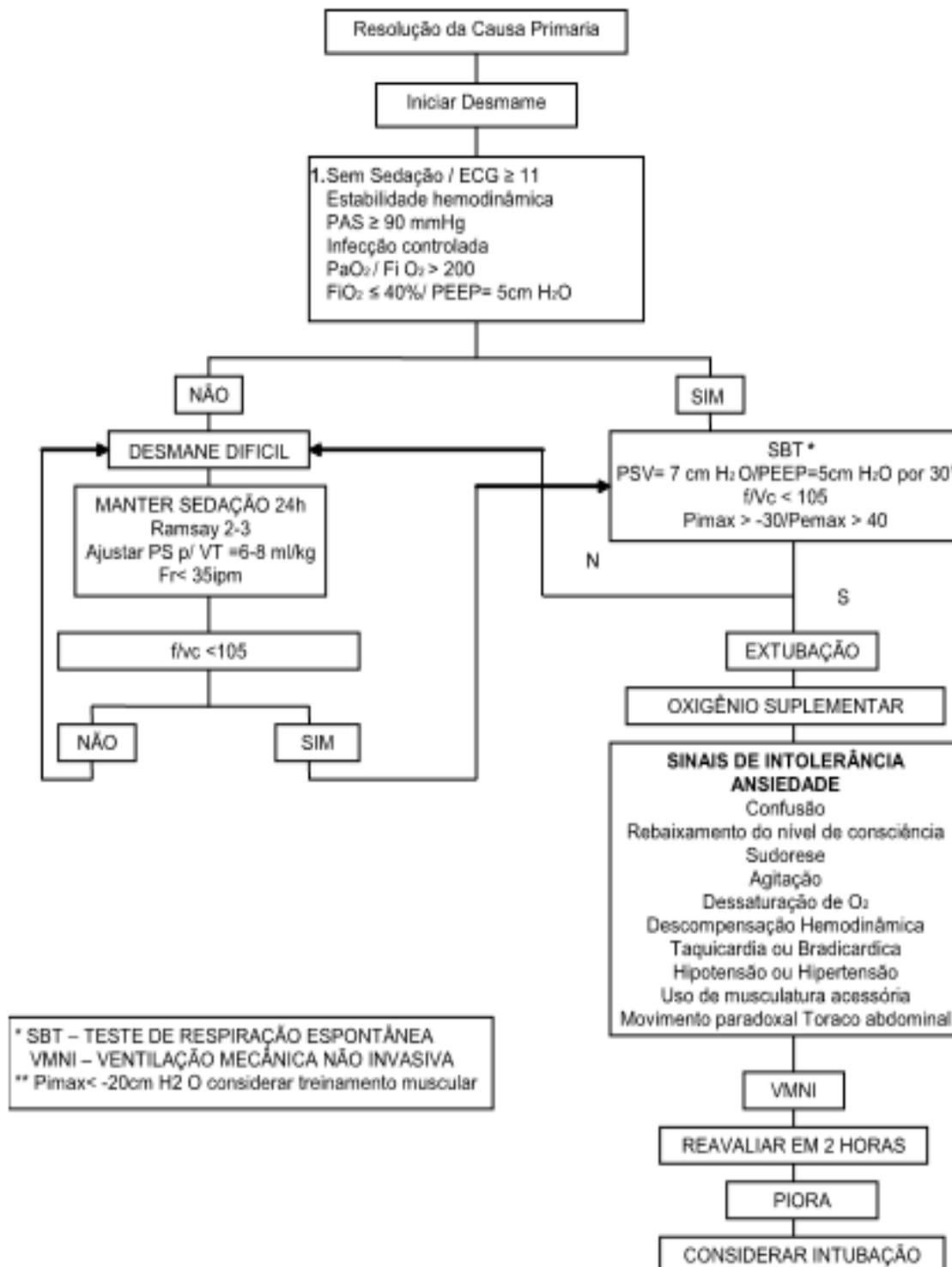
## ASPECTOS DA MECÂNICA RESPIRATÓRIA VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA ADULTO



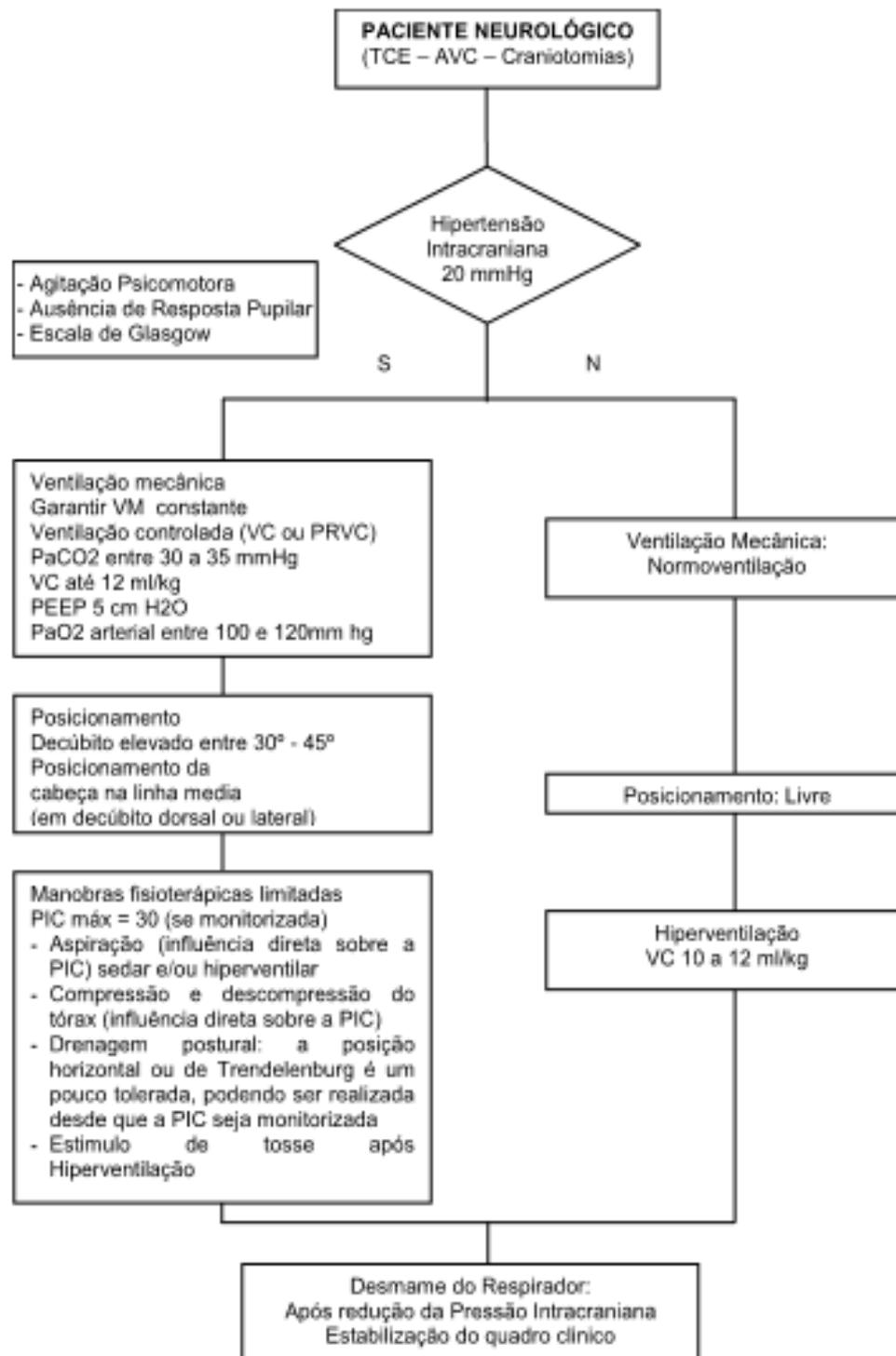
## ADMISSÃO EM VENTILAÇÃO MECÂNICA ADULTO



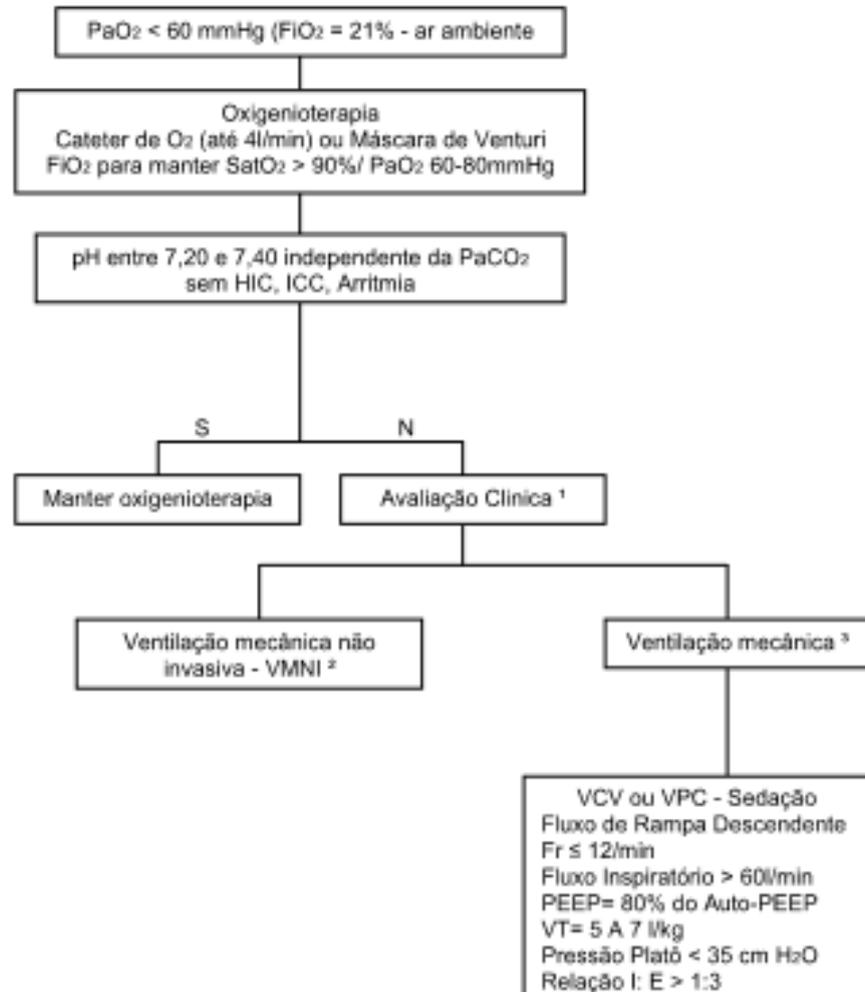
## DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA



## VENTILAÇÃO MECÂNICA EM PACIENTE NEUROLÓGICO



## VENTILAÇÃO MECÂNICA EM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

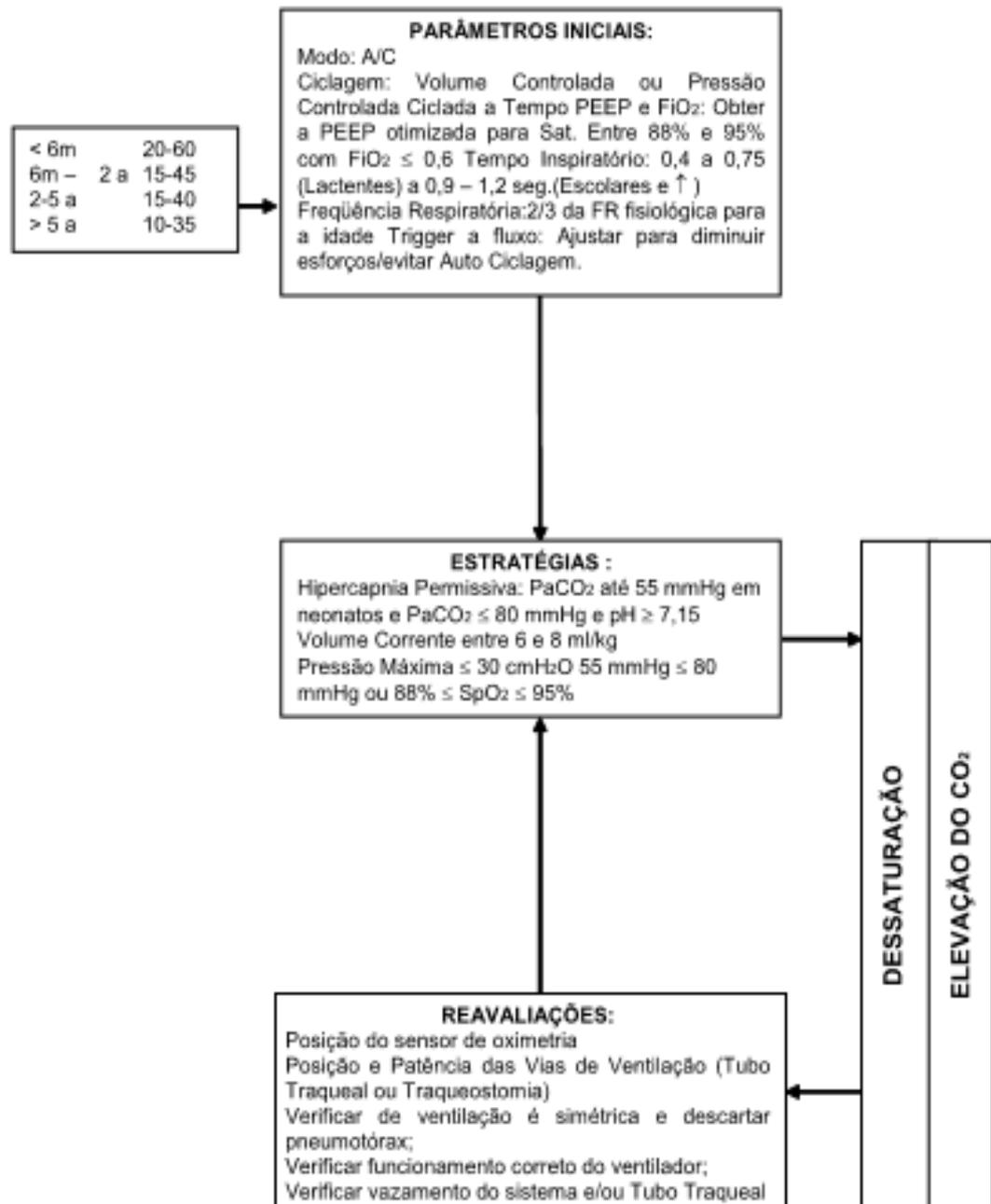


**1 Avaliação Clínica**  
Nível de consciência do paciente  
Padrão Respiratório  
Instabilidade Hemodinâmica

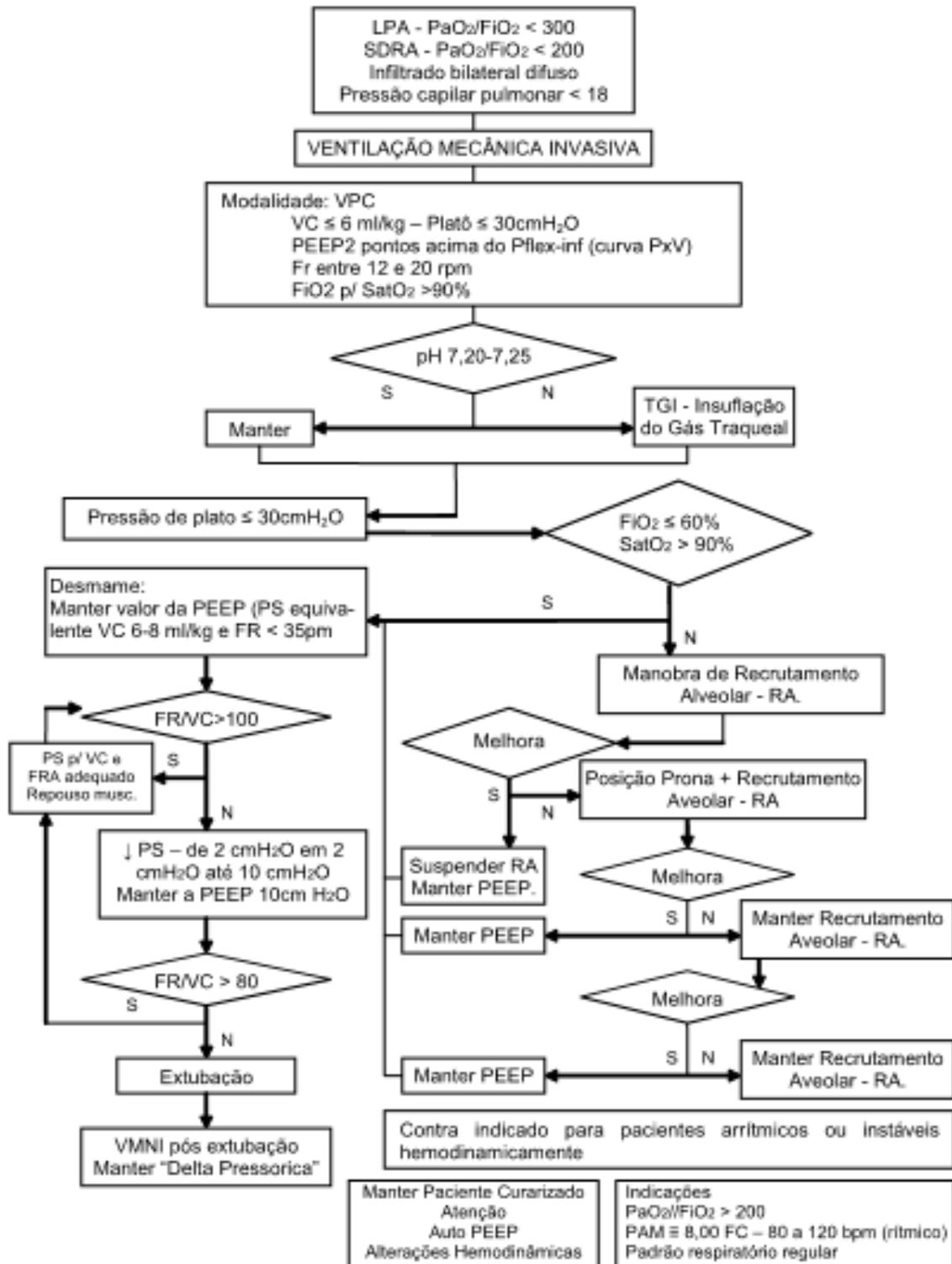
**2 Critérios para utilização de VMNI**  
Paciente colaborativo  
Desconforto respiratório com Dispneia moderada a severa / Fr < 35  
Utilização de Musculatura Acessória  
Estabilidade Hemodinâmica  
Nível de consc. rebaixado por Hipercapnia sem instabilidade Hemodinâmica

**3 Critérios para IOT**  
Glasgow ≤ 8, agitação, não colaborativo com VMNI  
PCR  
Instabilidade Hemodinâmica  
Hipersecreção Pulmonar

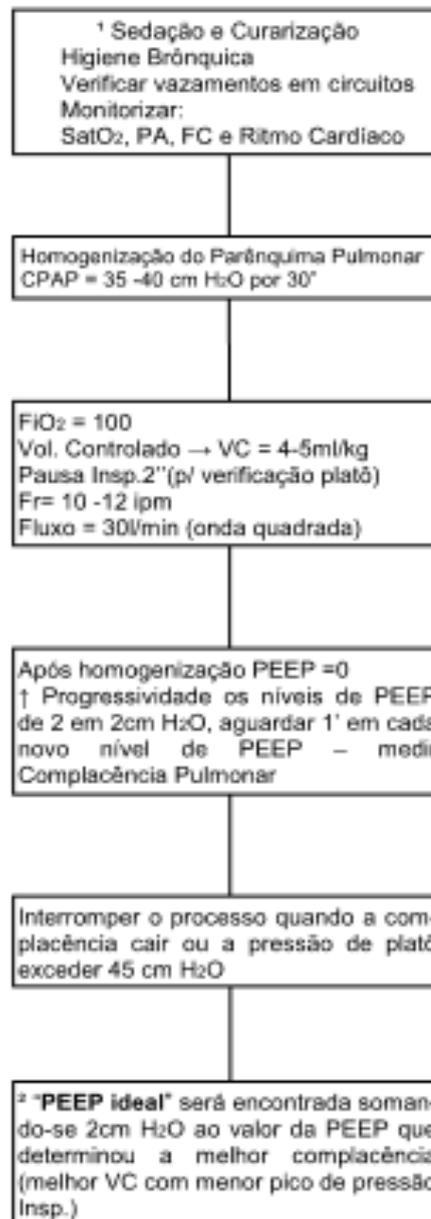
## VENTILAÇÃO MECÂNICA NA SDRA E CHOQUE SÉPTICO



## VENTILAÇÃO MECÂNICA LESÃO PULMONAR AGUDA (LPA) SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO NO ADULTO (SDRA)



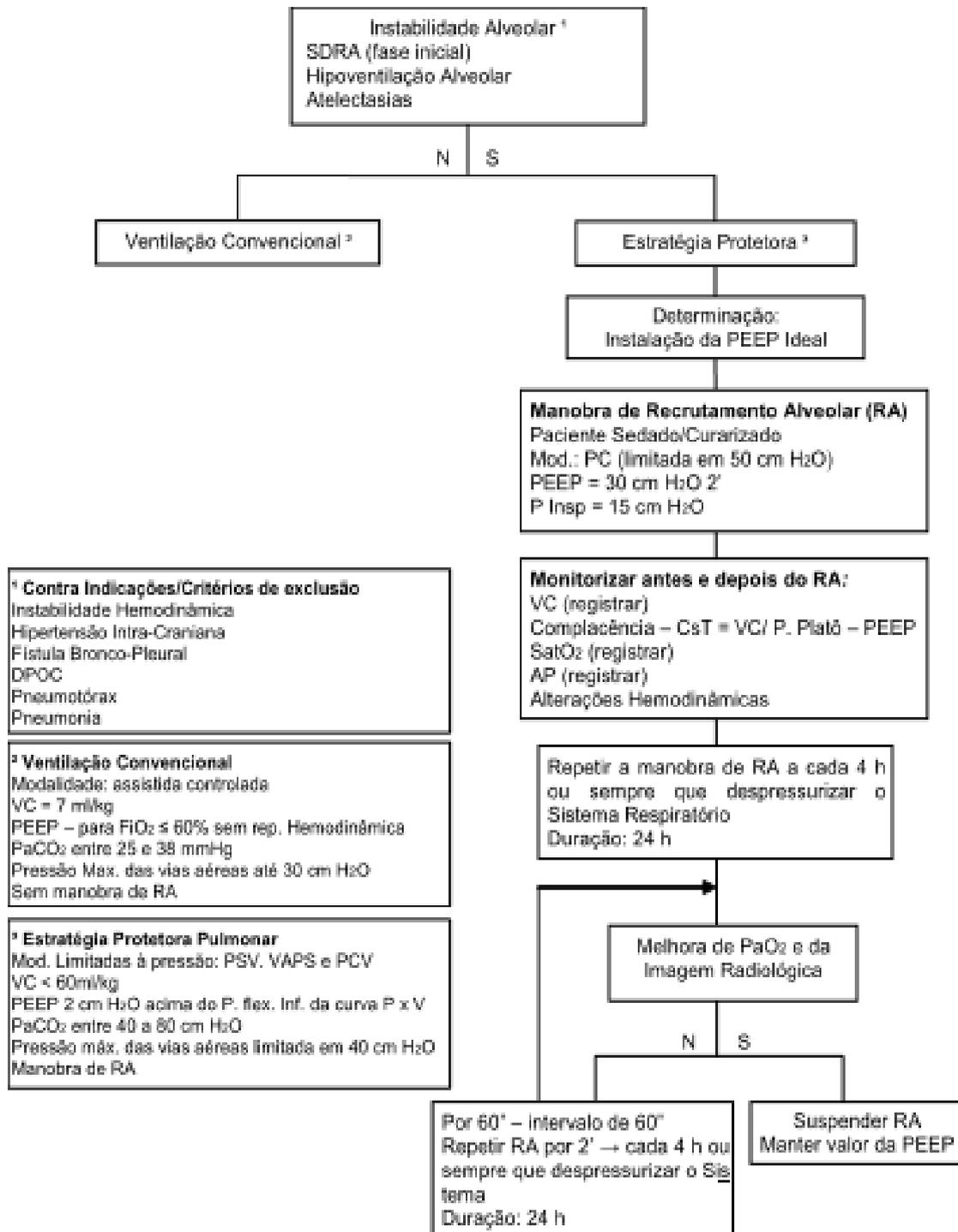
## CÁLCULO DE CURVA PRESSÃO/VOLUME NO ADULTO



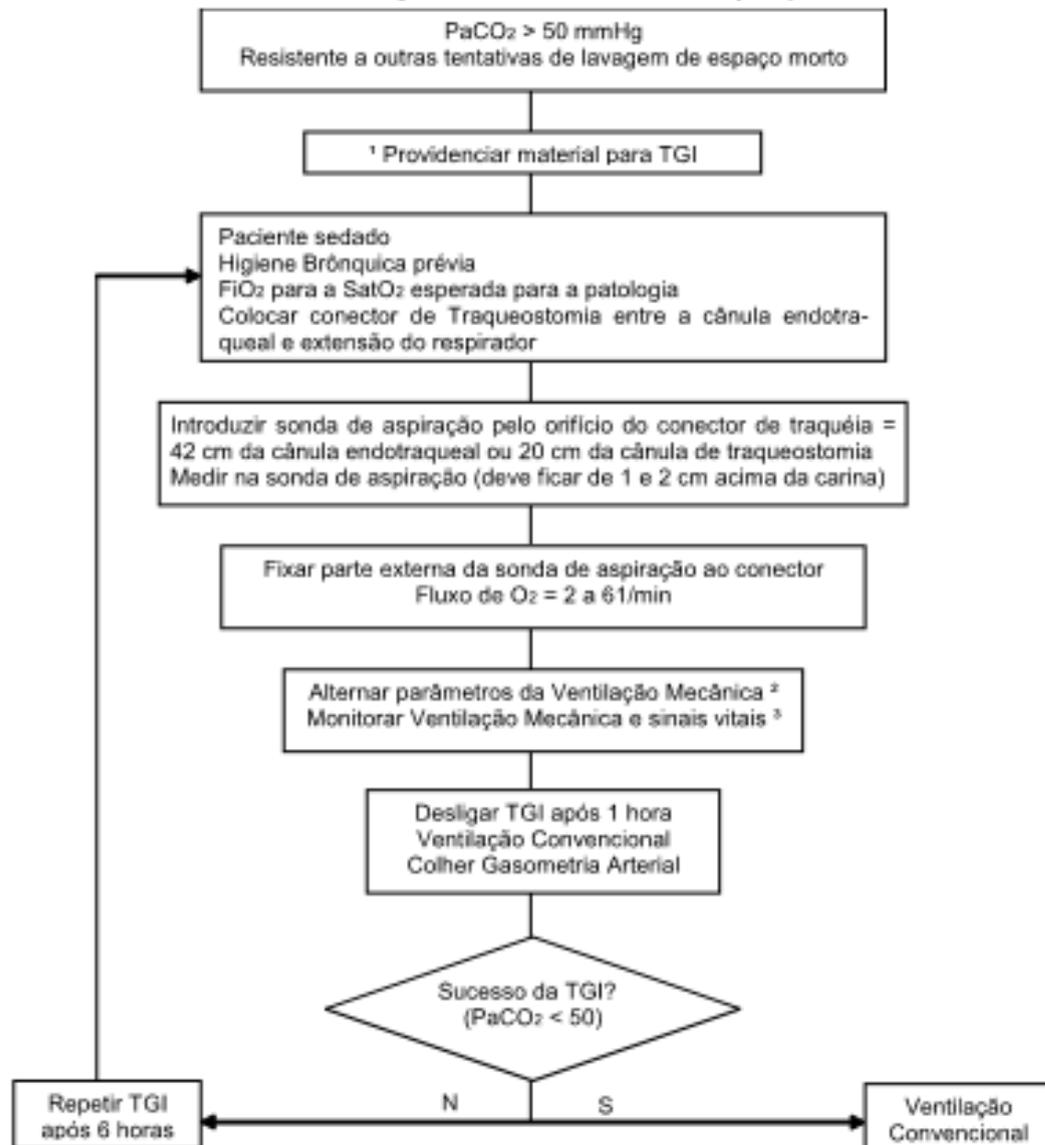
<sup>1</sup> Contra Indicações/ Critérios de exclusão:  
Instabilidade Hemodinâmica (PAM ≤ 140 hpm/ arritmias)  
Hipertensão Intracraniana  
DPOC  
Ocorrência de Pneumotórax e Fístula Bronco-pleural até pelo menos 48 hs  
Situações onde está contra-indicado Hipercapnia

$$^2 \text{ Complacência} = \frac{\text{VC}}{\text{Platô} - \text{PEEP}}$$

## MANOBRA DE RECRUTAMENTO ALVEOLAR (RA) NO ADULTO



## HIPERCAPNIA – MANEJO FISIOTERÁPICO INSUFLAÇÃO DE GÁS TRAQUEAL (TGI)

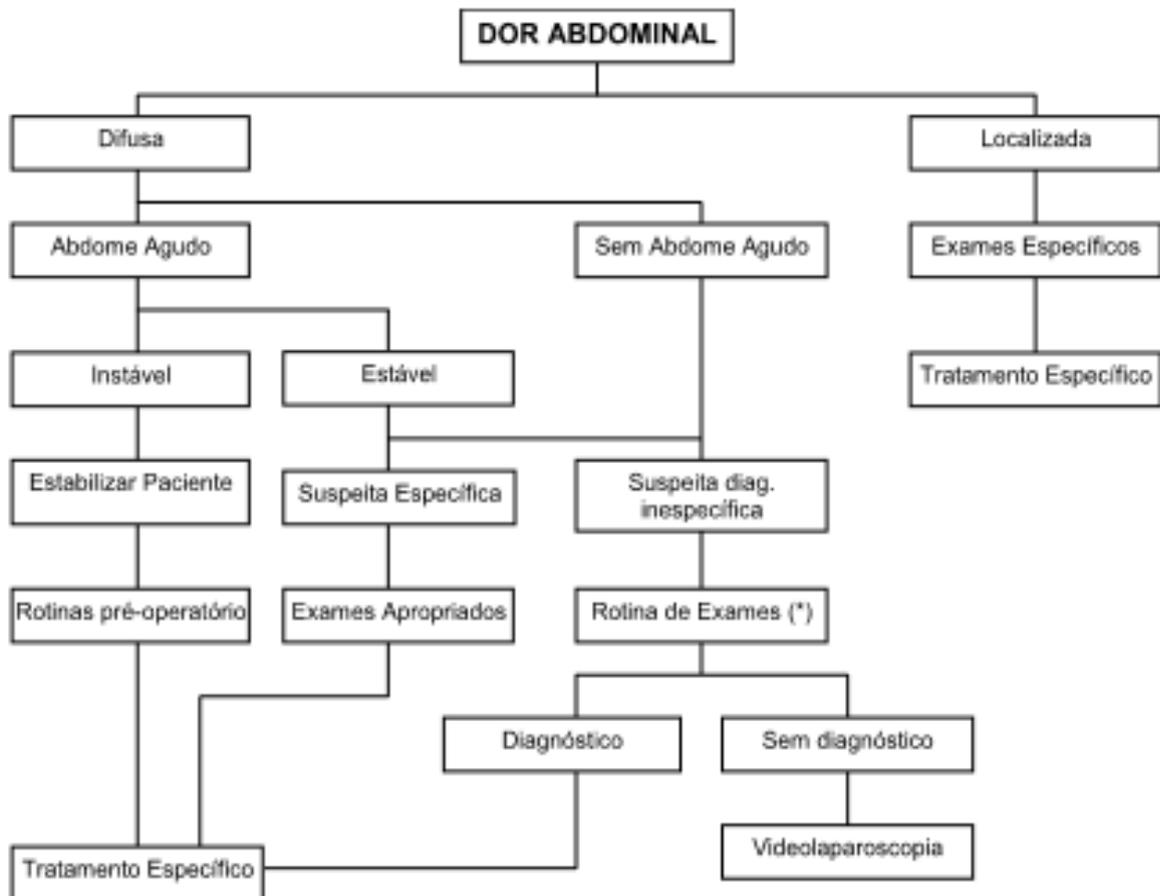


**<sup>1</sup> Materiais Necessários**  
 Sonda de Aspiração nº 6 a 8 estéril  
 Conector de cânula de traqueostomia (c/ orifício p/ aspiração)  
 Esparadrapo ou similar  
 Cortaplast  
 Umidificador de parede + extensão  
 Água Destilada Estéril  
 Fluxômetro de O<sub>2</sub>

**<sup>4</sup> Critérios de Interrupção:**  
 Instabilidade Hemodinâmica (↑ exagerado da FC e/ou PA, ↓ abrupta da SatO<sub>2</sub>)  
 Cuidados  
 Hiperinsuflação Pulmonar – Vigilância contínua da Ventilação Convencional  
 Não fazer manobras de Recrutamentos Alveolar durante TGI

**<sup>2</sup> Parâmetro da Ventilação Mecânica (VM)**  
 P<sub>insp</sub> Limitada a 35 cm H<sub>2</sub>O  
 PEEP fisiológico  
 VC em torno de 5 ml/kg  
 FiO<sub>2</sub> < nível possível

## DOR ABDOMINAL AGUDA



### DOR ABDOMINAL

- 1 – Deite o paciente
- 2 – Acalme
- 3 – Anamnese e exame físico simultâneos
- 4 – Sedação da dor: se dor forte

(\*) Rotina de Exames

#### Homem:

Hemograma; sumário de urina; amilase; RX. de tórax PA de pé; RX. de abdome PA de pé e deitado; Ultra Sonografia (US) de abdome total (após ver RX.)

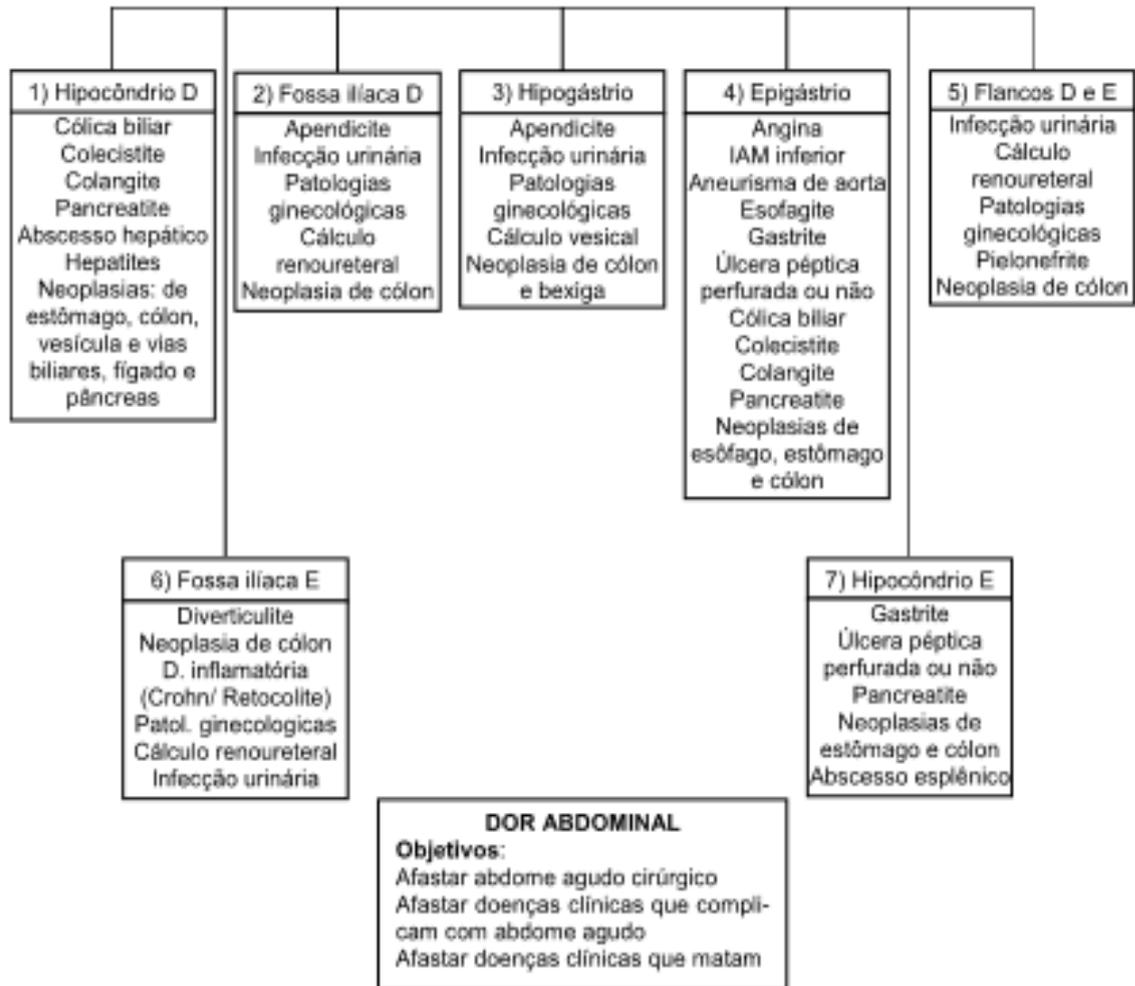
#### Mulher em idade fértil (Até 45 anos ou com ciclos presentes mesmo com laqueadura tubária.)

Hemograma; sumário de urina; amilase; US de abdome total e pelve (antes ou depois da radiografia a depender do quadro clínico); Beta HCG, se Beta HCG neg.; RX. de tórax PA de pé; RX. de abdome AP de pé e deitado.

#### Mulher fora da idade fértil

Rotina de exames p/ homem com US total e pelve

## CAUSAS DA DOR ABDOMINAL LOCALIZADA



A rotina de exames visa a não deixar descoberto doenças graves protelando assim seu diagnóstico e tratamento.

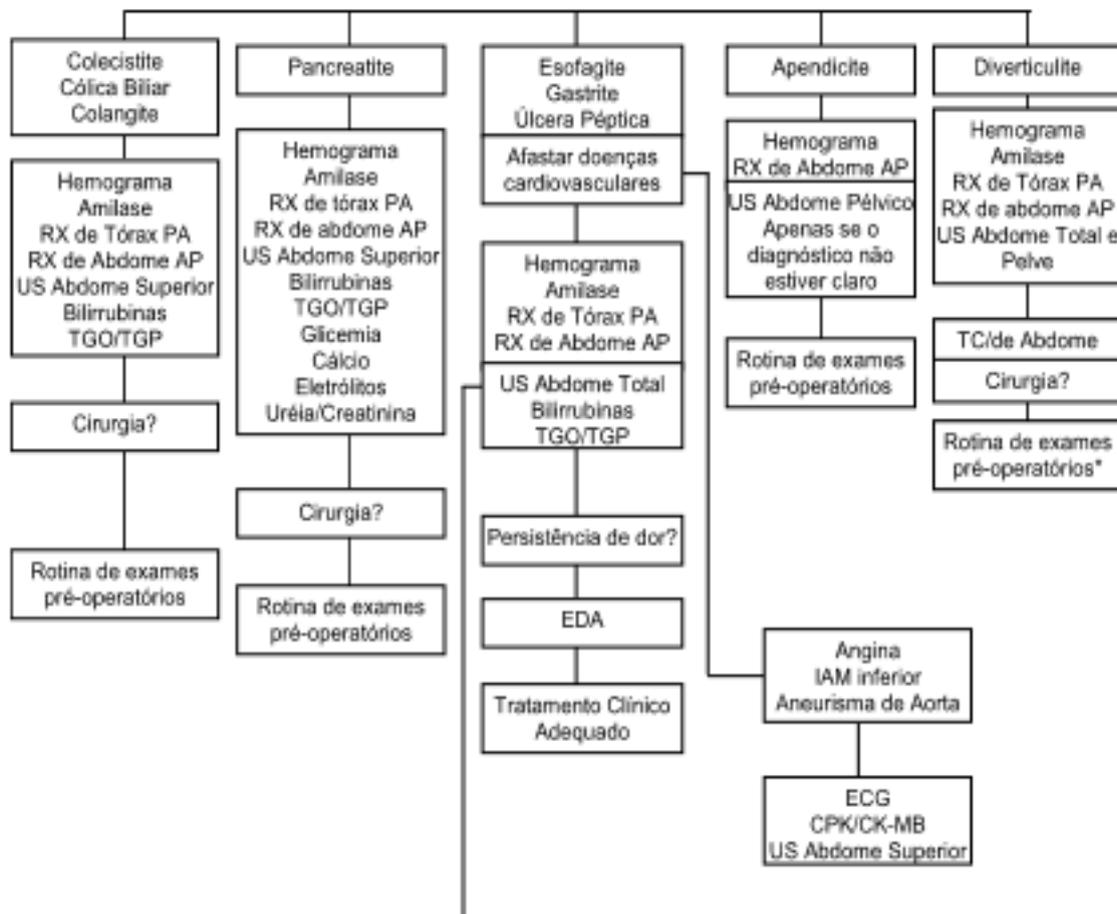
Dor abdominal de início recente pode ser referida e migrar.

A víscera acometida pode estar localizada em região topográfica abdominal diferente daquela localização da parede abdominal em que a dor se iniciou. A víscera acometida geralmente está na localização correspondente em que a dor passou a se localizar após a migração.

### ROTINA DE EXAMES

- 1 – Hemograma completo, TGO, TGP, amilase
- 2 – EAS
- 3 – Ecografia abdominal superior ou total.

## ROTINAS DE EXAME NA DOR ABDOMINAL LOCALIZADA



### CONSIDERE APENAS EM SITUAÇÕES DE DÚVIDA:

- 1 - Se não há história de d. Péptica Prévia
- 2 - Se não há ingestão de Anti-Inflamatório Não Hormonal.
- 3 - Se na história há patologia de vias biliares como diagnóstico diferencial

### DOR ABDOMINAL

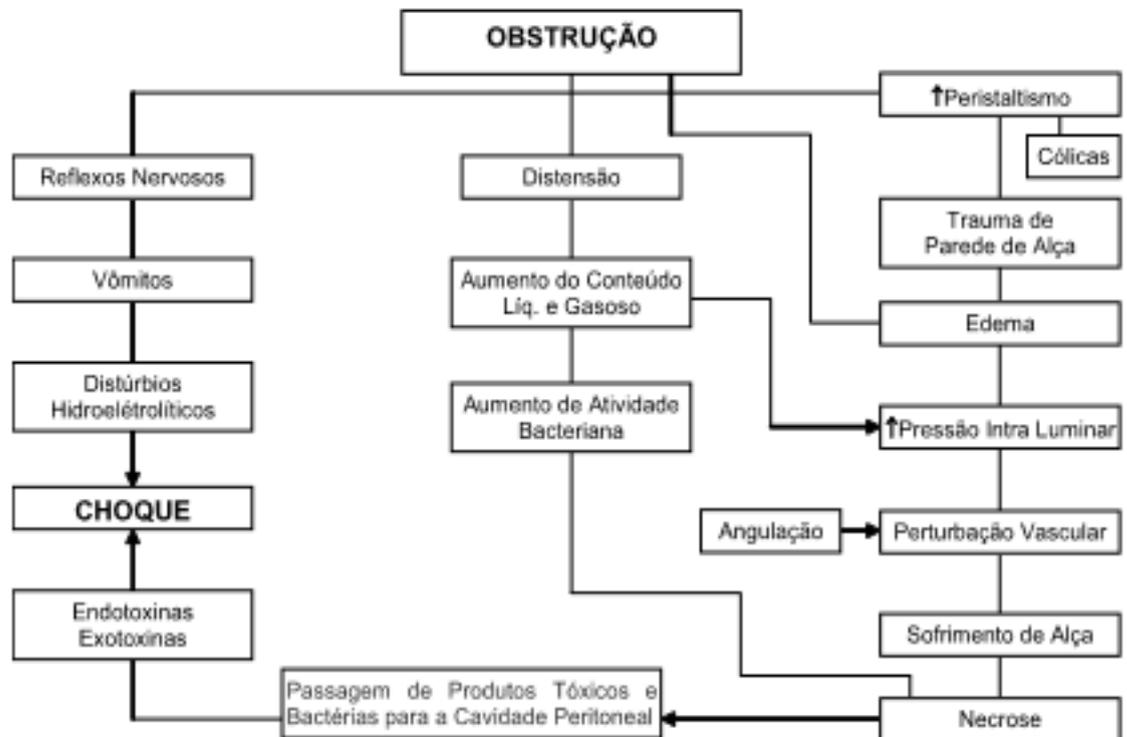
#### Objetivos:

Afastar Abdome Agudo Cirúrgico.  
 Afastar doenças clínicas que complicam  
 com Abdome Agudo.  
 Afastar doenças clínicas que matam.

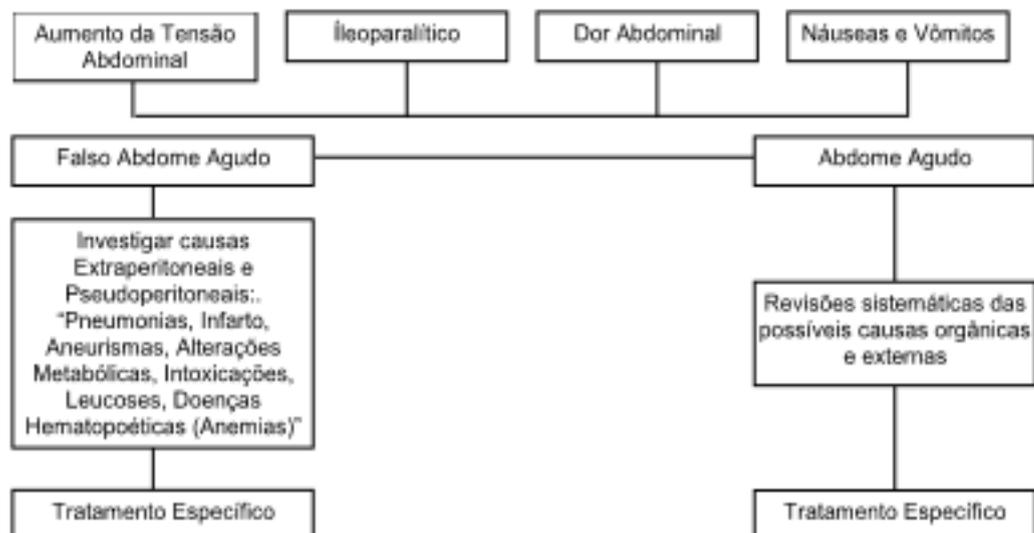
### ROTINA PRÉ - OPERATÓRIA:

Hemograma Completo  
 Glicemia  
 Creatinina  
 Coagulograma.  
 EAS  
 Ecografia Abdominal Superior ou Total.  
 Parecer Cardiológico

## OBSTRUÇÃO INTESTINAL FISIOPATOLOGIA



## ABDOME AGUDO DIAGNÓSTICOS

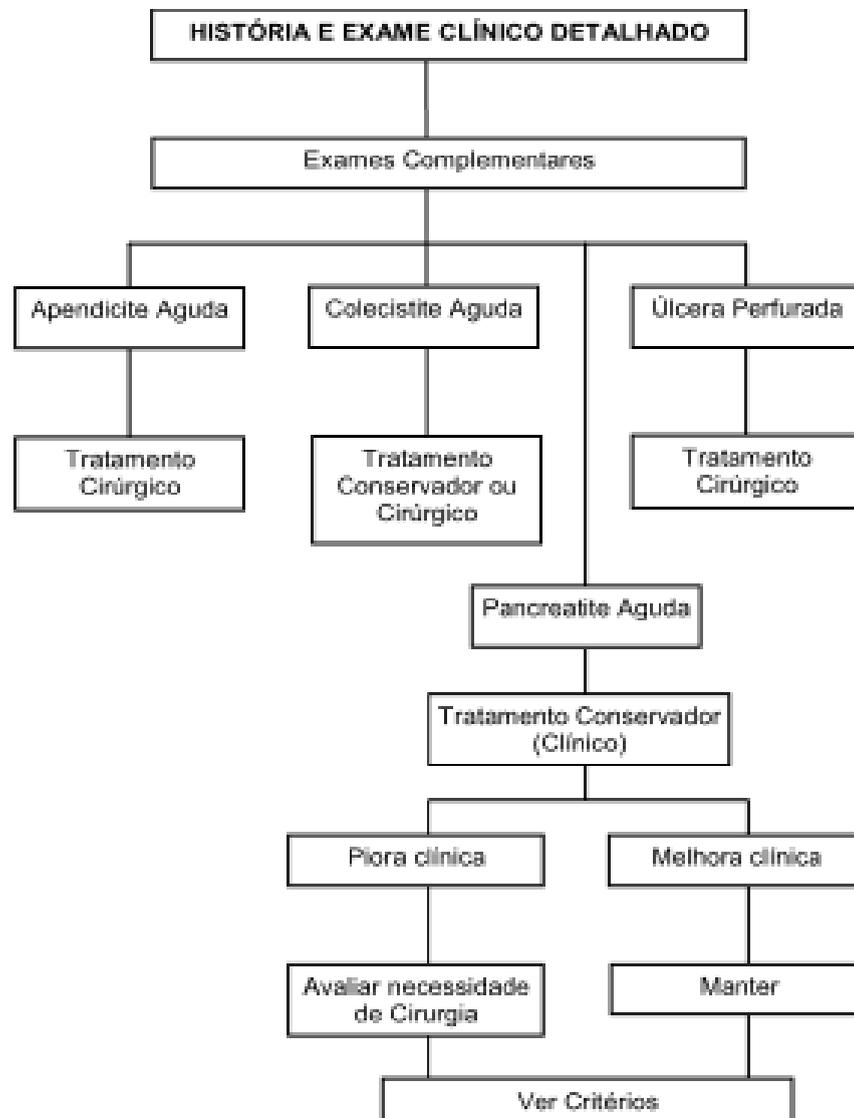


**OBS:**

Durante a fase de elucidação diagnóstica, deve-se prevenir o choque;

Exames Complementares: Hemograma, EAS e Rotina Radiológica para abdome agudo: Rx simples em AP, Rx Abdome em Decúbito Horizontal e Ortostase devem ser solicitados para todos os casos. Outros exames de valor Diagnóstico e Prognóstico devem ser solicitados de acordo com a necessidade.

## ABDOMEN AGUDO INFLAMATÓRIO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

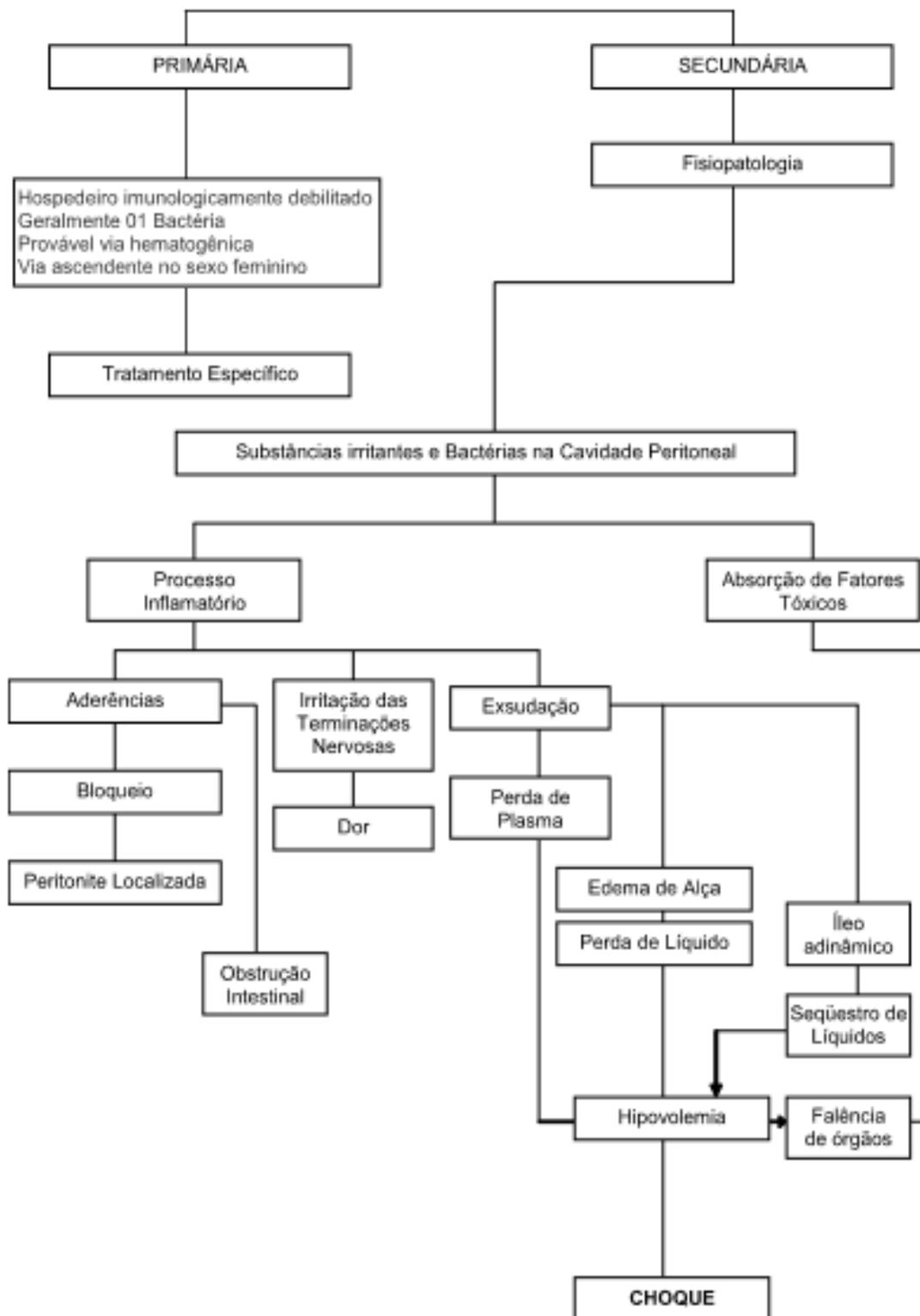


**OBS:**

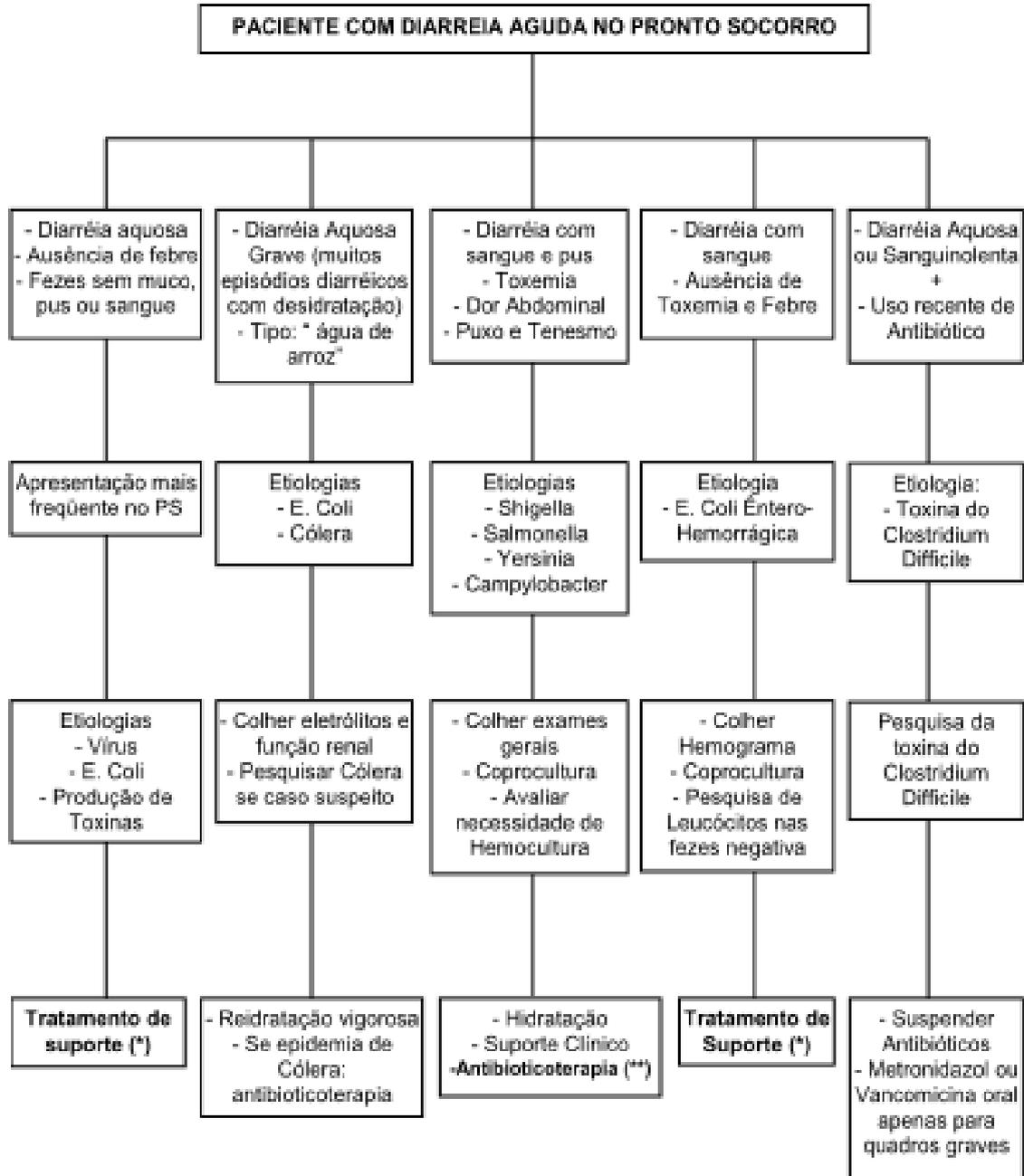
Prevenir o choque

Fazer exames de rotina para abdome agudo para todos os casos e exames específicos quando indicado.

## PERITONITES



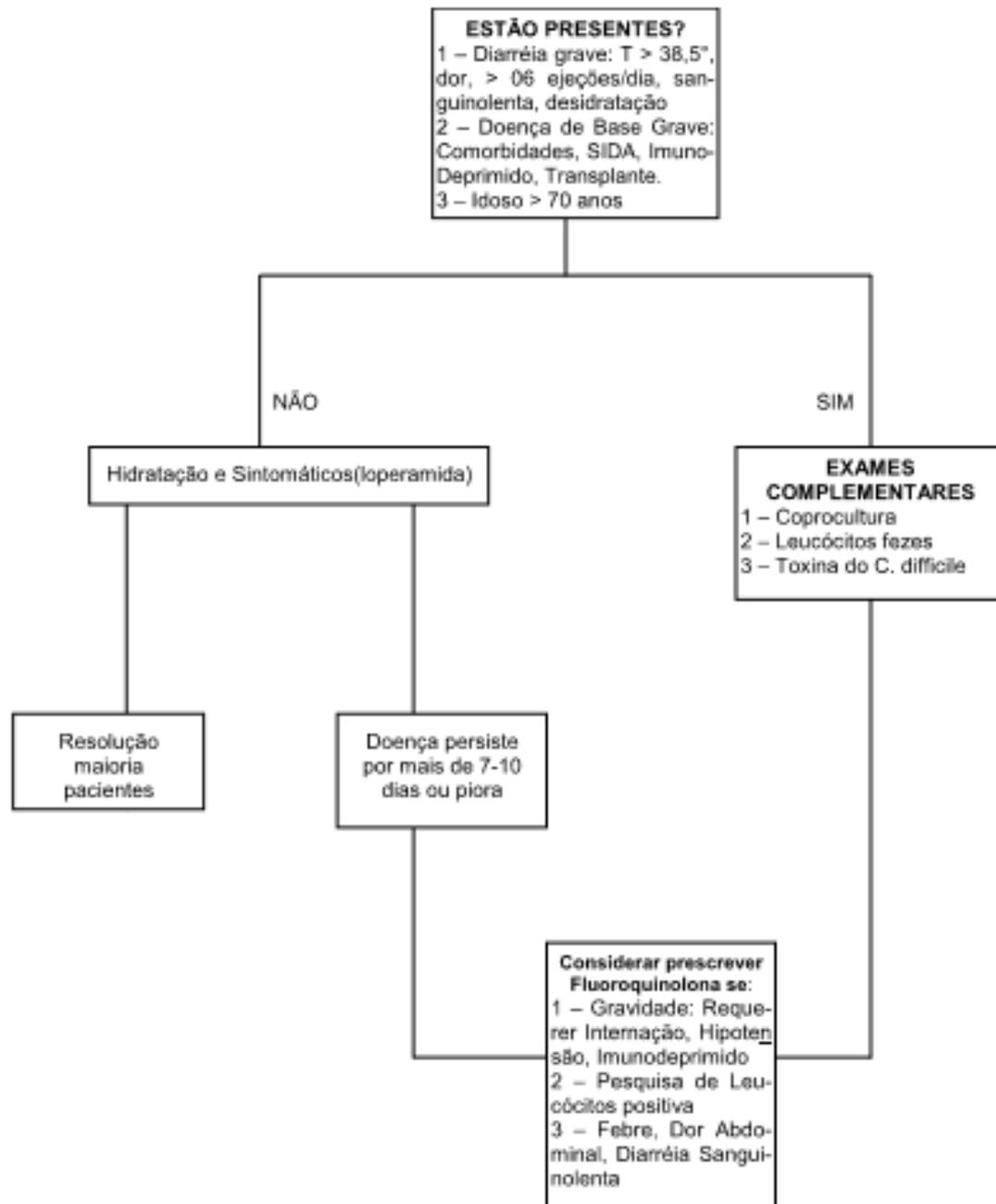
## DIARRÉIA AGUDA



(\*) - Tratamento de Suporte  
 1 - Dieta sem leite ou derivados  
 2 - Soro Oral  
 3 - Hioscina 20 mg/ml

(\*\*) - Antibióticoterapia Oral  
 1 - Sulfametoxazol + Trimetoprim – 1 comprimido 12/12h  
 2 - Tetraciclina 250mg – 2 comprimidos 6/6h  
 3 - Ciprofloxacina 500mg – 1 comprimido 12/12h  
 4 - Metronidazol 250mg – 8/8h  
 5 - Vancomicina 200mg – 8/8h

## DIARRÉIA AGUDA COM MAIS DE 7 DIAS



## PANCREATITE AGUDA – I

EXAMES	TRATAMENTO
Hemograma	Repouso absoluto
Uréia/Creatinina	Dieta zero
Sódio/Potássio	Sonda nasogástrica em caso de distensão abdominal ou vômitos
Glicemia	Sedar a dor
Transaminases	Tratamento de alterações hidroeletrólíticas
Fosfatase alcalina	Inibidores da bomba de prótons
Cálcio	Tratamento do choque ou hipovolemia com cristalóides
Proteínas totais e frações	Observar débito urinário e PVC
LDH	Identificar e tratar a hipovolemia
Amilase	Identificar e tratar a oligúria
Gasometria arterial	Antibióticos*

### CRITÉRIOS DE RANSON E COLS (1974,1981)

PANCREATITE NÃO-BILIAR	PANCREATITE BILIAR
À admissão	À admissão
1. Idade > 55 anos	1. Idade > 70 anos
2. Número de leucócitos > 16.000mm <sup>3</sup>	2. Número de leucócitos > 18.000mm <sup>3</sup>
3. Glicose > 200mg/dl	3. Glicose > 220mg/dl
4. TGO > 250UI/L	4. TGO > 250UI/L
5. LDH > 350UI/L	5. LDH > 250UI/L
Durante as 48 horas iniciais	Durante as 48 horas iniciais
6. Queda maior que 10% no hematócrito	6. Queda maior que 10% no hematócrito
7. Aumento no BUN > 5mg/dl	7. Aumento da uréia > 2mg/dl
8. Cálcio sérico < 8mg/dl	8. Cálcio sérico < 8mg/dl
9. PaO <sub>2</sub> < 60mmHg	9. Déficit de base > 5mEq/L
10. Déficit de base > 4mEq	10. Sequestração hídrica > 4 litros
11. Sequestração hídrica > 6 litros	

Letalidade – < 3 sinais – 0,9%; 3-4 sinais – 16%; 5-6 sinais – 40%; > 6 sinais – 100%.

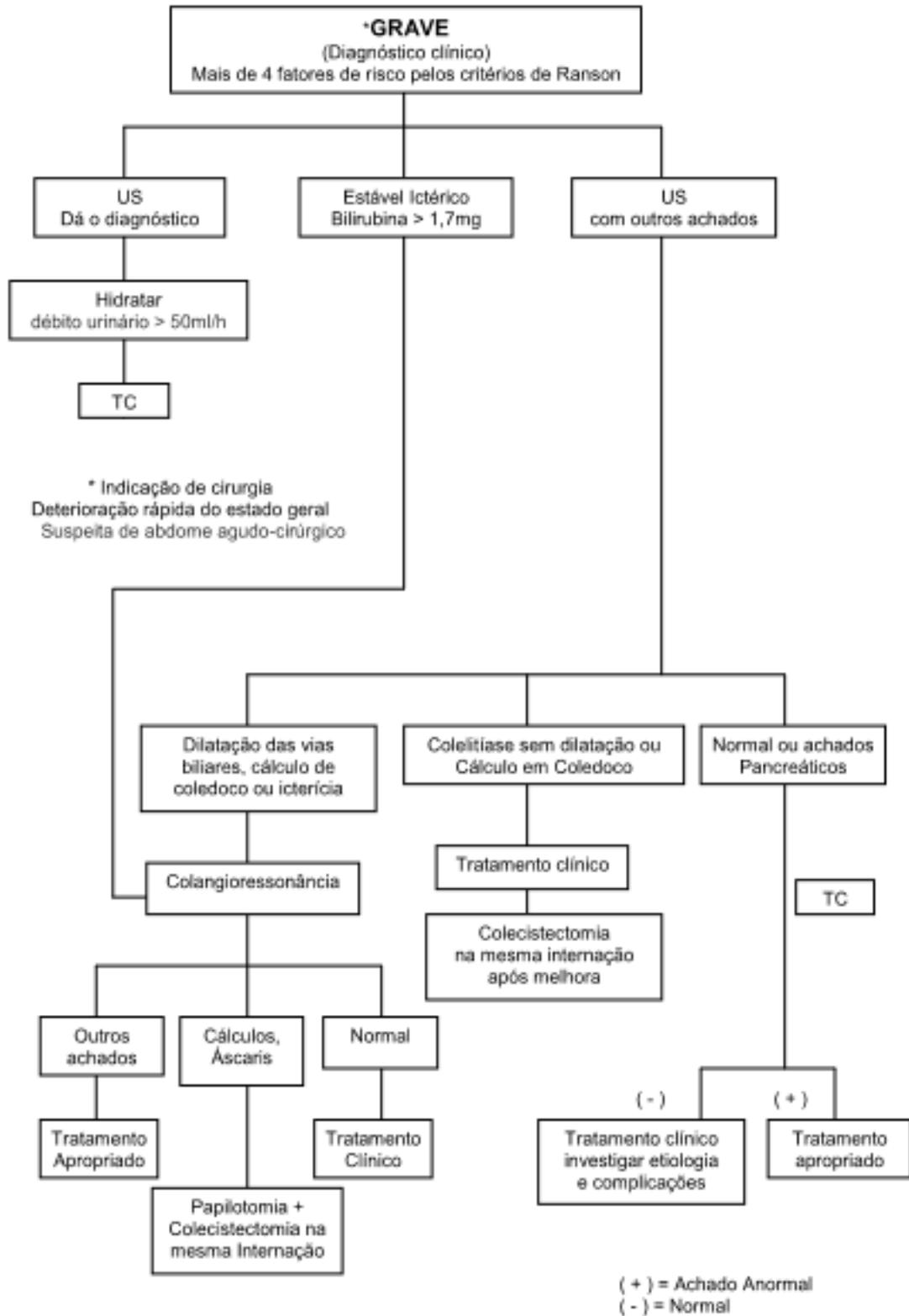
### PANCREATITE AGUDA GRAVE

(Insuficiência de Órgãos e Sistemas)

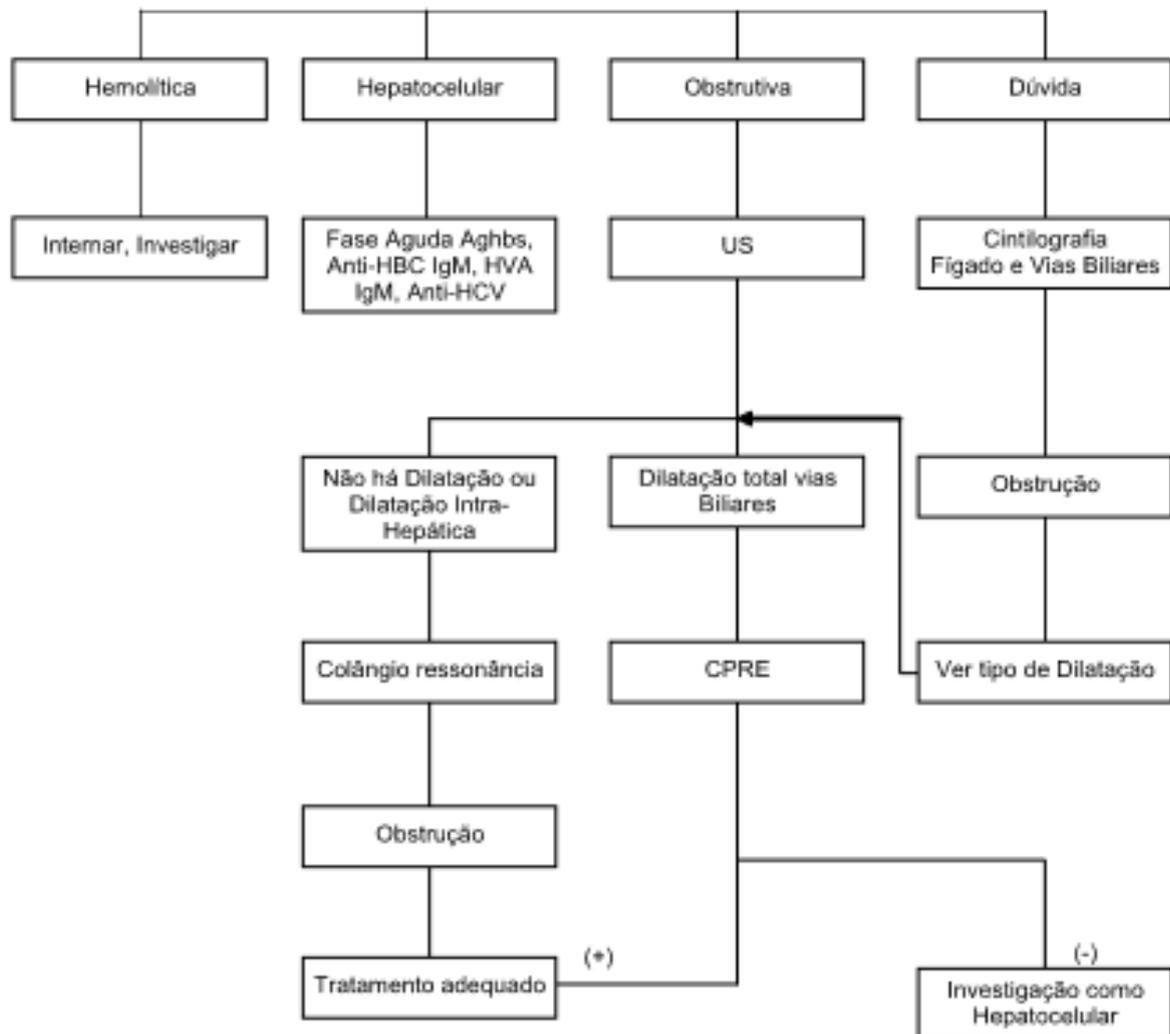
ÓRGÃOS/SISTEMAS	DADOS QUE CARACTERIZAM A INSUFICIÊNCIA
Cardiovascular	PAM < 50mmHg ou PAM > 100mmHg com hidratação IV e droga vasoativa. FC < 50bpm. Taquicardia ventricular/fibrilação. PCR. IAM.
Pulmonar	Ventilação mecânica > 3 dias com FIO <sub>2</sub> > 40% e/ou PEEP > 5cm H <sub>2</sub> O.
Renal	Creatinina > 3,5mg/dl. Diálise/Ultrafiltração.
Neurológico	Glasgow < 6 ( sem sedação).
Hematológico	Hematócrito < 20%. Leucócitos < 3.000. Plaquetas < 50.000.
Hepático	CIVD.
Gastrointestinal	BT > 3,0mg/dl, na ausência de hemólise. TGP > 100UL. LAMG com necessidade de transfusão de mais que duas unidades por 24 horas. Colecistite alitiásica. Enterocolite necrotizante. Perfurações intestinais.

ANTIBIÓTICOS: (\*) Casos muito graves. (\*) Suspeita de Infecções. (\*) Colangite ou Colecistite

## PANCREATITE AGUDA – II



## ICTERÍCIA



(\*) = Achado anormal  
 (-) = Normal

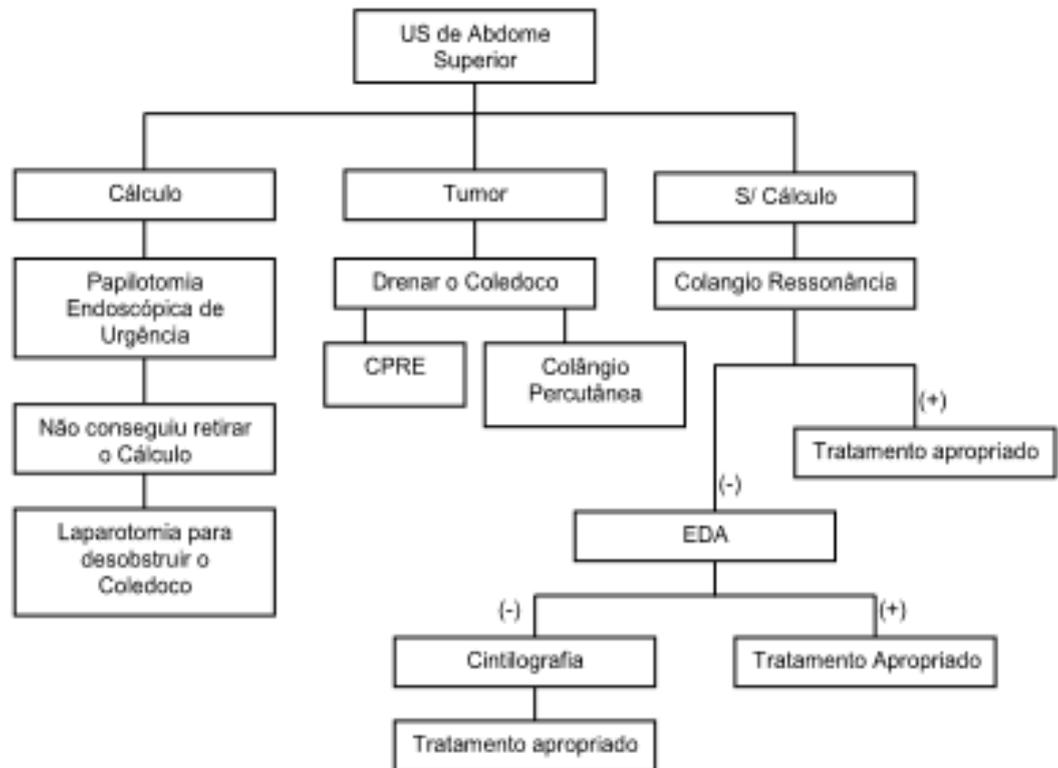
### EXAMES

Hemograma/plaquetas  
 Sumário de urina  
 Amilase  
 Tempo de Protrombina  
 Transaminases, Gama GT

### MEDIDAS GERAIS

Venóclise  
 Sintomáticos  
 Vitamina K 10mg/ dia

## COLANGITE



- 1- Tratamento cirúrgico
- 2- Antibioticoterapia
- 3- Manter diurese > ou = 70ml/hora
- 4- Estimular diurese
- 5- Proteção mucosa gástrica
- 6- Tratar alterações hemodinâmicas

Colangite tóxica: Desobstruir

Após estabilização 12 a 24h:

Cálculo e/ou Áscaris → Papilotomia

Tumores e ou estenoses → Descompressão Transparietal → Tratamento Apropriado

Amicacina + Metronidazol + (Ciprofloxacina ou Ampicilina Subactan)

Reposição Hídrica Isosmolar + Dopamina + Dourético (Pam >80)

Bloqueador H2

Intra-Cath – Hidratação

SNG se indicado (Distensão Abdominal/Vômitos)

Sonda Vesical

Débito Urinário > 70ml/h

Ht > 30 Hb > 10 Alb > 3.5

PaO2 > 70

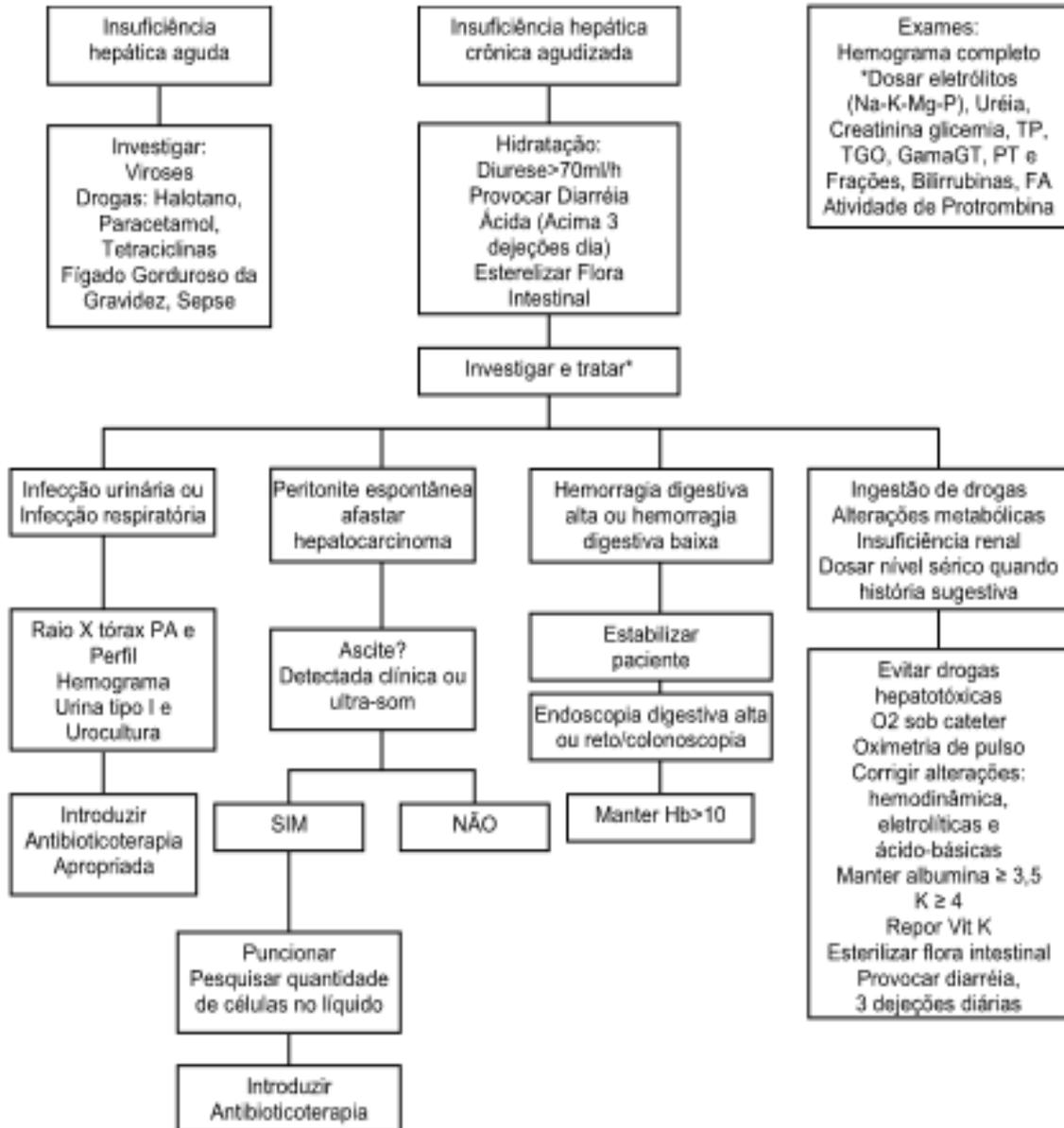
Exames: Hemograma, Plaquetas, TP, Na, K, TGO, TGP, Gama GT, FA, Bilirubinas,

Ur, Cr, Amilase, PT e Frações

Tratamento Apropriado, Drenagem

(\*) Desobstrução – CPRE – Derivação Cirúrgica - Punção

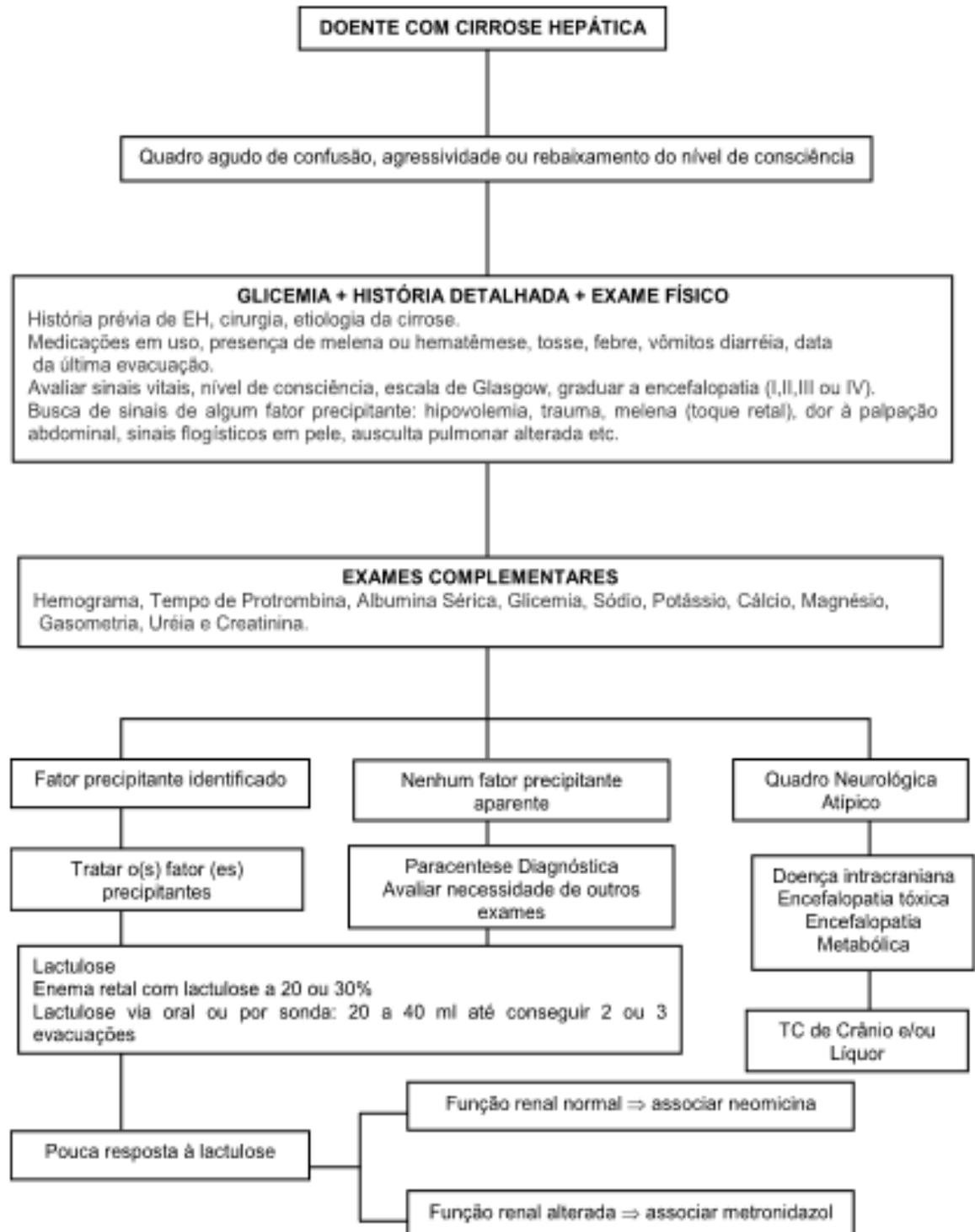
## INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA



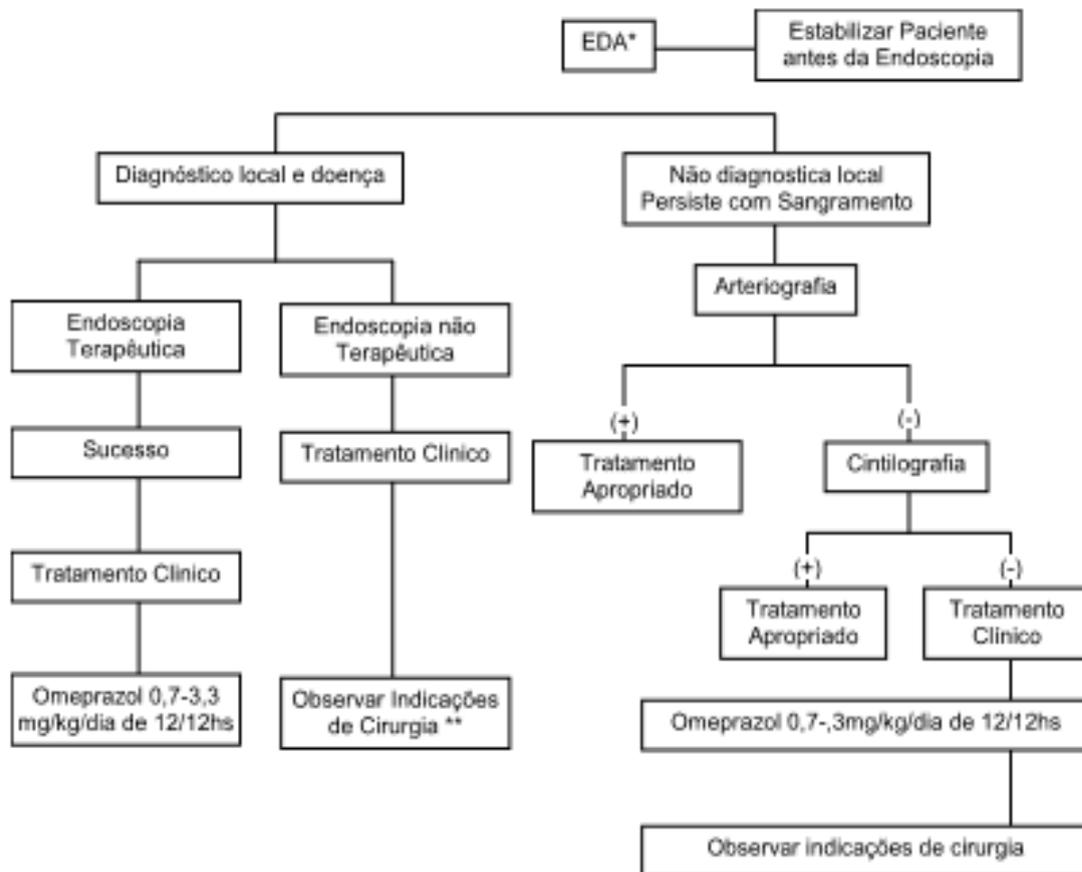
CLASSIFICAÇÃO DE CHILD TURCOTTE			
GRUPOS:	A	B	C
Bilirrubinas (mg/dl)	< 2.0	2.0 - 3.0	> 3.0
Albumina (g/dl)	> 3.5	3.0 - 3.5	< 3.0
Ascite	Não	Facilmente controlável	De difícil controle
Alterações neurológicas	Não	Leves	Acentuadas
Estado nutricional	Bom	Regular	Mal

\*Paciente com hipoalbuminemia necessita utilizar colóides + cristalóides para estabilização hemodinâmica por sangramento.

## ABORDAGEM DA ENCEFALOPATIA HEPÁTICA



## HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA I



### \*\* INDICAÇÕES DE CIRURGIA:

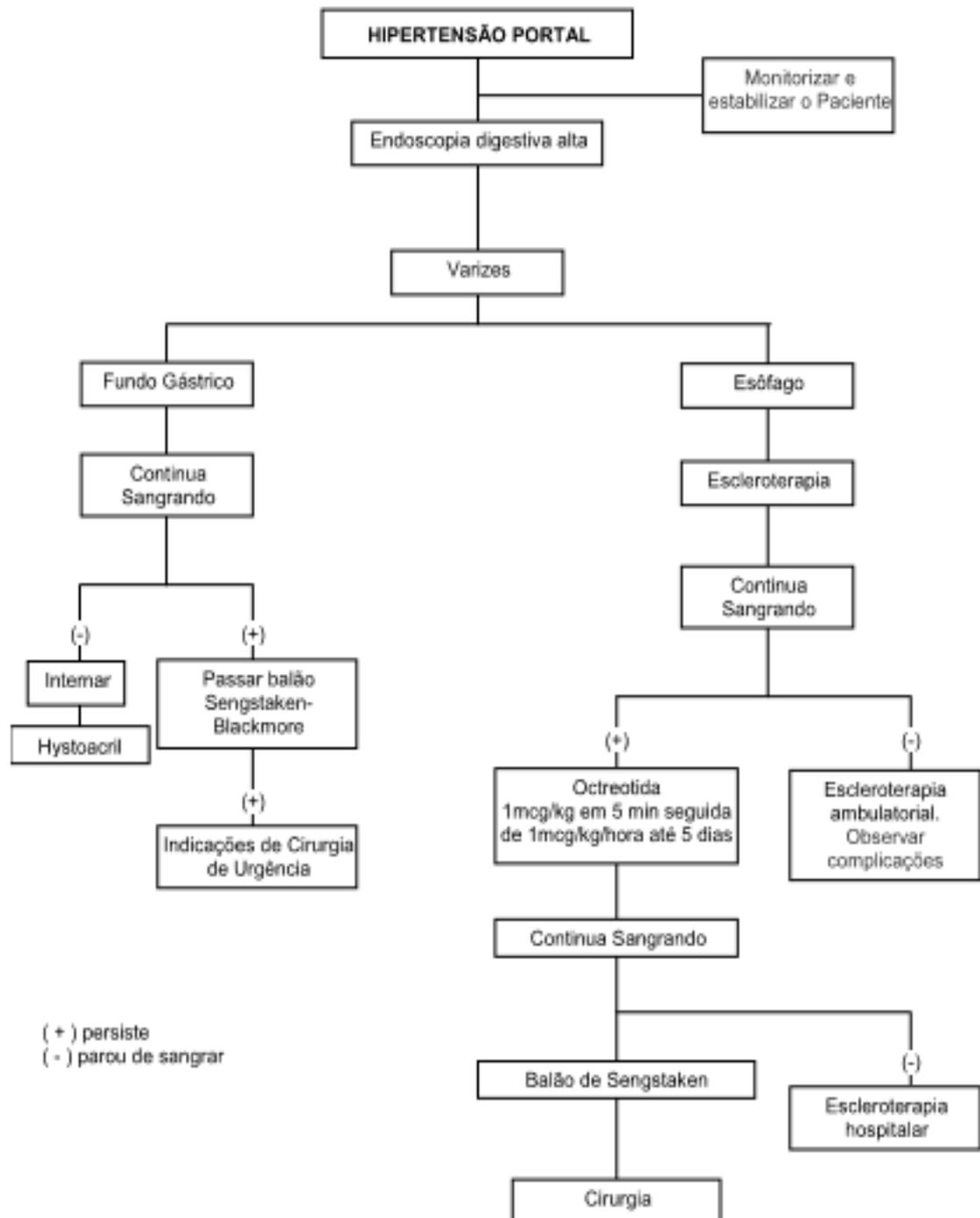
- pac. Portador de Ca com hemorragia;
- pac. Com hemorragia e obstrução ou perfuração;
- pac. Que sangra, pára e retorna a sangrar (exclui os que podem ser resolvidos endoscopicamente)
- pac. Portador de sangue raro
- pac. Que necessita de transfusão de 8/8 hs para manter Ht>25 e Hb > 8
- pac. Que sangrou durante tratamento clínico.

Caso sangramento persista em varizes de esôfago após esclerose, usar somatostatina (Sandostatin) – dose inicial de 1-2 mcg/kg em 2-5 min. Em seguida 1 mcg/kg/hora.

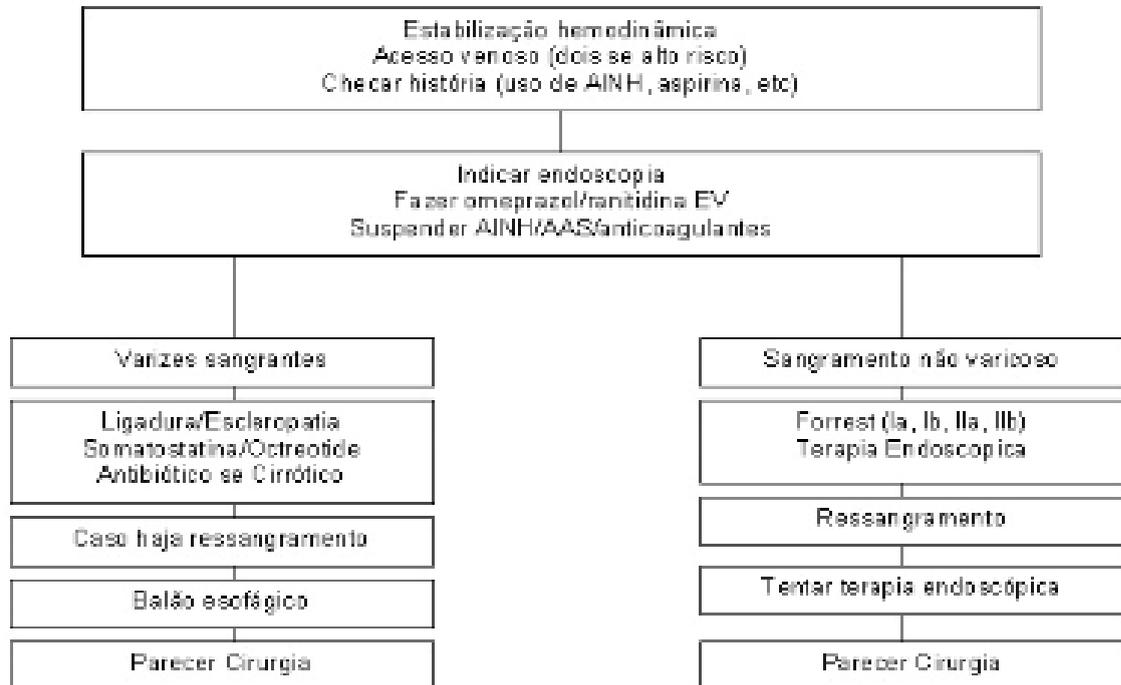
(+) encontrou sangramento local

( - ) Não encontrou

## HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA II



## HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA III



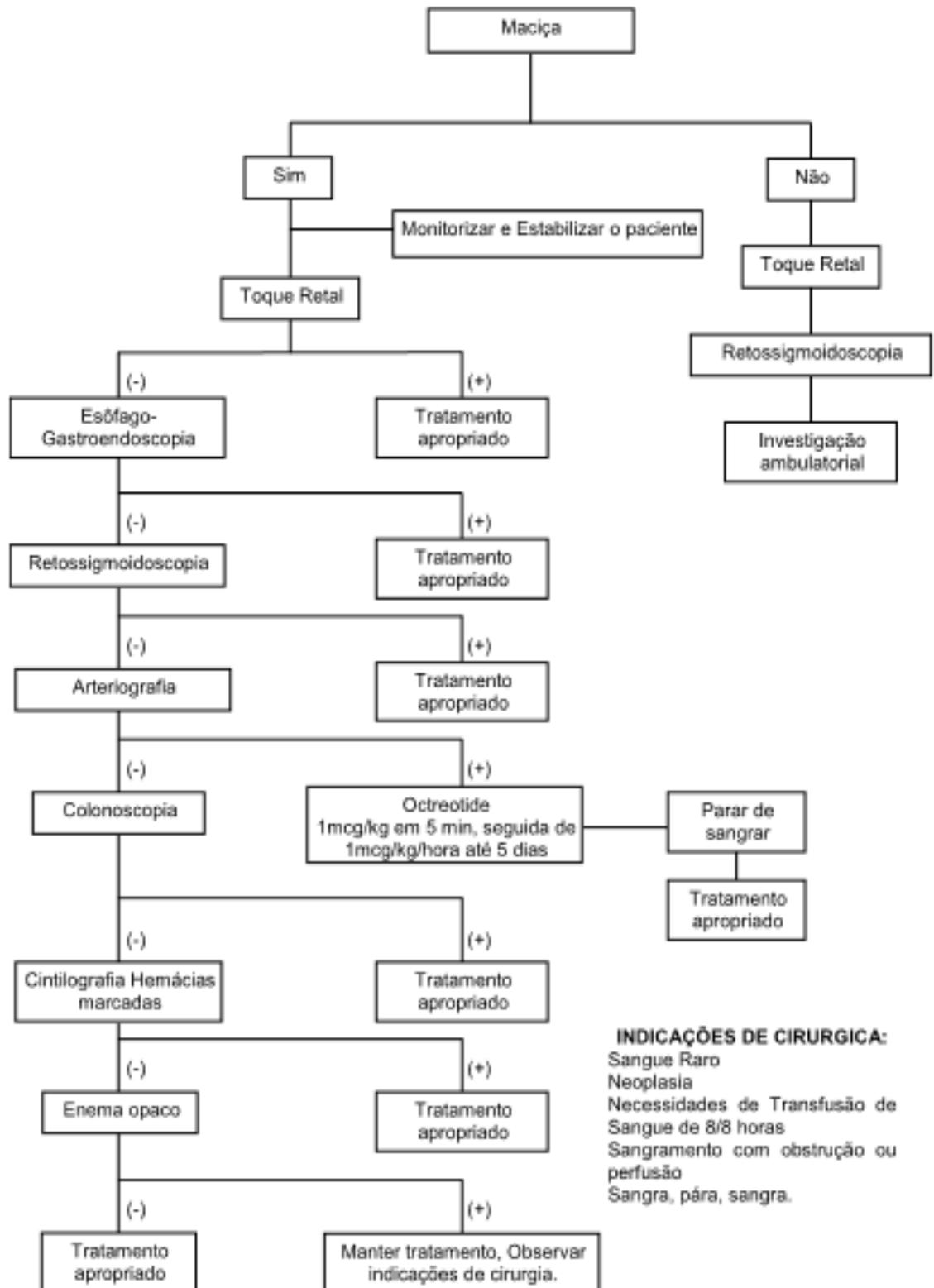
**TABELA 1 – FATORES DE RISCO PARA PROGNÓSTICO RUIM**

Idoso (>60 anos) Comorbidades Sangramento ativo (hematemese, sangue vivo na SNG, hematoquezia) Hipotensão ou choque Transfusão = unidades Paciente internado antes do sangramento Coagulopatia Severa
---

**TABELA 2: ESTIGMAS DE ULCERA HEMORRÁGICA E RISCO DE RESSANGRAMENTO SEM TERAPIA ENDOSCÓPICA**

Estigmas (Class. Forrest)	Risco de ressangramento sem terapia endoscópica
Sangramento arterial ativo (spurting) F-I	Aproximadamente 100%
Vaso visível não sangrante F – IIa	Até 50%
Coágulo aderente, não sangrante F – IIa	30 – 35%
Úlcera (sem outros estigmas) F # C	10 – 27%
Úlcera base limpa / F – III	<3%

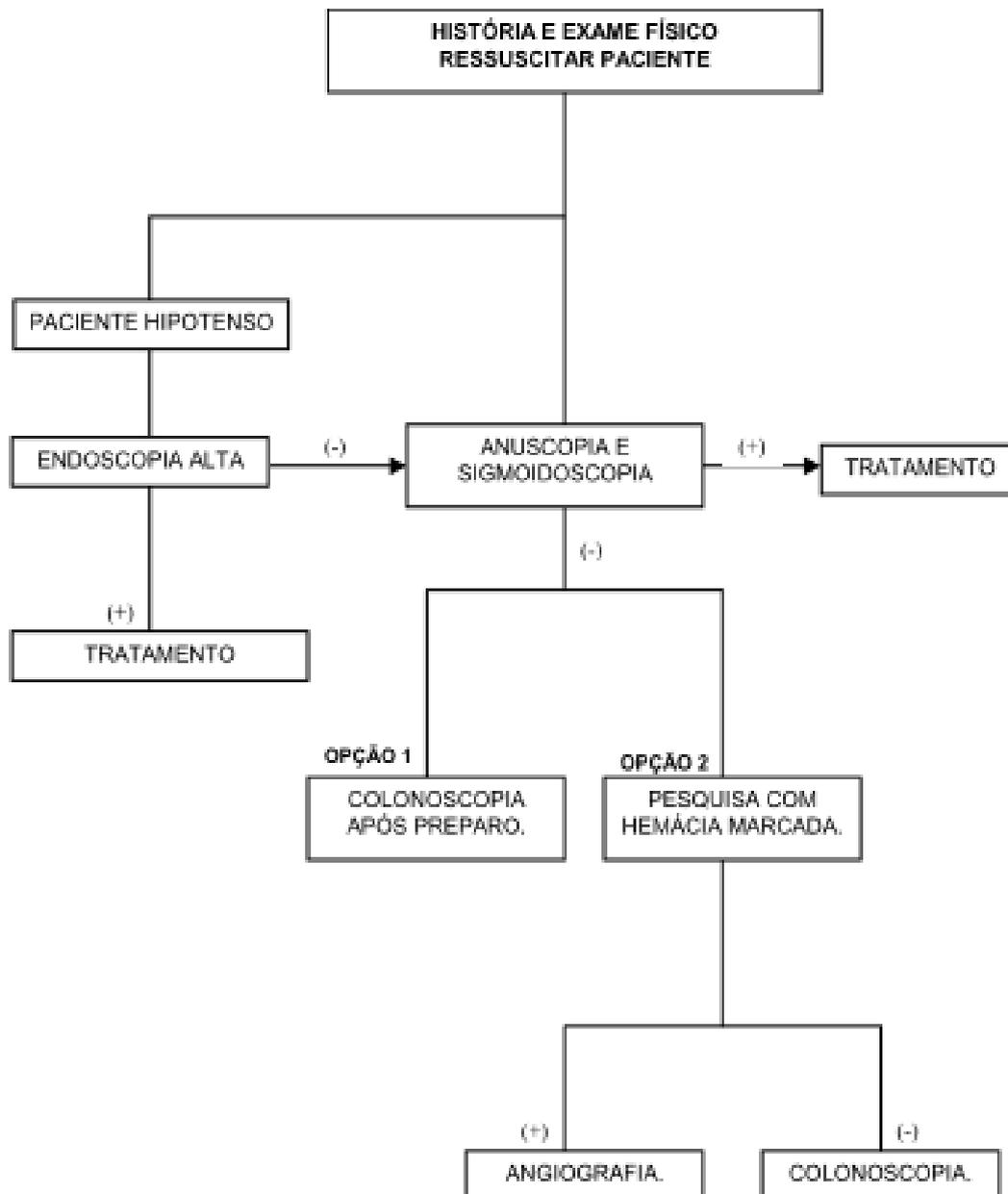
## HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA



### INDICAÇÕES DE CIRURGIA:

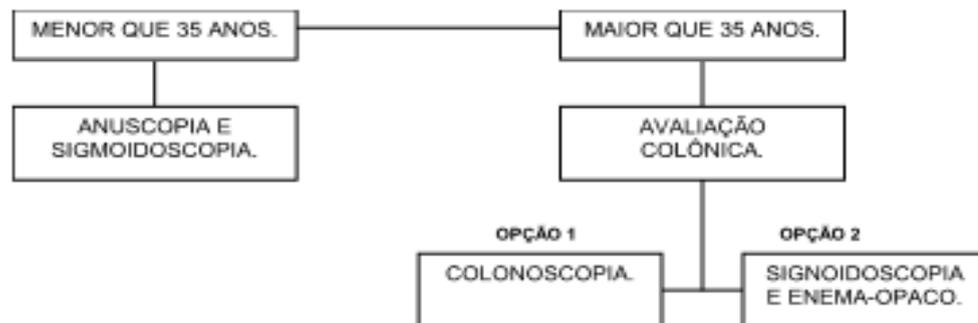
Sangue Raro  
 Neoplasia  
 Necessidades de Transfusão de Sangue de 8/8 horas  
 Sangramento com obstrução ou perfusão  
 Sangra, pára, sangra.

## HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA SEVERA

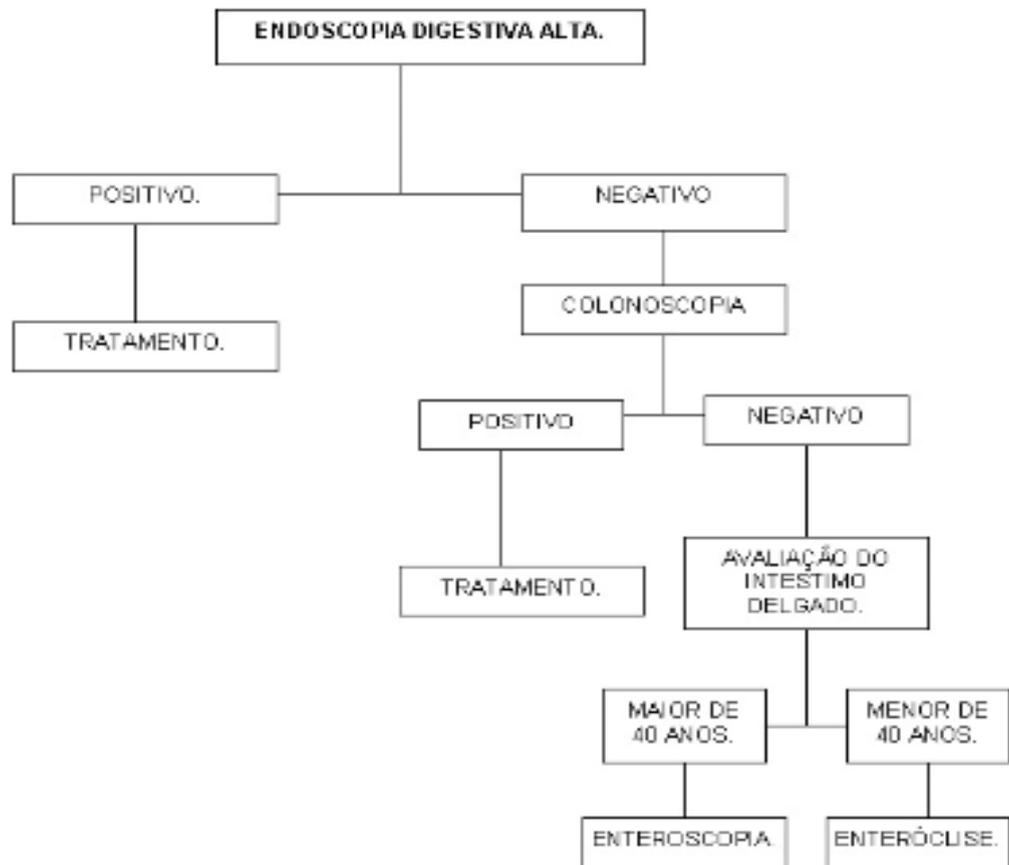


\* O Tratamento Cirúrgico estará intimamente relacionado com o diagnóstico etiológico; Topografia da Lesão e Experiência do Serviço.

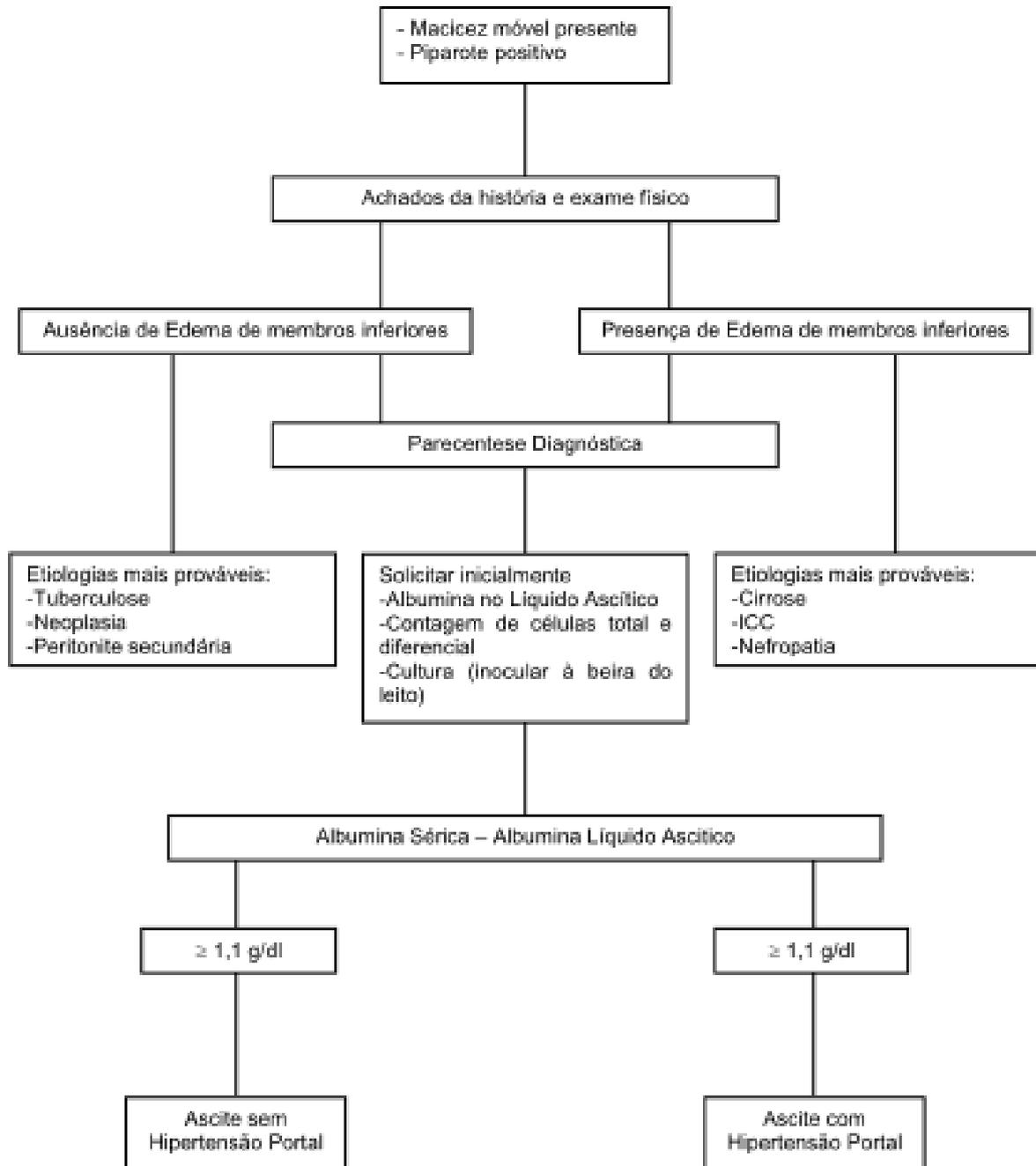
## HEMATOQUEZIA



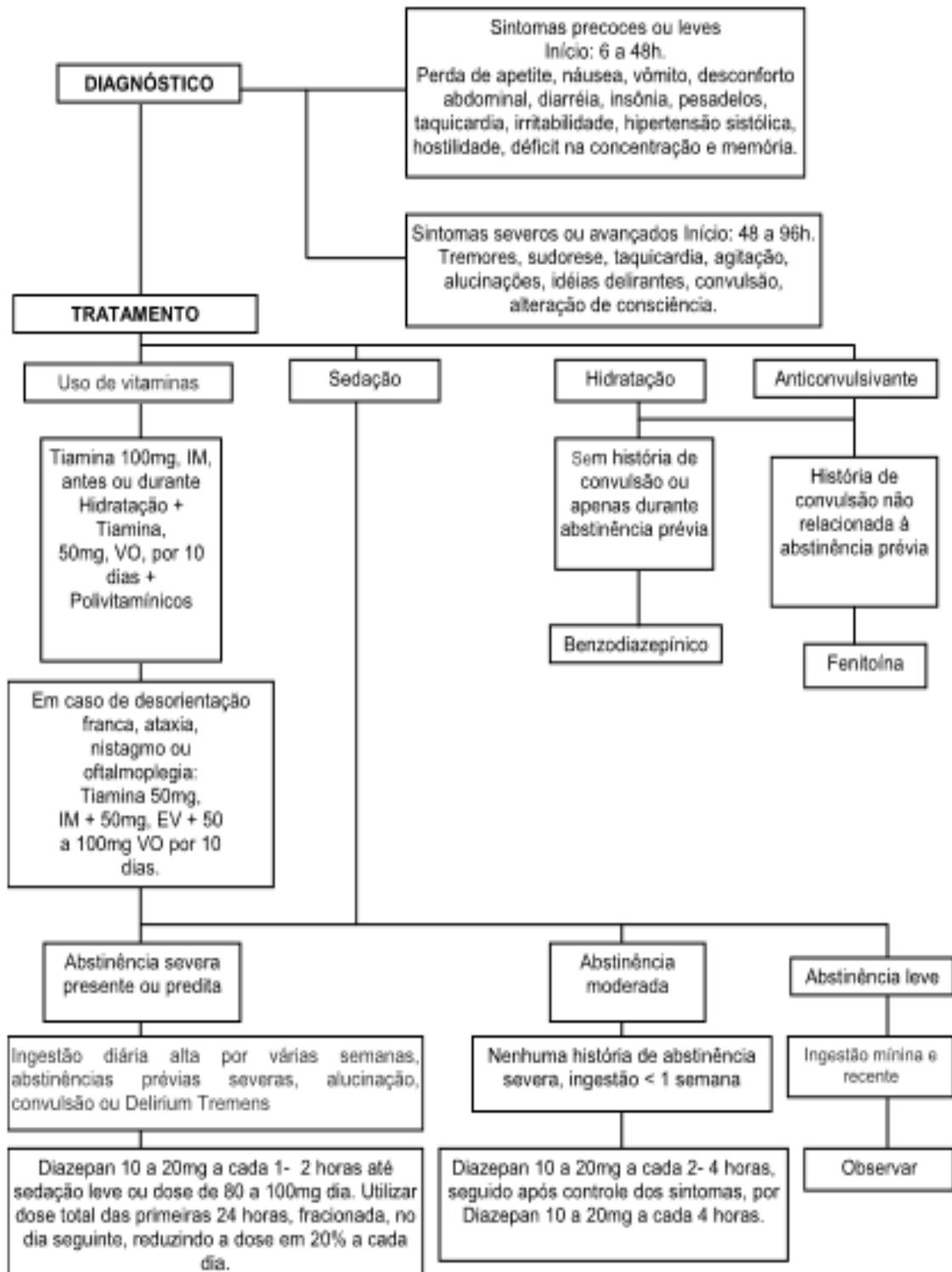
## MELENA



## ASCITE NO PRONTO-SOCORRO



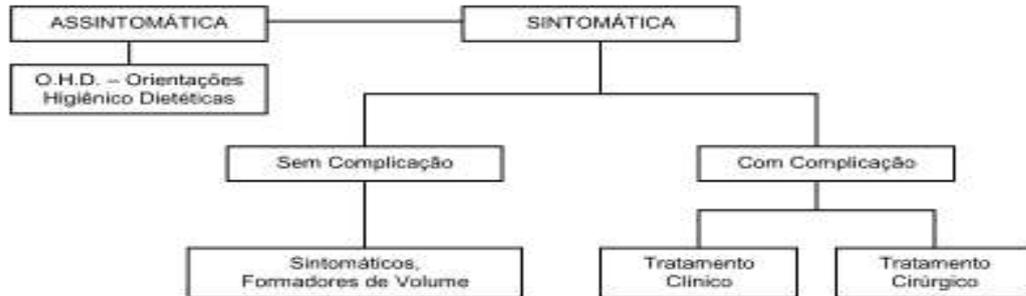
## TRATAMENTO DA ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA



**OBS.:**

1. Lorazepan poderá ser usado no caso de cirrose, na dose de 02 a 04mg a cada 1-2 horas, até sedação leve;
2. Se houver reação adversa ao Benzodiazepínico, usar Fenobarbital como substituto (100-200mg a cada 1-2 horas, até sedação leve);
3. Observar a possibilidade de outra droga associada;
4. Se o paciente tem história de convulsão durante abstinência, reduzir o benzodiazepínico de forma mais lenta.

## DOENÇA DIVERTICULAR DOS CÓLONS



## ABCESSO ANORRETAL

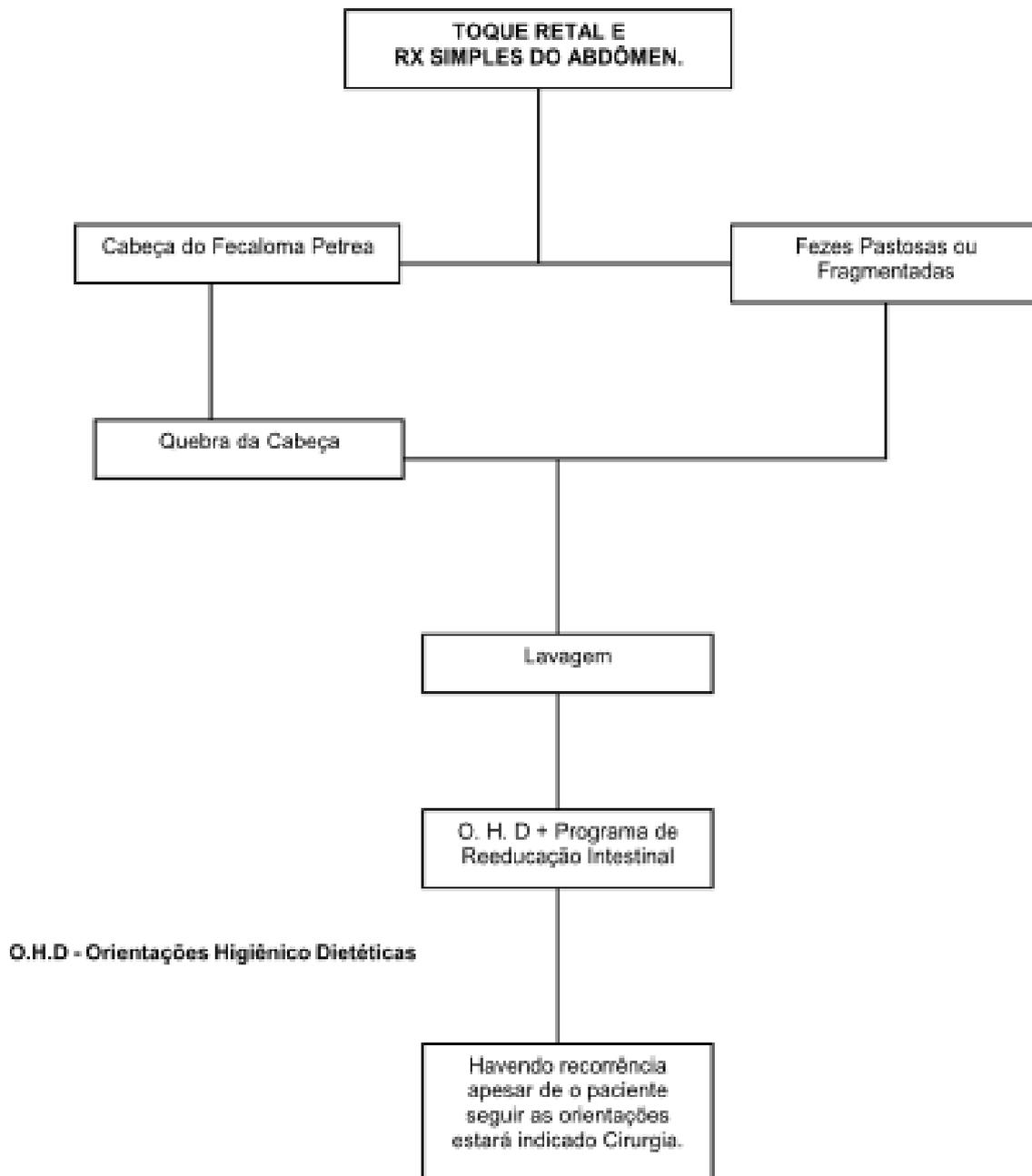


\* USO DO ANTIBIÓTICO:

- a) Manifestações sistêmicas;
- b) Imunodeprimidos;
- c) Celulite associada.

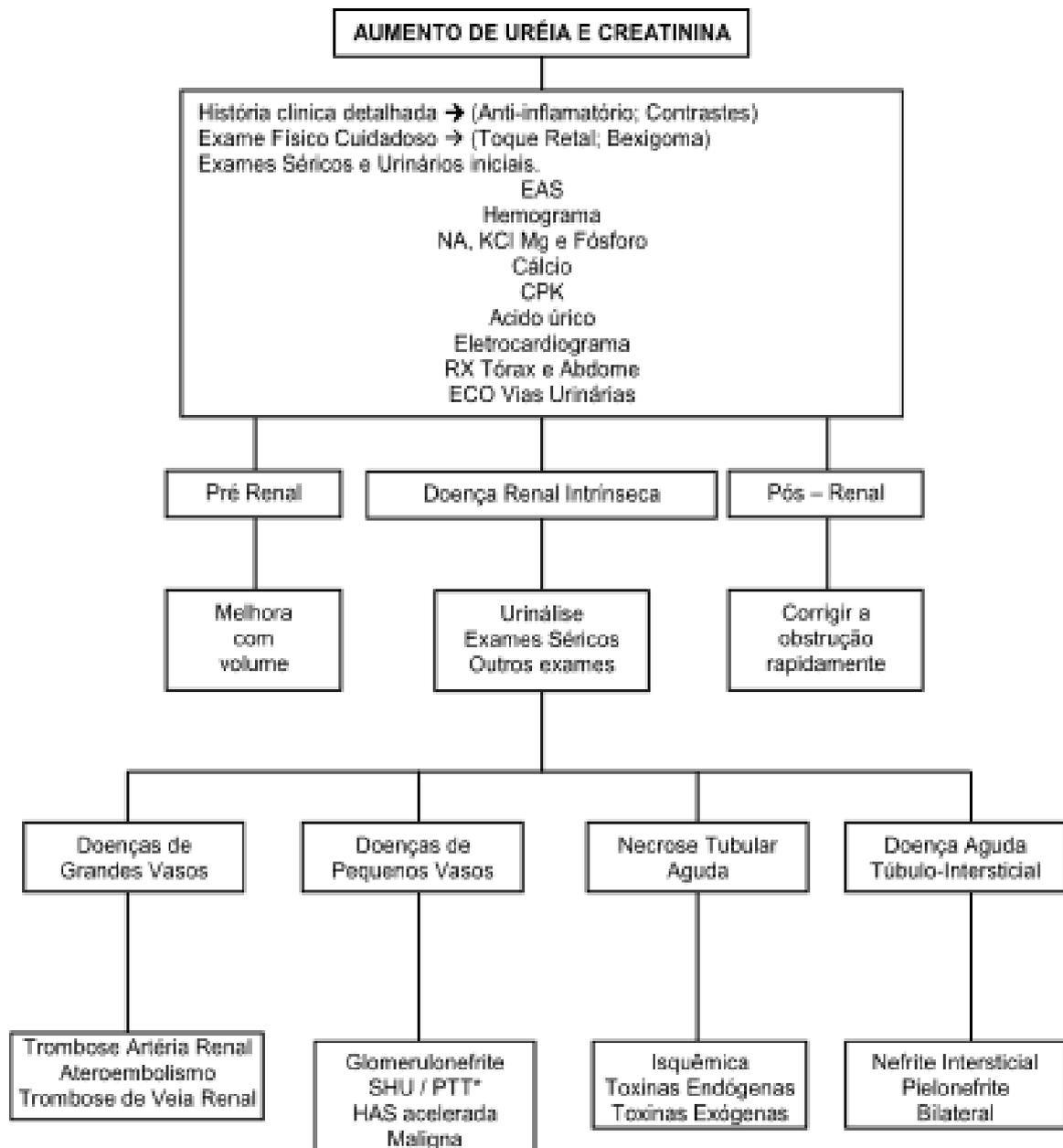
\* ANTIBIÓTICO DE 1ª LINHA.  
ANTIBIÓTICO DE AMPLO ESPECTRO

## FECALOMA



\* A Cirurgia será aquela em que o serviço tenha maior experiência.

## INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA



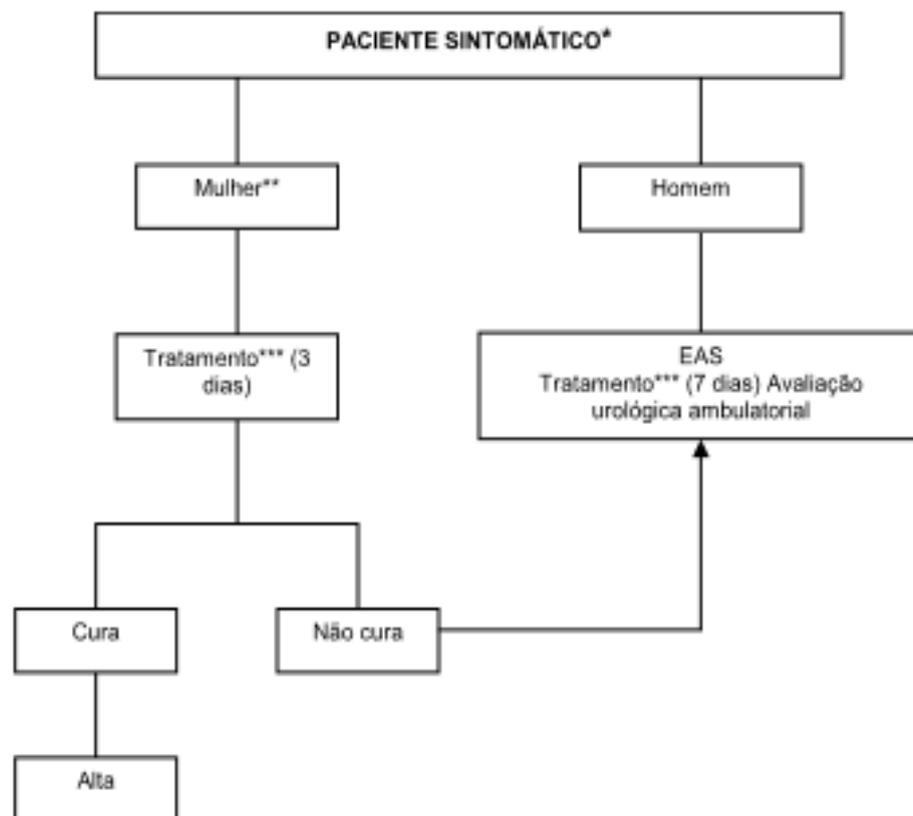
\*SHU: ( Síndrome Hemolítico - Urêmica)

\*PTT: (Púrpura Trombocitopênica Trombótica)

## INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO

A infecção do trato urinário (ITU) é a infecção bacteriana mais comum no ser humano, ocorre em todas as faixas etárias, em ambos os sexos, sendo mais freqüente nas mulheres (10 a 20% delas apresentarão um episódio em suas vidas). A ITU pode se apresentar de duas formas: não-complicadas (sem alterações anatômicas ou doenças associadas sistêmicas) e complicadas (com o trato genitourinário anormal, seja de modo funcional ou estrutural). Além disso, dividem-se baixa e alta, sendo a primeira com quadro clínico de disúria, polaciúria, urgência miccional e dor suprapúbica, enquanto a segunda se caracteriza por dor no flanco, febre, náuseas, vômitos e punho percussão presente. O diagnóstico é feito pelo quadro clínico acima descrito associado ao achado de urocultura positiva (mais de 100mil unidades formadoras de colônia – UFC – por ml)

### INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO BAIXO



\* Sintomas: disúria, Polaciúria, urgência miccional e dor suprapúbica

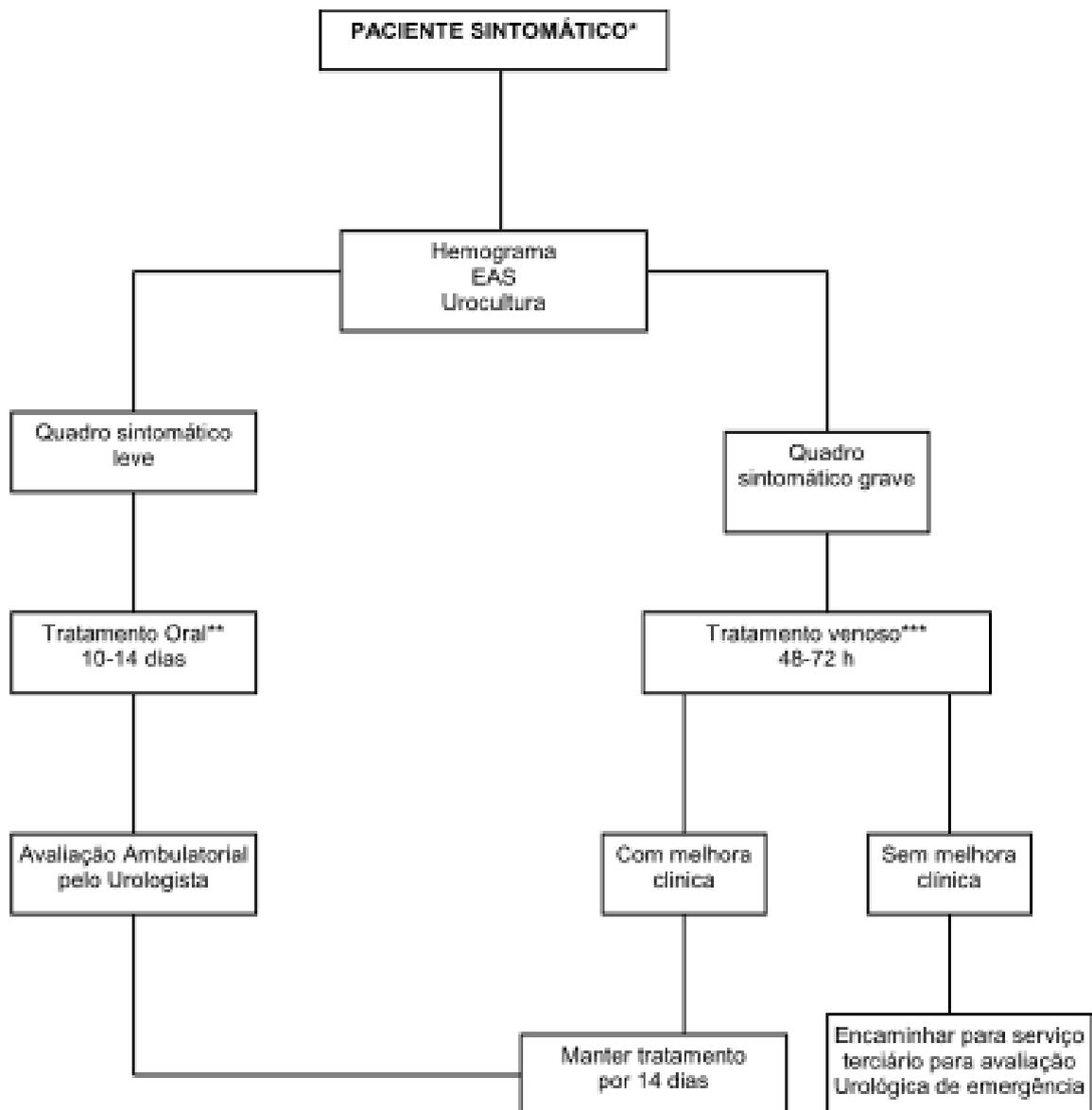
\*\*Em caso de mulheres gestantes, encaminhar para avaliação obstétrica imediata.

Em caso de recidiva solicitar exames (EAS, urocultura e antibiograma) e tratar conforme o Antibiograma. Após, encaminhar para avaliação urologia ambulatorial.

\*\*\*Quinolonas, fluorquinolonas e sulfá - trimetoprim.

Em caso de pacientes idosos e/ou com co-morbidades (EX. diabetes, Imunossupressão)

## INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ALTO



\* Sinais e sintomas: dor no flanco, febre > 38°C, náuseas/vômitos e punho percussão presente.

\*\* Preferencialmente quinolona.

\*\*\* Ciprofloxacino, Ampicilina-sulbactam, Aminoglicosídeo, Cefalosporinas de 2ª ou 3ª geração e Imipenem+clastafina.

## CÓLICA URETERAL

Definição: sintoma urológico muito freqüente e expressa uma obstrução ureteral aguda de etiologia diversa. Tem sintomatologia típica e dificilmente é confundida com sintomatologia de outros órgãos.

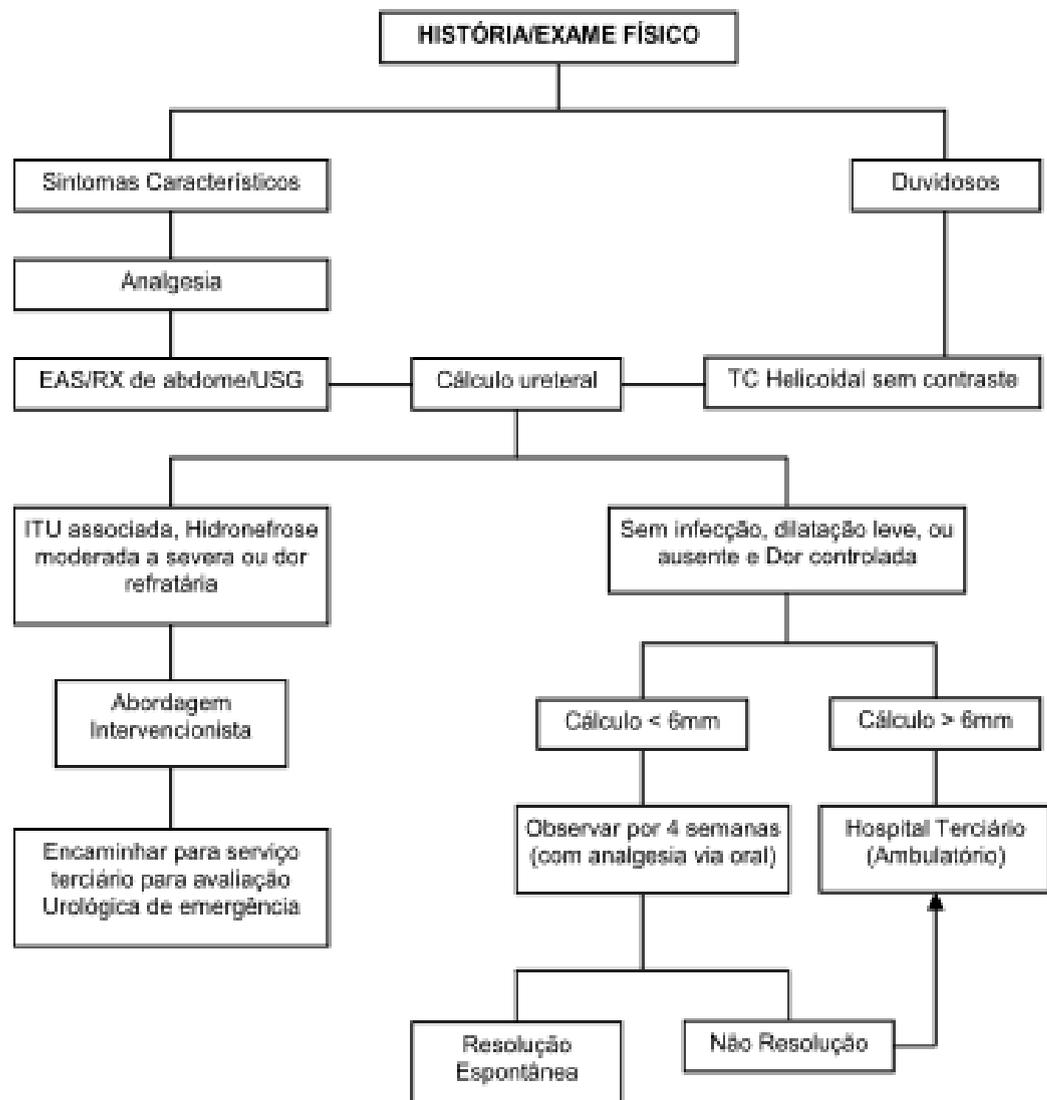
O tratamento inicial é o controle da dor que pode ser iniciado da seguinte forma:

- EV { - Dipirona 03 mL  
 - Hioscina 02 mL  
 - Água destilada 10 mL
- IM - Diclofenaco sódico 75 mg

A metoclopramida pode ser adicionada a este esquema.

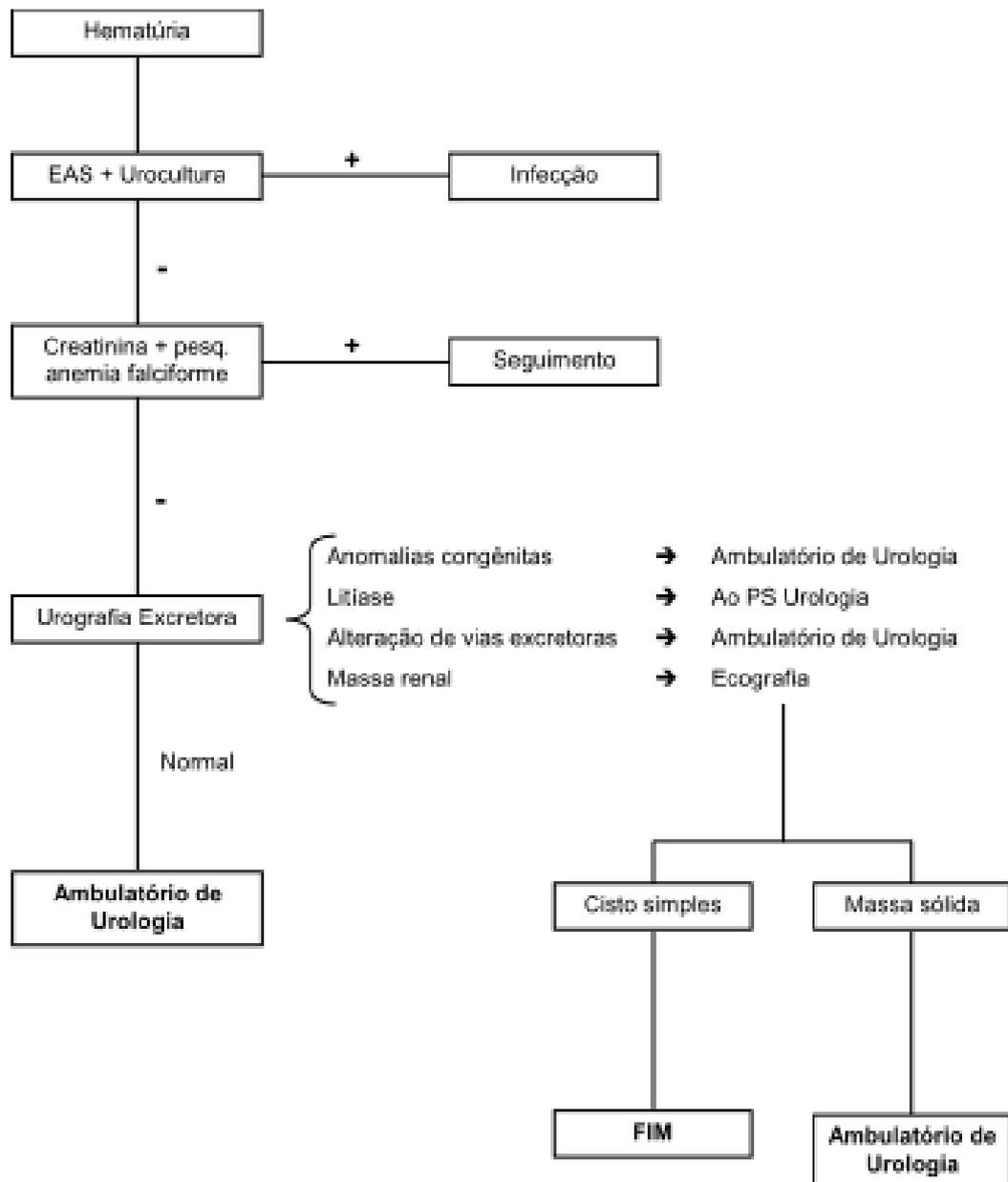
Quando não for conseguida resposta adequada deve ser associado opióide.

Nos casos de cálculos < 6 mm sem infecção ou dilatação, nos quais será tentado o tratamento conservador, pode ser prescrito hioscina associada à dipirona e um anti-inflamatório não esteróide por via oral.

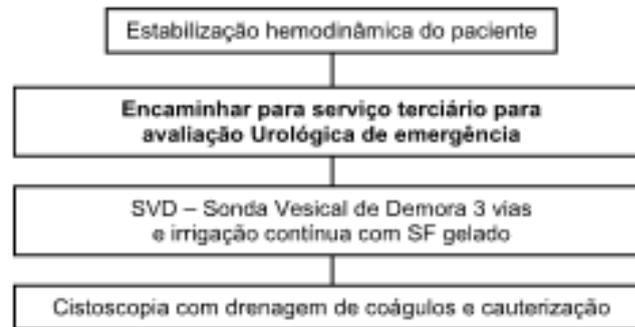


## HEMATÚRIA

A hematuria pode representar a única manifestação de diversas doenças do TGU. Logo é um sinal clínico de grande significado. O objetivo da investigação é afastar o diagnóstico de afecções graves e potencialmente curáveis mediante intervenção precoce. Aproximadamente 5 a 20% das hematurias microscópicas e assintomáticas ocorrem por doenças urológicas significantes e 13% são representados por neoplasias.

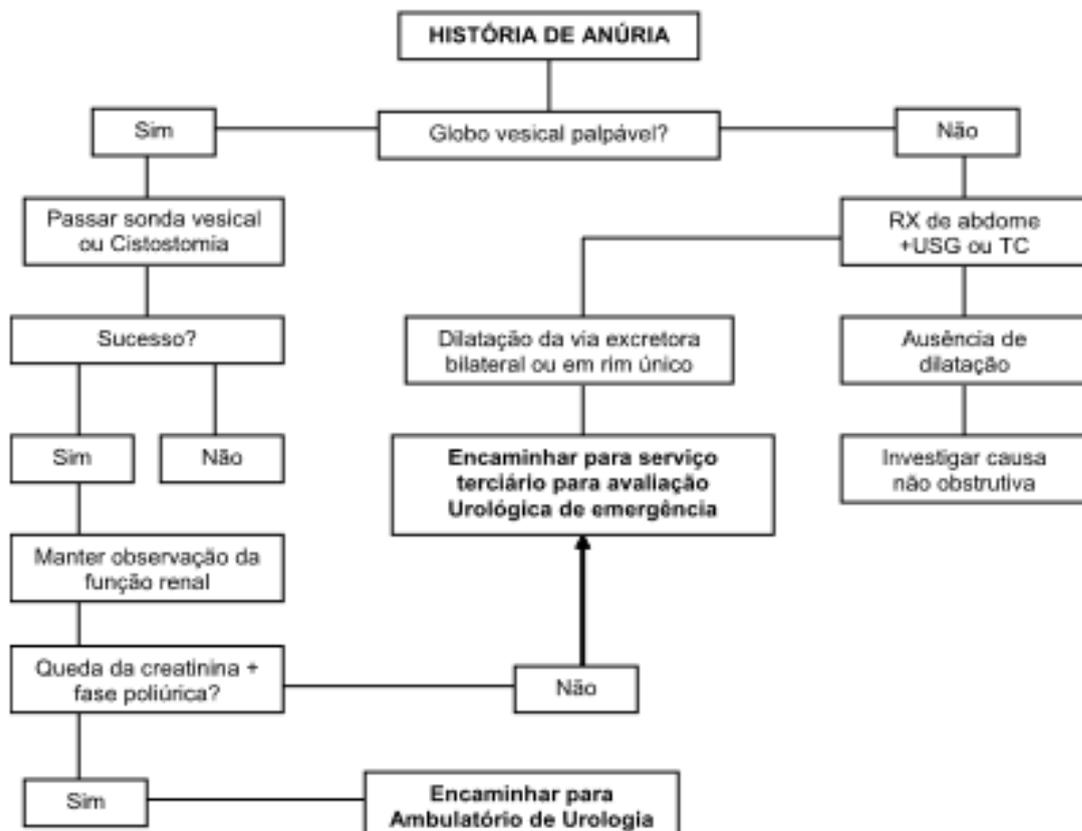


## HEMATÚRIA MACIÇA



## ANÚRIA OBSTRUTIVA

Estado de Insuficiência Renal Aguda com parada total ou quase total da diurese provocada por obstrução da via excretora. Pode estar associada à litíase renoureteral e vesical ou a obstrução infra-vesical, sendo a sua complicação mais grave. É portanto, uma emergência médico-cirúrgica, impondo a desobstrução rápida da via excretora. Na presença de anúria, se ao exame físico for constatado globo vesical palpável, a medida inicial é a passagem de sonda vesical de demora e, nos casos em que este procedimento não for conseguido, deve ser feita cistostomia supra-púbica por punção com trocar. Na ausência de globo vesical palpável devem ser feitos exames de imagem para diagnosticar o local de obstrução. Na presença de dilatação da via excretora o paciente deve ser submetido a intervenção cirúrgica o mais precoce possível. É importante ressaltar que sempre devem ser feitos exames complementares para avaliar a função renal e diagnosticar emergência dialítica.



## RETENÇÃO URINÁRIA AGUDA

É definida como a incapacidade miccional associada à sintomatologia dolorosa suprapúbica irradiada, ou não, para a região periuretral. Os pacientes se apresentam ansiosos com o quadro de dor intensa podendo ser notado o abaulamento suprapúbico ("bexigoma"). O tratamento consiste em drenagem da urina retida, por cateterismo uretral ou por cistostomia.

Algumas medidas importantes não podem ser esquecidas:

O cateterismo vesical deverá ser tentado após a introdução cuidadosa de 15 a 20ml de xilocaína 2% geléia na uretra do paciente.

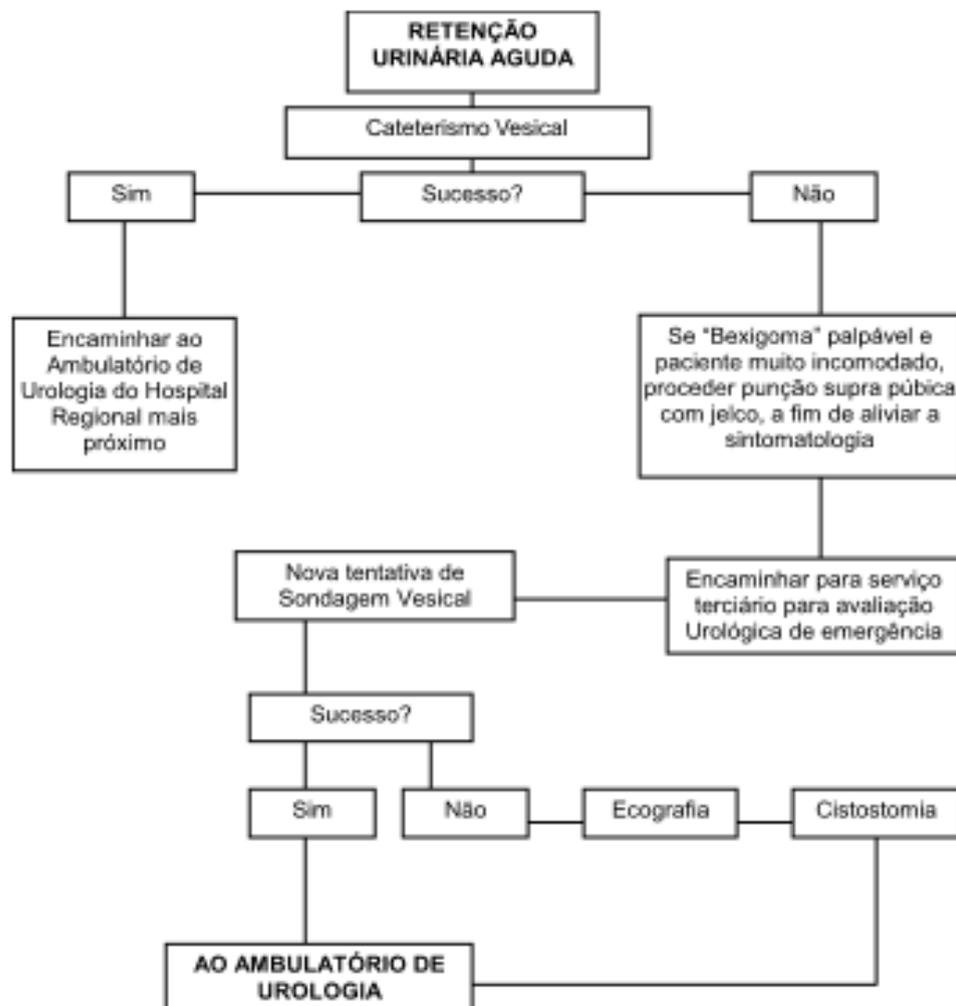
A passagem do cateter deverá ser efetuada sem resistência.

A insuflação do balão só deverá ser feita após a saída de urina através do cateter, confirmando a sua posição intravesical, a fim de evitar lesões uretrais iatrogênicas.

A drenagem da urina deverá ser lenta, de modo a evitar o sangramento agudo da mucosa cervical (hemorragia ex vácuo).

Solicitar hemograma, uréia, creatinina, EAS, urocultura, US de vias urinárias. (Caso seja homem maior de 45 anos, solicitar US prostática e PSA).

Os pacientes em uso de sonda devem tê-las trocadas a cada 15-20 dias em postos de saúde até definição de conduta ambulatorial por urologista.



## PARAFIMOSE

É caracterizada por dor, edema e congestão vascular da glândula, resultante da retração do prepúcio com anel estenótico para trás da glândula. Pode ser iatrogênica (principalmente durante sondagem vesical, pelo fato de não voltar o prepúcio para sua posição habitual); manipulação do pênis pelas crianças e adolescentes ou durante atividade sexual.

O exame físico do paciente é suficiente para o diagnóstico. O tratamento consiste na redução manual e, se não houver sucesso, manobras invasivas.

### MANOBRAS NÃO INVASIVAS

**Período precoce** (poucas horas de evolução, pouco edema, sem necrose de glândula): redução manual da glândula através do anel estenótico com auxílio de gel lubrificante, exercendo uma pressão firme sobre a glândula, como polegar, enquanto se traciona o prepúcio com os outros dedos em forma de pinça.

**Sucesso:** Alta hospitalar com analgesia e encaminhar para avaliação ambulatorial com urologista.

**Insucesso:** Encaminhar para serviço terciário para avaliação urológica de emergência

**Período precoce** (apresentando edema importante, mas sem necrose de glândula): tentar manobras para reduzir edema antes da redução manual (como foi descrito anteriormente).

**Manobras para reduzir edema:** comprimir de maneira firme e suave a área edemaciada e utilizar gelo sobre a área edemaciada.

**Sucesso:** Alta hospitalar com analgesia e encaminhar para avaliação ambulatorial com urologista.

**Insucesso:** Encaminhar para serviço terciário para avaliação urológica de emergência

### MANOBRAS INVASIVAS

**Período Tardio** (paciente com várias horas de evolução, edema prepucial importante, presença de necrose de prepúcio e glândula): **Sempre encaminhar para serviço terciário para avaliação urológica de emergência.**

**Manobras invasivas para redução de parafimose:** Procedimentos devem ser realizados sob anestesia local.

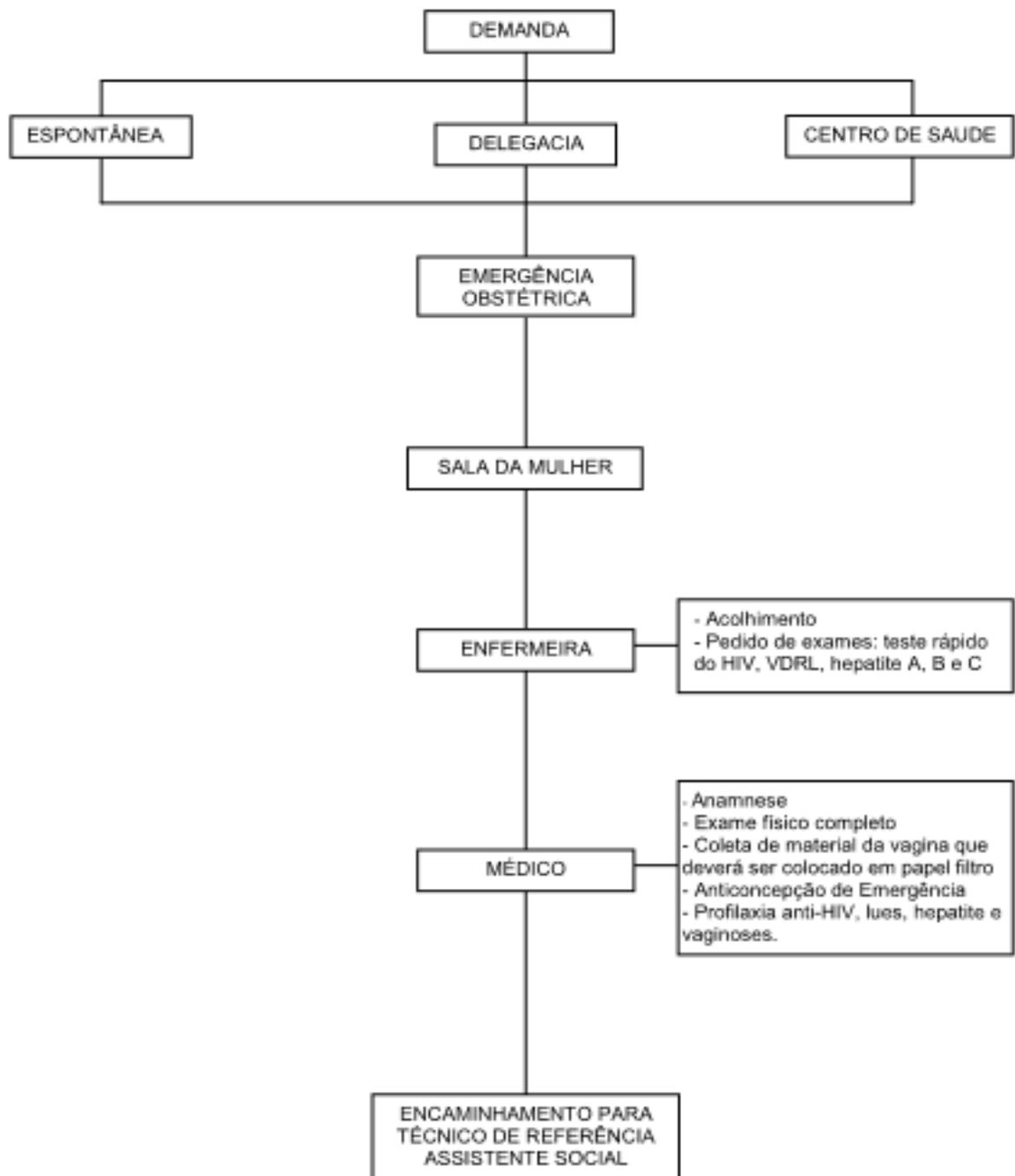
**Manobra 01:** utilização de agulha e realizar múltiplas perfurações em área edemaciada no intuito de drenar o líquido intersticial e reduzir o edema para facilitar a redução manual.

**Manobra 02:** em falha da manobra 01, realizar incisão do anel estenótico, na região dorsal do pênis após infiltração anestésica local. Deve-se incisar a pele no sentido longitudinal e suturar no sentido transversal, ampliando a área de estenose do prepúcio.

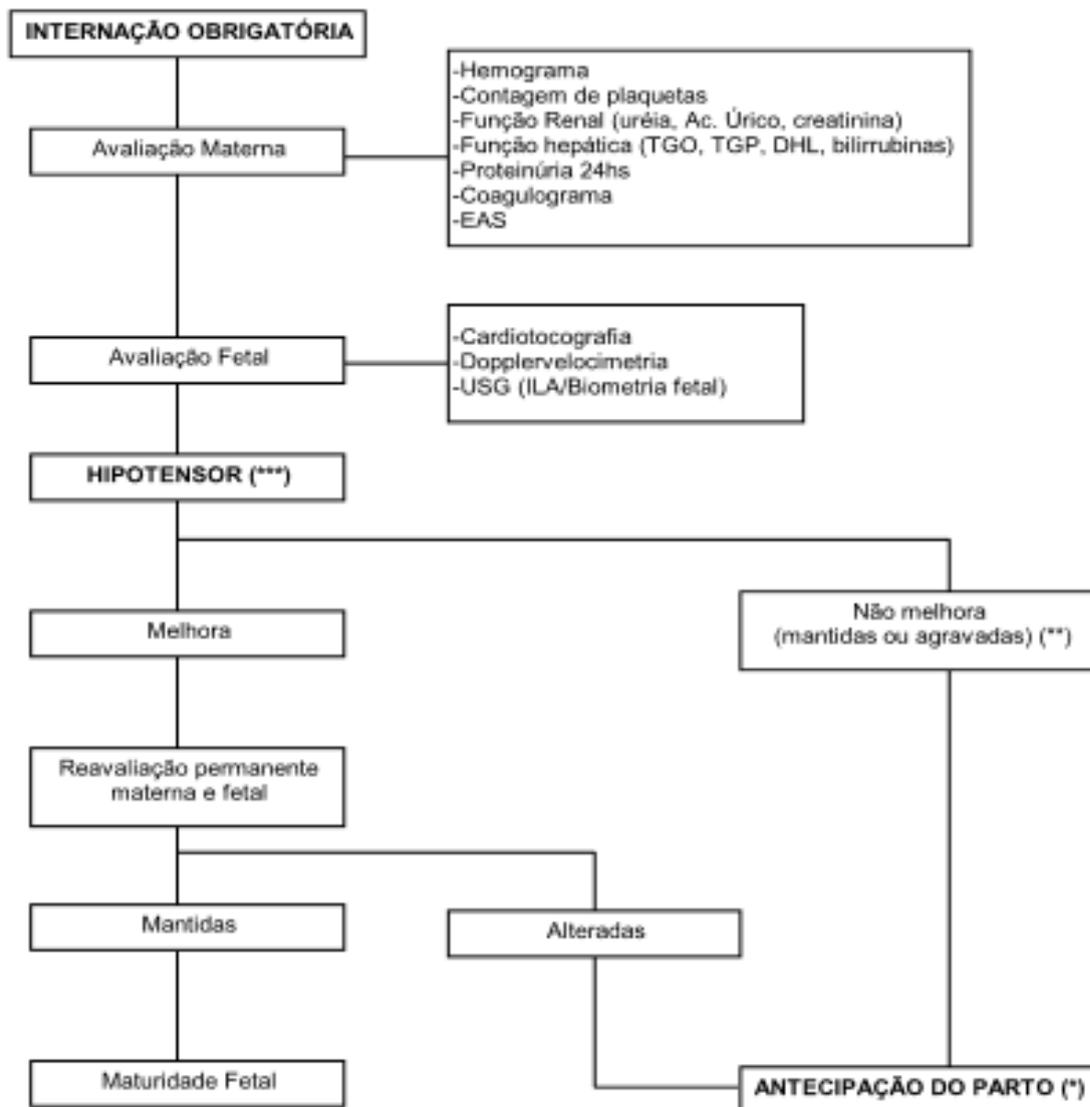
**Manobra 03:** em casos de sofrimento vascular da glândula, avaliar individualmente cada caso, sendo necessário levar ao centro cirúrgico para realização de postectomia e desbridamento de tecidos necróticos.

Alta hospitalar em uso de AINE e antibiótico oral, retorno ambulatorial para seguimento do caso.

## ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL



## PRÉ-ECLÂMPSIA GRAVE



### PRÉ-ECLÂMPSIA GRAVE / PRÉ TERMO E TERMO

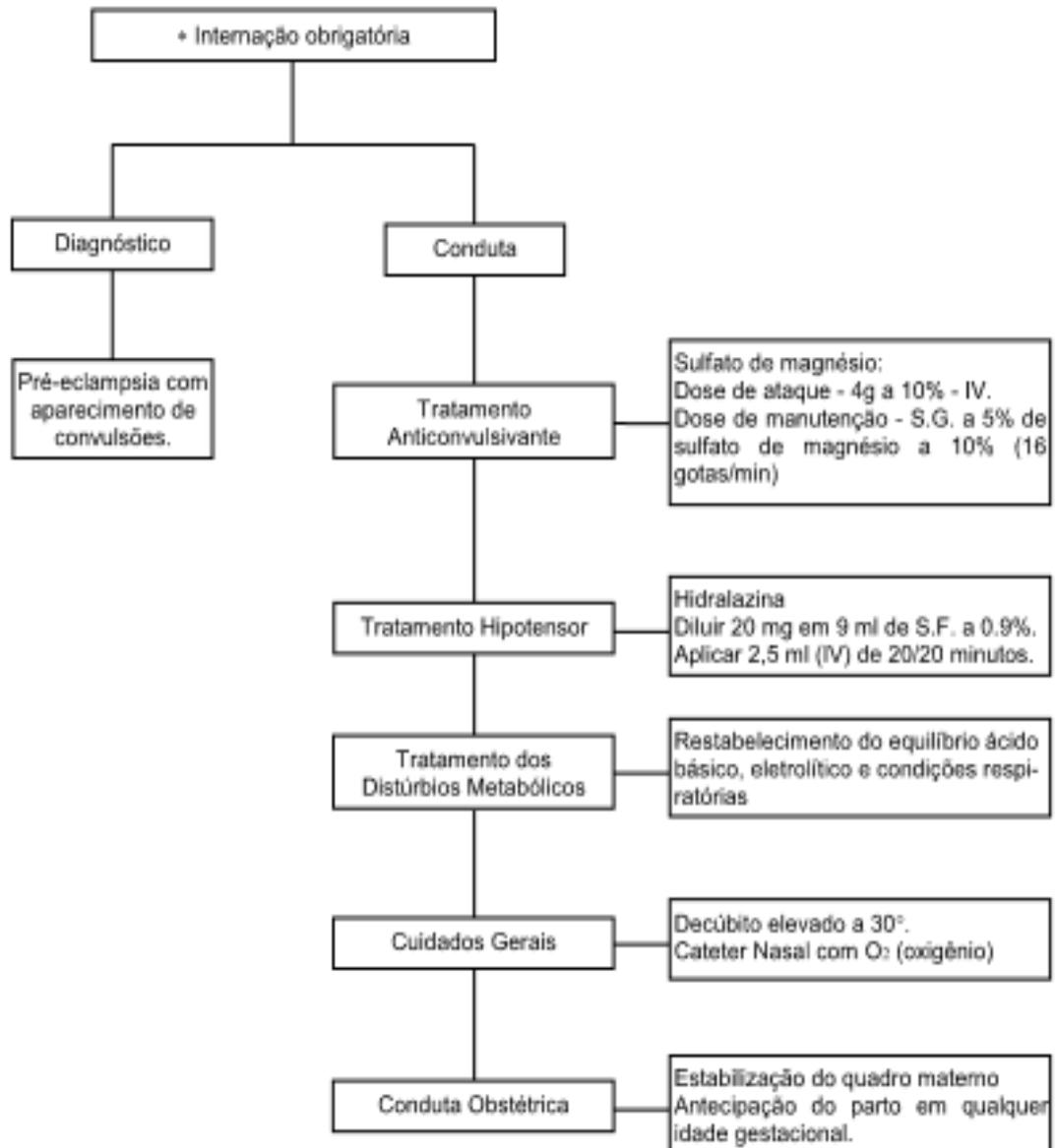
(\*) Via de Parto: Indicação Obstétrica

(\*\*) Corticóides: Usar entre 28 e 34 semanas.

(\*\*\*) Hipotensores:

- 1 – Sulfato de Magnésio (vide ECLÂMPSIA)
- 2 – Hidralazina – 50 a 200mg/dia
- 3 – Nifedipina – 20 a 60mg/dia

## ECLAMPSIA



Obs: Paciente deve ser assistida em hospital com UTI

## DOENÇAS CEREBROVASCULARES NA EMERGÊNCIA

### 1- Introdução

Doenças Cerebrovasculares (DCV) ou Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), são enfermidades freqüentemente atendidas nas Unidades de Emergência. No Brasil as DCV representam a primeira causa de morte, segundo as estatísticas do SUS. (Mortal. por DCV - 71 / 100.000 hab.) No mundo ocidental, correspondem à terceira causa de morte, a maior determinante de invalidez e a segunda doença causadora de demência. A mortalidade por DCV caiu acentuadamente no século XX, com maior queda nas décadas de 70 e 80. Entretanto, no final do século passado as taxas de incidência e mortalidade por DCV se mantiveram praticamente inalteradas. O percentual de morte por DCV em pacientes hospitalizados varia de acordo com a assistência médica. No Brasil, em alguns hospitais onde existe serviço de neurologia organizado, as taxas de letalidade assemelham-se às dos melhores centros do mundo (HSR-BA = 9% incluindo hemorragias cerebrais). Todavia, essa não é a realidade na maioria dos hospitais brasileiros.

O atendimento inicial é fundamental para o prognóstico. O ideal seria que fosse por neurologista experiente, logo nas primeiras horas. Nessas circunstâncias pode-se até utilizar trombolíticos para casos selecionados. Infelizmente a maioria dos pacientes chega à emergência muitas horas ou dias após o AVC. Acidentes Vasculares Cerebrais podem ocorrer em qualquer faixa etária, entretanto são muito mais freqüentes em indivíduos acima de 65 anos e a prevalência aumenta significativamente a cada década. Idade avançada é, pois, considerada um importante fator de risco.

Existem dois tipos de AVC, a saber: 1- Hemorrágico – geralmente causado por hipertensão arterial, ruptura de aneurismas, malformações arteriovenosas, vasculites, vasculopatias e discrasias sangüíneas e 2 - Isquêmico – causado por tromboembolismo arterial decorrente de embolias cardiogênicas ou de grandes vasos (ex.aorta, carótidas, vertebrais), oclusão de pequenos vasos intracranianos, distúrbios hemodinâmicos (hipotensão arterial grave) e coagulopatias. No jovem, outras causas como vasculites, dissecação vascular, distúrbios da coagulação, enxaquecas e cardiopatias congênitas são mais freqüentes. Trombose venosa e dos seios intracranianos podem ocorrer em situações de hipercoagulabilidade (ex. gravidez e puerpério, desidratação e infecção) e por outros distúrbios hematológicos.

O diagnóstico de AVC é baseado na história clínica, que se caracteriza por um déficit neurológico súbito, no exame físico e nos exames complementares. Os sinais de alerta mais importantes são os seguintes: hemiparesia; hemihipoestesia; parestesias; alterações mentais, da linguagem, da memória, da fala, do nível de consciência, visuais ou de outros órgãos dos sentidos; tonturas, vertigens; desequilíbrio; distúrbios da marcha e cefaléia forte especialmente com vômitos. Chamam-se TIA/AIT (Acidentes Isquêmicos Transitórios) os casos de déficit neurológico também súbito de origem vascular que se resolvem completamente e espontaneamente em menos de 24 horas. Nessas circunstâncias a conduta para o diagnóstico deve ser semelhante à do AVC completamente estabelecido. Além da idade avançada, os fatores de risco mais importantes para DCV são hipertensão arterial, diabetes mellitus, cardiopatias, distúrbios da coagulação, doenças hematológicas, fumo, álcool em excesso, drogas ilícitas e dislipidemias. É fundamental que diante de uma suspeita de DCV se investigue o diagnóstico diferencial (ex. hipoglicemia e outros distúrbios metabólicos e tóxicos do SNC; crises epilépticas; enxaquecas; esclerose múltipla; neoplasias; encefalites e trauma). É imperativo que nos casos de DCV chegue-se a um diagnóstico do tipo e subtipos etiológicos para que o tratamento seja adequado.

### 2- Elementos Teóricos

O Acidente Vascular Cerebral é uma emergência médica. A visão fatalista do AVC foi definitivamente substituída pela evidência concreta de que hoje é possível reduzir o déficit neurológico na fase aguda e prevenir eficazmente a ocorrência de novos eventos vasculares. O papel do emergencista nesse aspecto é crucial, pois a pronta estabilização do doente e o início precoce da investigação etiológica são determinantes no prognóstico final. Como qualquer emergência médica, a abordagem inicial do paciente com AVC passa pelo ABC da reanimação.

Hipoxemia refratária a oxigênio suplementar, rebaixamento do nível de consciência e inabilidade de proteção das vias aéreas são indicações de intubação orotraqueal. Um acesso venoso calibroso e exames laboratoriais devem ser obtidos (Tabela 1).

Tabela 1: Exames complementares iniciais na DCV

Hemograma completo, coagulograma, uréia, creatinina, sódio, potássio, glicemia, tipagem sanguínea, velocidade de hemossedimentação, tomografia computadorizada do crânio sem contraste, RX de Tórax e ECG.

O tratamento da hipertensão arterial, embora benéfico na fase subaguda como medida de prevenção secundária, pode ser deletério na fase aguda. O aumento da pressão arterial nesta fase pode ser uma forma compensatória para aumentar o fluxo sanguíneo na área de isquemia cerebral. A correção para níveis de pressão arterial normal está relacionada a pior evolução clínica.

Por isso, o consenso é não tratar a hipertensão arterial nos primeiros 10 dias do AVC isquêmico exceto em casos de hipertensão extrema (> 220x120mmHg) ou de lesão aguda de órgão-alvo (insuficiência coronariana aguda, dissecação aguda da aorta, insuficiência renal aguda, edema agudo do pulmão). Medicamentos para controle da hipertensão utilizados previamente ao evento, podem ser mantidos. No caso do AVC hemorrágico pode-se reduzir cautelosamente a pressão arterial para níveis abaixo de 180x110mmHg. Nesse caso, dá-se preferência a drogas intravenosas de curta ação, que podem ser suspensas em caso de deterioração neurológica (Tabela 2).

Tabela 2: Anti-hipertensivos na DCV aguda.

Agentes intravenosos: nitroprussiato de sódio, esmolol, metoprolol, enalaprilato.  
 Agentes orais: inibidores da ECA (captopril, enalapril, perindopril).

Após a estabilização do paciente, a prioridade é identificar a etiologia da DCV. Esta etapa é fundamental, pois define as escolhas terapêuticas. Dados simples da história e exames complementares iniciais podem ser úteis nessa definição (Tabela 3). Uma tomografia computadorizada (TC) do crânio deve ser realizada o mais precocemente possível para afastar hemorragia, outros diagnósticos (por exemplo, hematoma subdural) e identificar sinais precoces de isquemia cerebral.

Tabela 3: Pistas sugestivas para diagnóstico etiológico da DCV Isquêmica.

	EMBÓLICO	ATEROSCLEROSE DE GRANDES ARTÉRIAS	OCCLUSÃO PEQUENAS ARTÉRIAS	OUTROS (E.G. VASCULOPATIAS E COAGULOPATIAS)
História	Déficit desproporcionado máximo no início; afasia isolada e súbita; cegueira cortical; Cardiopatia dilatada; Fibrilação atrial; Valvulopatia mitral; IAM prévio.	Déficit desproporcionado flutuante; HAS, DM, tabagismo, dislipidemias, obesidade.	Déficit sensitivo ou motor proporcionado isolado sem perda cognitiva; HAS, DM, tabagismo, dislipidemia, obesidade.	Paciente jovem, história pessoal e familiar de trombozes, trauma, infecção recente; cervicalgia.
Exames complementares	ECG: fibrilação atrial; TC: infarto cortical.	Sopro carotídeo; TC: infarto cortical.	TC: infarto pequeno subcortical até 1,5cm.	Arteriografia, VHS, provas de coagulação, alteradas.

Pistas para o diagnóstico etiológico das hemorragias cerebrais (HCE).

Hipertensão Arterial (HAS)	Malformações arteriovenosas (MAV) e Aneurismas	Distúrbios da coagulação – Tromboses de seios	Outras causas inclusive vasculites, infecções, intoxicações neoplasias.	Trauma
HAS, síndrome nefrótica, órgãos-alvos atingidos.	HAS fumo, Alcoolismo, hereditariedade.	Uso de anticoagulantes Gravidez puerpério	Qualquer faixa etária inclusive crianças e idosos.	História de trauma, cirrose hepática
Hemorragia em núcleos da base, tronco cerebral e cerebelo. Hemorragias intraventriculares. Diagnóstico por TC de crânio	Hemorragia subaracnóidea, hematomas lobares Diagnóstico – TC, LCR, Angiografia. Diag. de MAV = Ressonância	Hemorragia subaracnóidea, hematomas lobares Diagnóstico – TC, LCR, Angiografia. Diag. de MAV = Ressonância.	HCE atípicas inclusive corticais e podem ser múltiplas, uni ou bilaterais. Quadros mais leves. Doenças sistêmicas. Diag = TC e RMN e biópsia.	Hematomas sub e, extradurais, Eventualmente intraparenquimatosos múltiplos.

Obs.: incluímos as traumáticas para o diagnóstico diferencial.

A administração de Heparina é instituída com intuito de prevenir a recorrência precoce de embolia ou a progressão de um trombo local. Portanto, o consenso é considerar heparinização plena (1.000UI/hora inicialmente, mantendo TTPA 1,5 a 2X o valor normal) nos casos de DCV isquêmica por embolias cardiogênicas, coagulopatias, dissecação arterial ou nos casos de piora progressiva do déficit neurológico sugerindo trombose em atividade. Deve-se ter cuidado, entretanto, nos casos de infartos extensos, onde o potencial de transformação hemorrágica pode sobrepujar o benefício da anticoagulação. Nesses casos, deve-se aguardar 48 horas para decisão terapêutica após nova TC. Nos demais casos, heparina subcutânea (5.000-7.500UI de 12/12 horas) ou Heparina de baixo peso molecular devem ser administrados como profilaxia de trombose venosa profunda.

Antiplaquetários devem ser considerados nos demais pacientes onde não haja indicação ou haja contra-indicação para anticoagulação (ou seja, DCV isquêmica por aterosclerose de pequenos ou grandes vasos que não estejam piorando agudamente, ou DCV de causa desconhecida). A escolha inicial é a aspirina por haver dados concretos na literatura quanto à sua eficácia na fase aguda. A Aspirina deve ser iniciada o mais precocemente possível. Embora haja controvérsia quanto à dose, utilizamos rotineiramente 325mg ao dia. Nos casos de intolerância ou alergia à Aspirina, podem ser utilizados: o clopidogrel (75mg/dia) ou Ticlopidina (500mg/dia).

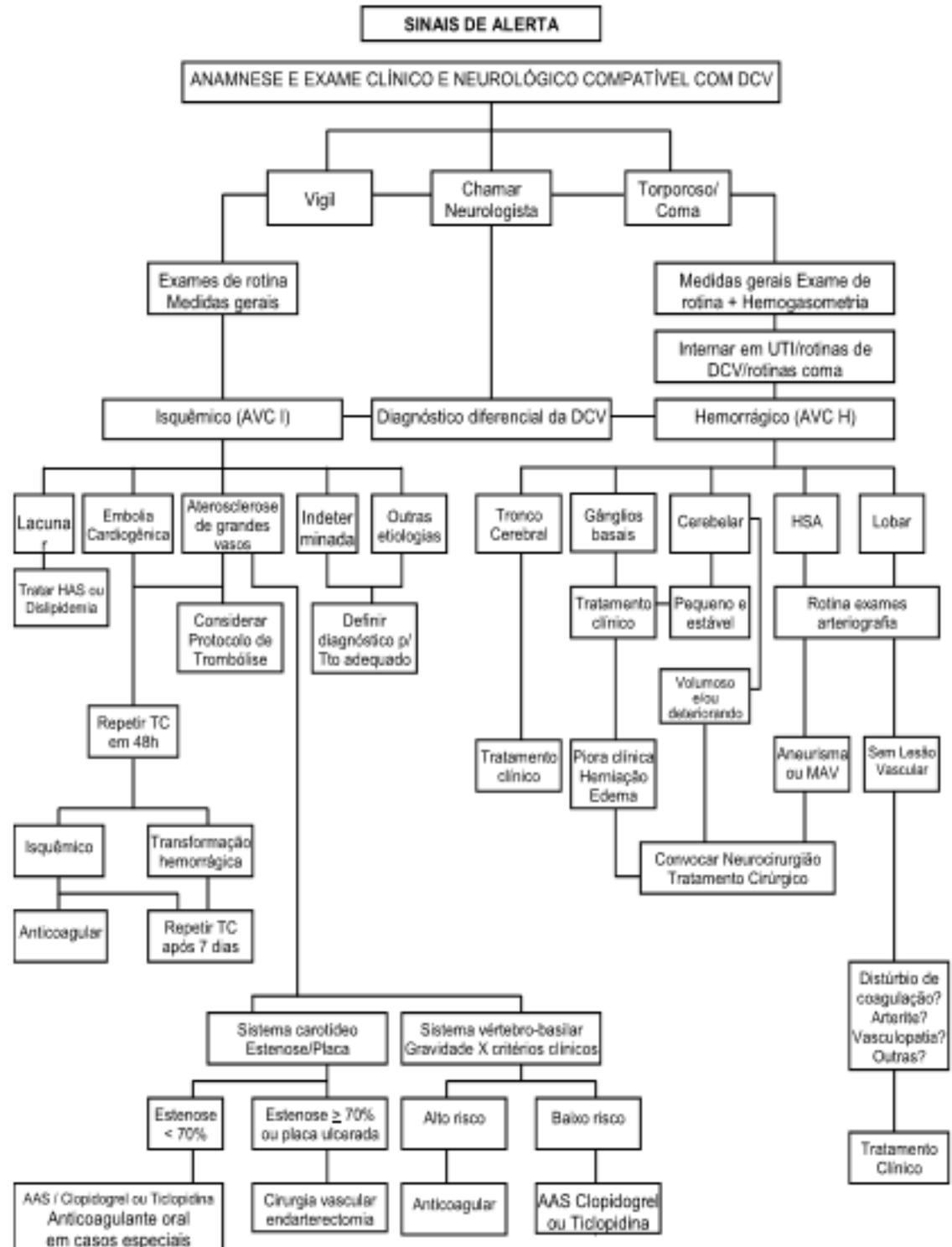
Manitol é medicação eficaz no controle da hipertensão intracraniana (HIC). Os efeitos colaterais desta droga incluem distúrbios hidroeletrólíticos, desidratação, insuficiência renal aguda, nefrite intersticial e hipotensão arterial. Dessa forma, o Manitol só deve ser utilizado, com critério, na vigência de sinais clínicos (papiledema, anisocoria, rebaixamento progressivo de consciência) e/ou tomográficos de HIC e não indistintamente em DCV. Como medida extrema podemos recorrer à craniectomia decompressiva em casos de hérnias transtentoriais decorrentes de HIC. Hipertensão intracraniana ocorre, com frequência, em hemorragias volumosas ou no 3<sup>o</sup>-5<sup>o</sup> dia de infartos extensos.

Cirurgia é opção terapêutica em hemorragia subaracnóidea (clipagem de aneurisma cerebral), em casos de hemorragias cerebelares volumosas ou infartos cerebelares extensos e também em alguns casos de hidrocefalia secundária. A grande maioria dos casos de hemorragia intraparenquimatosa não necessita de cirurgia. Na profilaxia de DCV isquêmica por aterosclerose extracraniana, a endarterectomia carotídea reduz substancialmente o risco de DCV recorrente. Sua indicação deve ser considerada em pacientes sintomáticos (imediatamente após um ataque isquêmico transitório ou após 4-6 semanas de um AVC isquêmico instalado) com estenose acima de 70% e em alguns assintomáticos ou com estenose menores, selecionados criteriosamente por neurologista experiente.

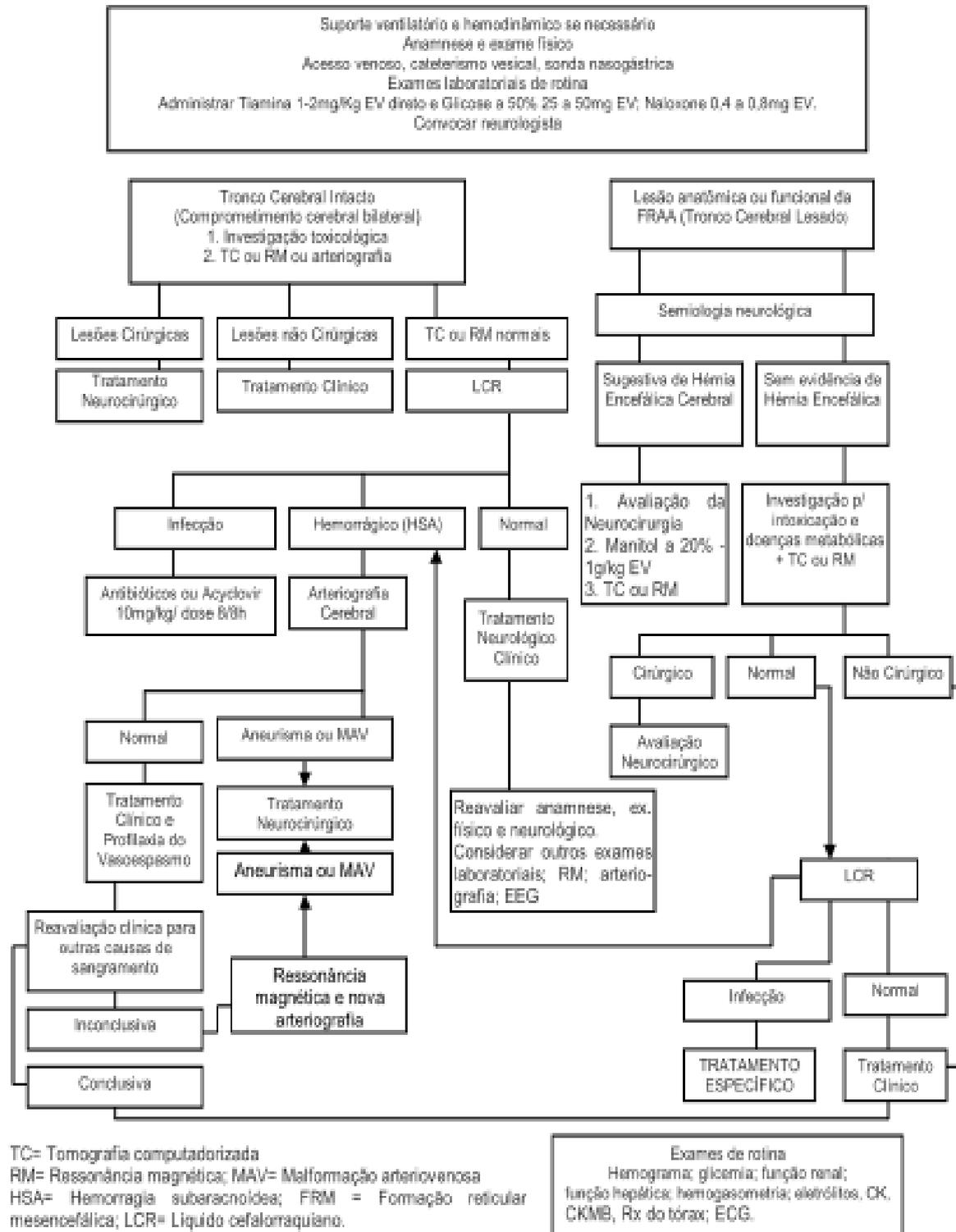
Febre e hiperglicemia aumentam o grau de lesão no tecido cerebral isquêmico. Quando presentes, ambos devem ser tratados agressivamente (i.e., antitérmicos, medidas físicas de resfriamento e insulina de demanda). Corticóides aumentam o risco de infecções, hiperglicemia e hemorragia digestiva sem afetar a evolução clínica da DCV hemorrágica ou isquêmica. Quando ocorre edema cerebral sintomático as opções são hiperventilação, Manitol ou diurético de alça. A única indicação de corticosteróide em DCV é para tratar vasculite do SNC.

Até o momento, nenhum estudo demonstrou efeito benéfico de neuroprotetores para DCV isquêmica. Portanto, medicações como Nimodipina, Citicolina, Tirilazad, Lubeluzole e Aptiganel não devem ser utilizadas para DCV isquêmica fora de protocolos de pesquisa. Em hemorragia subaracnóidea, a Nimodipina apresenta efeito benéfico na prevenção de déficit neurológico tardio por vasoespasmo.

## ATENDIMENTO AO PACIENTE COM DOENÇA CEREBROVASCULAR (DCV) AGUDA



## ATENDIMENTO AO PACIENTE EM COMA



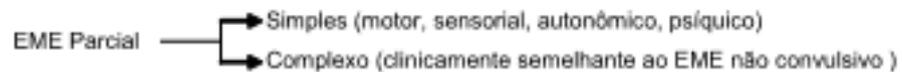
## ESTADO DE MAL EPILEPTICO

### 1- Apresentação do Assunto

Status Epilepticus ou Estado de Mal Epiléptico (E.M.E.): evento clínico caracterizado por crises epiléticas prolongadas (30 minutos ou mais) ou repetitivas sem recuperação da consciência entre as crises, determinando uma condição epilética fixa e duradoura. É uma intercorrência clínica, associada à agressão ao SNC, aguda e grave, de alta mortalidade (10 a 15%). O atendimento deve ser rápido e eficiente.

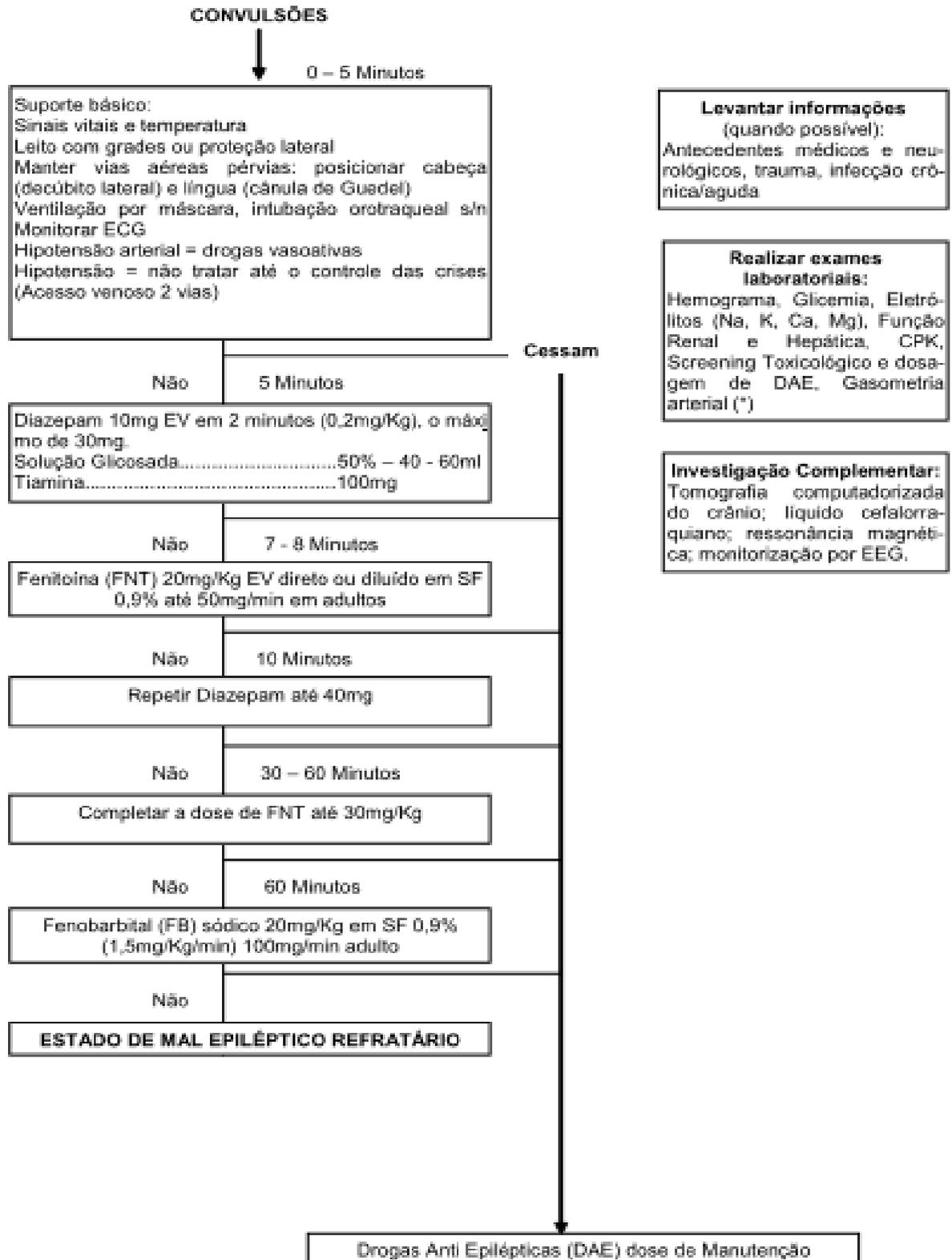
Principais fatores precipitantes:

- Álcool
- Suspensão de drogas antiepiléticas (DAE)
- Drogas ilegais (cocaína)
- Trauma
- Epilepsia refratária
- Metabólicos/Parada cardiopulmonar
- Tumores,
- Infecções do SNC, incluindo as bacterianas, virais e parasitárias.
- Doenças cerebrovasculares.



\*CPSG - Crise Parcial Secundariamente Generalizada

## TRATAMENTO DO EME



## ATENDIMENTO AO PACIENTE COM CRISE EPILEPTICA NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

### 1- Introdução

Epilepsia é a segunda mais freqüente condição clínica neurológica. Só suplantada pela cefaléia. A epilepsia acomete entre 1 a 2 % da população, e cerca de 1 em cada 20 indivíduos experimentam crise epiléptica ou convulsão em alguma época da vida. Tem importância sob o ponto de vista clínico, neurológico, social e psicológico. Embora crises epilépticas sejam, na maioria das vezes, auto limitadas, podem eventualmente evoluir para o estado de mal epiléptico. Crises epilépticas são usualmente tratadas a nível ambulatorial, entretanto por diversas razões esses pacientes podem ser atendidos na unidade de emergência. Crises epilépticas são fenômenos que não ocorrem apenas em epilepsia primária. Essas crises podem ocorrer como evento isolado e único, em indivíduo previamente saudável, como manifestação de doença sistêmica (ex. hipoglicemia, hipóxia, distúrbio hidroeletrólítico, sépsis, insuficiência renal), como sintoma de doença neurológica aguda (AVC, encefalite, TCE) ou de epilepsia primária.

Freqüentemente são secundárias e eventualmente decorrentes de doenças graves e letais. A anamnese detalhada com a caracterização do evento neurológico e os exames laboratoriais são fundamentais para o diagnóstico diferencial e conduta terapêutica.

### 2- Aspectos clínicos

Anamnese: idade; profissão; dados do nascimento: traumas, infecções do SNC, uso de drogas ou doenças da mãe no período de gestação; História familiar; crises anteriores; Doenças prévias: diabetes, distúrbios metabólicos, hepatopatia, uremia, neoplasias, vasculites, collagenoses, hipertensão arterial; Uso de drogas; stress; distúrbios do sono; gravidez atual; cefaléia; febre; perda de peso; distúrbios visuais; alcoolismo e outros distúrbios do comportamento social.

#### Caracterização do evento:

- 1- Manifestações Iniciais (pródromos e aura)
- 2- Manifestações críticas (crise)
- 3- Manifestações pós-crise.

Exame físico – dados vitais; sinais de doença crônica (Uremia, DPOC, hepatopatia);

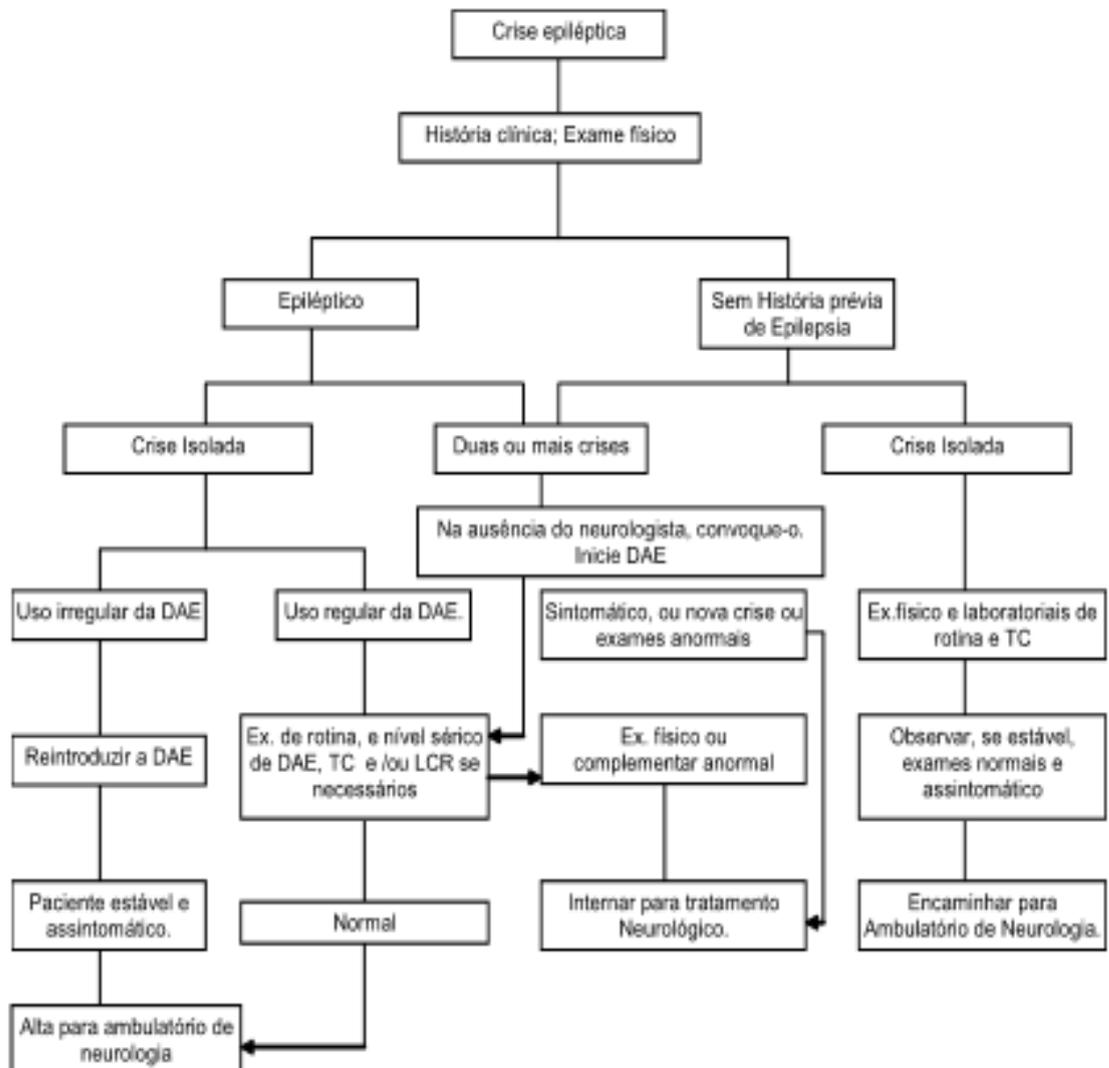
Ex. Neurológico; Funções Mentais; Pares Cranianos, Fundoscopia, Motricidade; Sinais de Irritação Meningea

#### Exames complementares de rotina:

Hemograma com plaquetas; glicemia; eletrólitos. Cálcio sérico; CPK, dosar a DAE; RX de Tórax; ECG; EEG.

Obs.: para o diagnóstico de epilepsia se impõe história de duas ou mais crises epilépticas.

## ATENDIMENTO DE CRISE EPILÉPTICA NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA



**DAE** = Droga antiepiléptica.  
**TC** = Tomografia computadorizada  
**LCR** = Líquido cefalorraquiano.

## ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA AO PACIENTE COM ESTADO CONFUSIONAL AGUDO (ECA)

### 1- Considerações gerais

Essa é uma situação relativamente freqüente nas unidades de emergências assim como em UTI. Determinada por causa isolada ou multifatorial decorre tanto de doenças sistêmicas como neurológicas, pelo uso de drogas e intoxicações. O neurologista deve ter uma abordagem rápida e criteriosa.

### 2- Aspectos clínicos – sinais e sintomas

- Alteração do conteúdo de consciência de instalação súbita
- Agitação psicomotora: alucinações, delírios, hiperatividade simpática
- Ausência de anormalidades em nervos cranianos (exceto na síndrome de Wernicke por paralisias extra-oculares; e nas intoxicações por tricíclicos com pupilas fixas)
- Ausência de sinais focais persistentes.
- Movimentos involuntários anormais (Miclônias, asterixis, tremores)
- Achados eletroencefalográficos altamente sugestivos de encefalopatias metabólicas (atividade delta rítmica bissíncrona, ondas trifásicas, lentificação e/ou supressão da atividade de base).

### Causas de E.C.A.:

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sistêmicas</b></li> <li>- Sépsis</li> <li>- Uremia aguda</li> <li>- Insuficiência hepática</li> <li>- Insuficiência cardíaca</li> <li>- Insuficiência respiratória</li> <li>- Infecção respiratória</li> <li>- Infecção urinária</li> <li>- Distúrbios hidroeletrólíticos</li> <li>- Porfirias</li> <li>- Síndrome carcinóide</li>   <li>• <b>Endocrinopatias</b></li> <li>- Tireóide</li> <li>- Paratireóide</li> <li>- Disfunção adrenal</li> <li>- Disfunção hipofisária</li> <li>- Pâncreas (hiperglicemia/encefalopatia pancreática)</li>   <li>• <b>Deficiências nutricionais</b></li> <li>- Tiamina (encefalopatia de Wernicke)</li> <li>- Niacina</li> <li>- Vitamina B12</li> <li>- Folato</li>   <li><b>Síndromes de abstinência</b></li> <li>- Alcool</li> <li>- Drogas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Intoxicações</b></li> <li>- Drogas ilícitas</li> <li>- Alcool</li> <li>- Metais pesados</li> <li>- Medicamentos (anticolinérgicos em idosos)</li>   <li>• <b>Infecções do SNC</b></li> <li>- Encefalite</li>   <li>• <b>Lesões intracranianas</b></li> <li>- TCE</li> <li>- Lesões agudas (parietal, occipital bilateral, talâmica e frontal mesial)</li> <li>- Hematoma subdural</li> <li>- Abscesso cerebral</li>   <li>• <b>Encefalopatia hipertensiva</b></li>   <li>• <b>Psiquiátricas</b></li> <li>- Mania</li> <li>- Esquizofrenia</li> <li>- Depressão</li>   <li>• <b>Outros</b></li> </ul>
---	--

## ESTADO CONFUSIONAL AGUDO

### História

Antecedentes médicos  
 Suporte básico de vida  
 Sinais vitais  
 Exame físico completo  
 Vias aéreas pervias  
 Acesso venoso (2 vias)  
 Escala de Glasgow

### Medidas Iniciais

Glicose 50% 25 a 50mg EV  
 Tiamina 100mg EV  
 O<sub>2</sub> sob cateter via nasal 2l/min  
 Monitorizar E.C.G  
 Hemograma, glicemia, eletrólitos  
 Screening para intoxicação e etanol  
 Gasometria arterial  
 Radiografia de Tórax  
 Tomografia computadorizada do crânio  
 Acionar neurologista.

Contato Verbal

Contenção física  
(se necessário)

História ex. físico  
e Medidas iniciais

Agitado  
Estabelecido o diagnóstico

### DROGAS UTILIZADAS NA FASE AGUDA

	DOSE	INDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Meperidina	10-30mg IV	Agitação/dor	Depressão respiratória
Naloxone	0,4-0,8mg IV	Usuários de narcóticos	
Diazepam	10-40mg IV	Irritados, impulsivos e abstinência alcoólica	- Evitar em idosos, demenciados e comelidos por encefalopatia hepática - Depressão respiratória - Efeito paradoxal
Haloperidol	5-10mg IM 1-5mg IV (repeir 30/30min até 40mg SN)	Agitados, violentos e TCE	- Diminui limiar epiléptico - Efeitos extrapiramidais (contra-indicado em doença de Parkinson) - Risco de síndrome neuroléptica maligna
Clorpromazina	25-50mg IM (máx. 200mg/dia em 4 aplicações) 50-200mg VO (máx. 800mg/dia em 4 tomadas)	Psicóticos, agressivos	- Diminui limiar epiléptico - Efeitos extrapiramidais (contra-indicado em doença de Parkinson) - Risco de síndrome neuroléptica maligna - Efeito cardiovascular
Midazolam	0,15-0,2mg/kg IV	Irritados, impulsivos e abstinência alcoólica	- Evitar em idosos e demenciados e comelidos por encefalopatia hepática - Depressão respiratória - Efeito paradoxal - Taquiflaxia

## ATENDIMENTO AO PACIENTE COM HISTÓRIA DE SÍNCOPE NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

### 1- Considerações gerais

A síncope se caracteriza por uma breve perda da consciência, decorrente de redução súbita e temporária do fluxo sanguíneo cerebral e do tônus muscular. É comum em crianças e idosos. O espectro etiológico é amplo e varia desde as psicogênicas até graves como hemorragia subaracnóidea, choque cardiogênico (ex. no IAM) e insuficiência do sistema vertebrobasilar. O diagnóstico diferencial com crises epilépticas, AIT, disautonomia primária ou adquirida e síncope neurocardiogênica implica em uma avaliação neurológica detalhada na unidade de emergência.

### 2- Anamnese

História clínica – questionar: torturas, antecedentes de síncope, diplopia, hemianopsia, cefaléia, jejum prolongado, palpitações, periodicidade das crises, pródromos, fatores desencadeantes (ambiente fechado, impacto com a visão de sangue, stress, mudança de decúbito, hemorragia, ansiedade, dormição, tosse, vômitos), fenômenos motores e neurovegetativos (sudorese, palidez, taquicardia) durante a síncope, tempo de recuperação e estado geral após a síncope; doenças prévias: cardiopatia, diabetes, hipertensão arterial e seu tratamento, uso de drogas (neurofármacos).

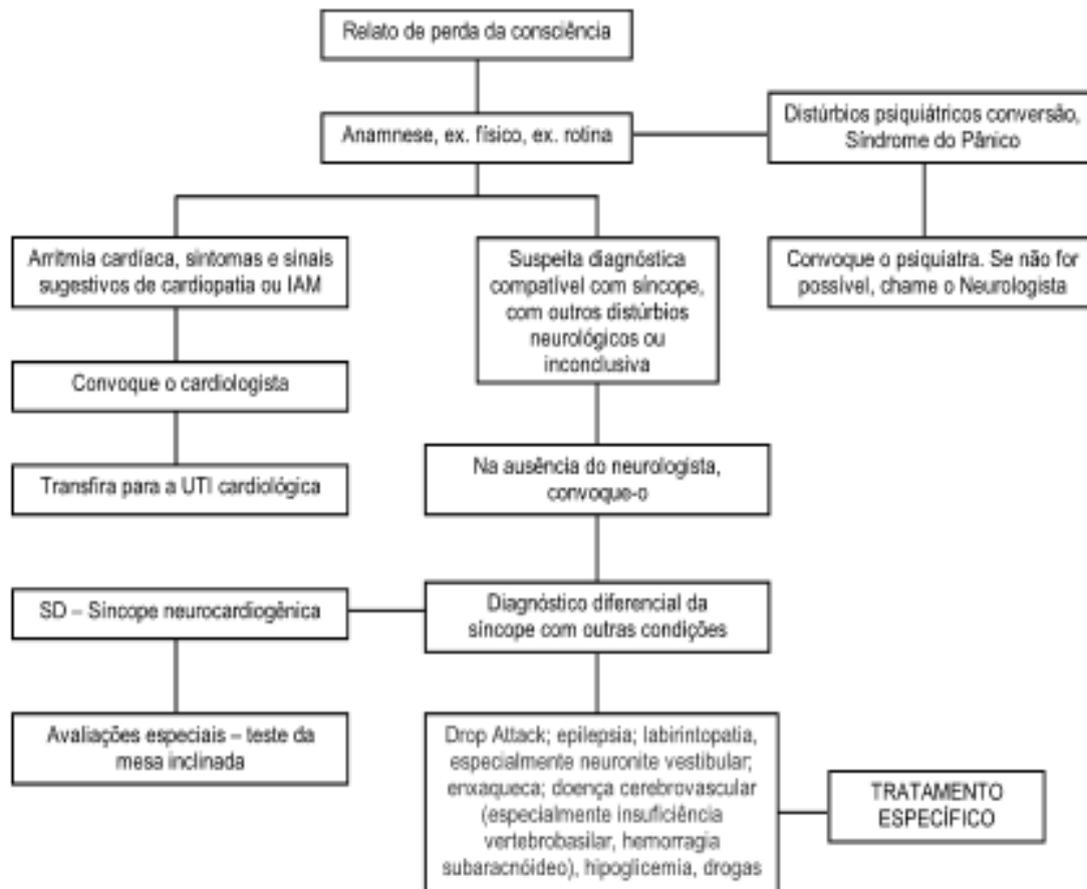
### 3- Exame físico

Avaliação de dados vitais (aferrir tensão arterial em ambos os membros superiores em decúbito e ortostase); sinais de trauma; disfunções neurovegetativas; exame neurológico.

### 4- Exames de rotina

Hemograma; glicemia; eletrólitos; CK; CKMB; LDH; ECG; EEG, RX do Tórax.

## ATENDIMENTO DO PACIENTE COM SÍNCOPE



## ATENDIMENTO DO PACIENTE EM COMA

### 1- Considerações Gerais

Essa é uma condição extremamente grave que exige uma abordagem clínica inicial com medidas gerais.

A- Avaliação da ventilação, se necessário, intubar imediatamente.

B- Correção de distúrbios hemodinâmicos.

C- Venóclise e coleta de sangue para exames laboratoriais rotineiros e especiais.

D- Administrar tiamina e glicose, conforme algoritmo.

E- História clínica detalhada – com ênfase em questões sobre: trauma, intoxicações, alcoolismo, uso de drogas; doenças prévias como: diabetes, epilepsia, hipertensão, cardiopatias, cirrose, insuficiência renal.

F- Exame clínico – sinais de trauma, infecções, lesões cutâneas por administração de drogas intravenosas, coloração da pele e das mucosas, sinais clínicos de doenças sistêmicas.

G- Proteja os olhos, controle a agitação, instale sonda vesical e nasocentral, evite complicações relacionadas com a imobilidade (profilaxia de trombose venosa profunda), inicie a profilaxia da úlcera de stress.

### 2- Importantes informações para o diagnóstico e conduta do paciente em coma

1- A avaliação neurológica do paciente em coma, requer uma sistemática que permita um diagnóstico rápido e um tratamento adequado.

2- Para que haja comprometimento do nível de consciência, é necessário que exista uma das seguintes alternativas:

- a) Lesão anatômica ou funcional da formação reticular mesencefálica.
- b) Disfunção bilateral dos hemisférios cerebrais.
- c) Lesões associadas dessas duas estruturas.

### 3- As condições que produzem as alternativas acima são as seguintes:

a) Lesões supratentóricas que comprimem ou deslocam o diencéfalo ou o tronco encefálico (tumor cerebral, AVC, hematoma subdural e outras).

b) Encefalopatias metabólicas, tóxicas ou infecciosas, as quais comprometem difusamente ambos os hemisférios cerebrais (hipo/hiperglicemia, uremia e outras).

c) Lesões expansivas ou destrutivas infratentóricas, que promovam dano ou compressão à formação reticular mesencefálica (hemorragia e infarto cerebelar, neoplasias e outras).

4- É importante o diagnóstico diferencial com os distúrbios psiquiátricos que cursam com ausência de resposta.

### 5- A chave para o diagnóstico consiste em:

- a) Interpretação adequada dos sinais que refletem o comprometimento dos diversos níveis do encéfalo.
- b) Determinar qual das condições citadas no item 3 pode ser a responsável pelo quadro atual do paciente. A tabela 1 indica os correspondentes sinais e sintomas característicos.

Tabela 1- Características clínicas das condições que determinam o estado de coma

<b>1-Massas ou lesões supratentoriais que comprimem ou deslocam o diencéfalo ou tronco cerebral:</b>	<b>2- Massas infratentoriais ou lesões que causam coma:</b>
a) Sinais de disfunção progressiva "rostro-caudal". b) Sinais que traduzem o comprometimento de uma determinada região do encéfalo. c) Posturas assimétricas com ou sem estímulos.	a) História anterior de disfunção do tronco encefálico b) Rápida instalação do coma. c) Sinais de comprometimento do TE procedendo ou concomitante. (Paresias ou paralisias de nervos cranianos). d) Aparecimento precoce de disfunção neurovegetativa.
<b>3- Coma de origem metabólica, tóxica ou infecciosa:</b>	<b>4- Distúrbios psiquiátricos causando falta de resposta aos estímulos:</b>
a) Confusão mental e estupor precedendo os sinais motores. b) Sinais motores, quando presentes, freqüentemente simétricos. c) Reações pupilares usualmente conservadas. d) Asterixis, mioclonias, tremores e convulsões são comuns. e) Hiper ou hipoventilação são freqüentes.	a) Fechamento ativo das pálpebras. b) Pupilas reativas ou dilatadas (ciclopégicas). c) Reflexo óculo-vestibular fisiológico. d) Tônus motor inconsistente ou normal. e) Eupnéia ou hiperventilação são usuais. f) Nenhum reflexo patológico está presente. g) EEG normal.

c) Estabelecidos os prováveis mecanismos do estado de coma, o neurologista deve investigar a natureza etiológica. Estudos de imagem, laboratoriais, eletrofisiológicos e eventualmente testes terapêuticos são os recursos disponíveis. Na tabela 1, subitem 4, observe as características clínicas dos distúrbios psiquiátricos que mimetizam o estado de coma.

### 3- O Exame neurológico do paciente em coma

- a) Avaliação do nível de consciência (com e sem estímulo) – descrever com detalhes:
- Resposta verbal
  - Abertura ocular
  - Resposta motora
- b) Ritmo respiratório
- c) Fundoscopia
- d) Nervos cranianos
- Exame das pupilas
  - Motricidade ocular extrínseca: oftalmoplegias supranucleares, nucleares e internucleares; observação de movimentos espontâneos como nistagmo, opsoclonus, bobbing ocular.
  - Reflexo óculo-cefálico (olho de boneca) e óculo-vestibular (prova calórica).
  - Reflexo córneo-palpebral.
  - Reflexo de tosse- Resposta motora
- e) Motricidade
- Movimentos involuntários
  - Força muscular
  - Tônus e posturas anormais (decorticação, descerebração)
  - Reflexos profundos e superficiais
- f) Sinais de irritação meningo-radicular
- g) Avaliação autonômica (midriase, taquicardia e hipertensão à estimulação algica)
- Obs.: referir o escore da escala de Glasgow.

## CEFALÉIA

### ANAMNESE

(sinais de alerta)

Dor de início após 50 anos

Instalação súbita

Piora progressiva (duração, frequência e/ou intensidade) - ■

Piora com tosse, esforço excessivo e/ou atividade sexual - ●

Confusão mental

Perda de memória, distúrbios visuais

Tontura intensa, vômitos

Distúrbio da coordenação motora e do equilíbrio

### EXAME FÍSICO

Hipertensão e febre

Alteração de consciência

S.I.M.

F.O: papiledema, hemorragia, anisocoria e/ou pupilas pouco reativas, queda da pálpebra.

Hipoestesia em face ou membros

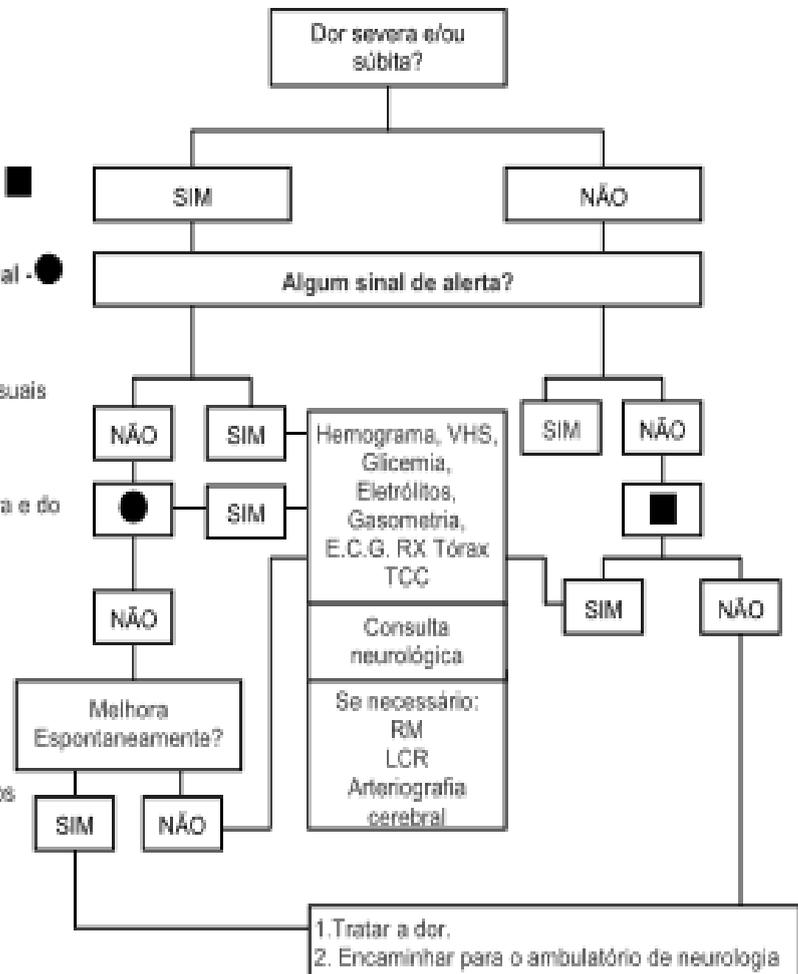
Fraqueza muscular

Assimetria de ROT

Resposta plantar anormal

Incoordenação e desequilíbrio

Alteração do pulso carotídeo



### Obs.:

- Se o neurologista for disponível na emergência, deve fazer o primeiro atendimento. Em torno de 90% das cefaléias na unidade de emergência têm causa neurológica.

- Internação: para cefaléias secundárias de causa neurológica e para as seguintes primárias 1- Estado de Mal Enxaquecoso e 2- "Enxaqueca transformada"/cefaléia crônica diária.

### Tratamento (sugestão do autor)

Cateter Heparinizado ou

Infusão Venosa (a critério do plantonista)

Dipirona 2ml + Glicose 25% 8ml, lentamente

Metoclopramida 1 ampola EV.

AINH – EV

Obs.: nos casos de migração (enxaqueca) utilize, se possível, um triptano.

R.O.T. = Reflexos osteotendinosos  
 S.I.M. = Sinais de irritação meníngea  
 F.O. = Fundo do olho  
 AINH = Antiinflamatório não hormonal  
 TCC = Tomografia computadorizada do crânio.  
 RM = Ressonância magnética

## INFECÇÃO INTRACRANIANA - SUSPEITA

### 1- ASPECTOS CLÍNICOS:

Anamnese: idade, dados epidemiológicos.

História

Presença de sintomas meningoencefálicos (cefaléia, rigidez de nuca, fotofobia, letargia, vômitos repetidos, crises epilépticas, febre)

Duração dos sintomas

Infecções associadas (sinusite, mastoidite, celulite, pneumonia, endocardite)

Fatores de risco (DM, alcoolismo, TCE recente, neurocirurgia, drogadição, hemoglobinopatias)

Condições imunossupressoras (Aids, linfoma, leucemia, quimioterapia citotóxica, corticóides)

História remota de infecção (BK, Lues, herpes labial e genital)

Exame físico:

Nível de consciência, orientação, afasia.

Petéquias ou rush.

Sinais de mastoidite, sinusite ou pneumonia.

Sopro cardíaco.

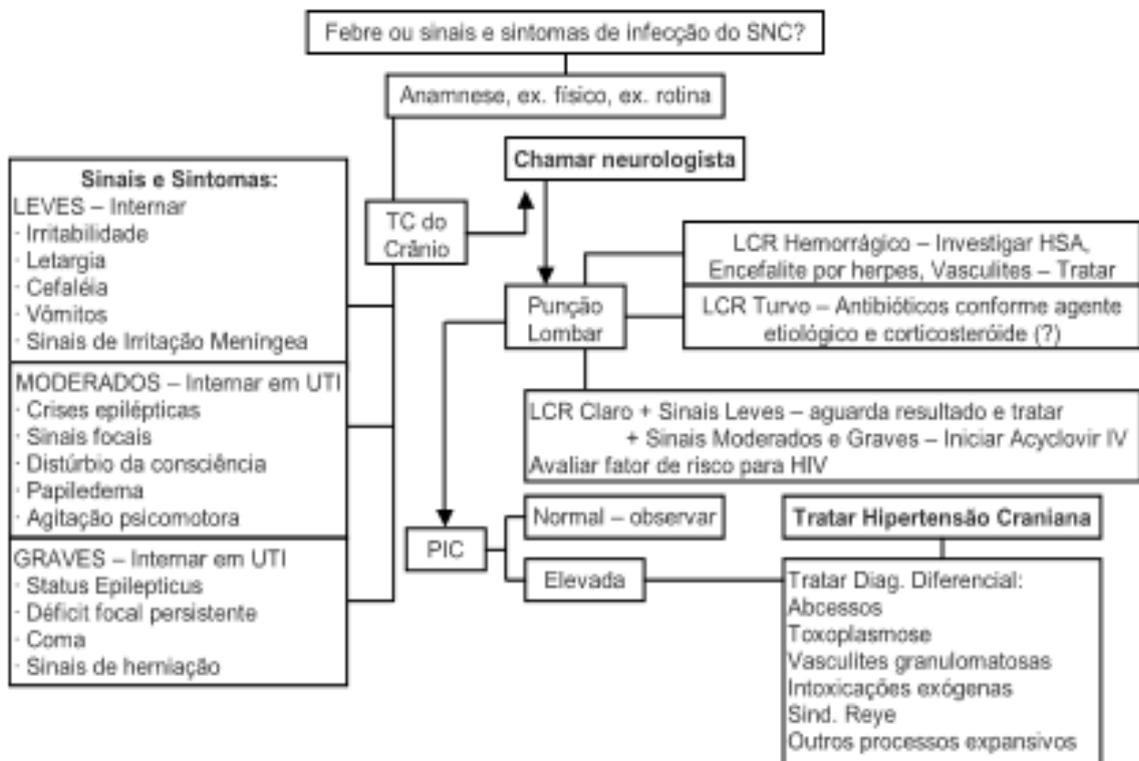
Sinais de trauma.

Paralisia de nervos cranianos, fraqueza muscular, déficit sensoriais, ataxia.

#### Exames Laboratoriais de Rotina

Hemograma, eletrólitos, glicemia  
 hemocultura; urocultura  
 tempo de protrombina  
 hemogasometria arterial;  
 RX do tórax  
 Guardar soro da fase aguda

### ATENDIMENTO



### 3 – TRATAMENTO

Recém-Nascidos	Crianças	Adultos	Idosos
Bacilos Gram Negativos	Hemófilos ( 48%)	Pneumococos	Coliformes per
Streptococcus grupo B	Meningococos (20%)	Meningococos	infecções pós TCE,
Listeria	Pneumococos ( 13%)	Hemófilos	Neoplasias ou DM

Tratamento Antimicrobiano * para agente suspeito ou documentado	
S. pneumoniae	Cefotaxime, Ampicilina, Penicilina G, Vancomicina
N. meningitidis	Penicilina G, Cefotaxima, Cloranfenicol
H. influenzae	Cefotaxime, Ceftriaxone
S. aureus (meticilina sensível)	Nafcilina, Oxacilina
S. aureus (meticilina resistente)	Vancomicina + Rifampicina
T. monocitogenes	Ampicilina
Streptococos (grupo A, B, etc)	Penicilina G, Ampicilina
Bacilos Gram Negativos	Ceftriaxone, Cefotaxime, TMP-SMZ
Enterobacterias	Ceftriaxone, Cefotaxime
P. aeruginosa	Aminoglicosídeo + Ceftazidime
S. epidermidis	Vancomicina + Rifampicina
Anaeróbios	Cefotaxime + Metronidazol + Rifampicina
Herpes vírus	Acyclovir
Citomegalovírus	Ganciclovir

### DOSES

ANTIBIÓTICOS	CRIANÇAS		ADULTOS	
	DOSE TOTAL DIÁRIA	INTERVALO	DOSE TOTAL DIÁRIA	INTERVALO
Acyclovir	10 mg/Kg/dose	8 h	10mg/Kg/dose	8 h
Ampicilina	300-400mg/Kg	6h	12g	4/4h
Cefotaxime	200mg/Kg	8 h	8-12g	4/4h
Ceftriaxone	100mg/Kg	12h	8-10g	12h
Ceftazidime	150mg/Kg	8 h	6-8g	8h
Cloranfenicol	50-100mg/Kg	6h	4-6g	6h
Ganciclovir	10mg/Kg/dose	12h	10mg/Kg/dose	12h
Gentamicina	4mg/Kg	8 h	200mg	8h
Metronidazol	30mg/Kg	12h	1,5g	6h
Nafcilin	200mg/Kg	6 h	9-12g	4h
Oxacilina	400mg/Kg	4 h	9-12g	4h
Rifampicina	20mg/Kg	8 h	600mg	8h
Penicilina	400Ku/Kg	4 h	24 milhões u	4 h
TMP-SMZ	20mg/Kg	6 h	20mg/Kg	6 h
Vancomicina	60mg/Kg	6 h	2g	12h

Duração do Tratamento: Adultos – 10 -14 dias; RN acima de 21 dias;

Corticóides Crianças >2 meses - Dexametasona 0,6 mg/Kg/dia nos quatro primeiros dias de tratamento.

## FRAQUEZA MUSCULAR AGUDA

### 1- Considerações gerais

Essa é uma condição grave que requer uma abordagem rápida, prática e eficiente pois em muitas situações existe risco de paralisia definitiva, ou até morte por falência respiratória. A história clínica e o exame físico, sobretudo o neurológico, são os fatores mais importantes para o diagnóstico e o prognóstico desses pacientes.

### 2- Informações importantes para a conduta

a) A anamnese deve constar, além dos dados rotineiros, os seguintes tópicos: modo de instalação (súbita, aguda, subaguda ou crônica); apresentação (focal, segmentar uni/bilateral ou generalizada), presença de dor, câlbras, disestesias, disfunção esfinteriana, febre, diplopia, disfagia, dispnéia, incoordenação; antecedentes: trauma, neoplasias (prostática, mama, pulmão, timo), endocrinopatias, infecção recente, uso de drogas, etilismo, episódios prévios, claudicação intermitente.

b) O exame físico deve ser completo detalhado, incluindo quando necessária a avaliação da função respiratória. O exame neurológico deve responder se a fraqueza é decorrente de miopatia, do envolvimento da placa mioneural, do comprometimento do SNP ou do SNC.

c) Os exames complementares são utilizados para a definição etiológica.

d) Exames de rotina:

Hemograma com plaquetas, VHS, glicemia, eletrólitos ( $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$ ,  $\text{Ca}^{++}$ ,  $\text{Mg}^{++}$ ), CPK, aldolase, TGO, uréia, creatinina, sumário de urina, RX do tórax, ECG.

Obs.: guardar soro da fase aguda.

SNC = Sistema Nervoso Central

SNP = Sistema Nervoso Periférico

### 1) Ataques de Pânico:

Taquicardia; sudorese; dor pré-cordial; respiração curta.

Situação que exige realização do diagnóstico diferencial com: hipocalcemia, hipertireoidismo, IAM, angina e hipoglicemia.

Tratamento:

Benzodiazepínicos são úteis durante o tratamento inicial para alívio mais urgente de ansiedade antecipatória e dos ataques de pânico incapacitantes. Alprazolam pode ser efetivo na dose de 1 a 2 mg/dia, embora muitos pacientes necessitem de 5 a 6 mg/dia, em doses divididas de 2 a 4 vezes/dia; outros benzodiazepínicos são efetivos em dosagens equivalentes.

### 2) Episódios Dissociativos:

Amnésia psicogênica (localizada); alteração da consciência (discreta); alteração da memória (eventos de curto período); início abrupto; alterações motoras voluntárias (contorções de mãos e braços)

Situação que exige realização de diagnóstico diferencial com: TCE, TU cerebral, acidentes cardio-vasculares e uso de substâncias.

Tratamento:

Benzodiazepínicos (clonazepam) quando a desregulação afetiva apresenta-se como ansiedade; neuroléptico, em doses baixas, para descontrolo comportamental grave.

### 3) Mania ou Hipomania:

Agitação psicomotora; humor eufórico e/ou irritável; aceleração no discurso e pensamento; dificuldade de concentração.

Situação que exige diagnóstico diferencial com: uso de substâncias (anfetaminas e estimulantes), hipertireoidismo, esclerose múltipla, tumor cerebral e outras doenças neurológicas. Atenção quando sintomas iniciarem após 50 anos, o que é raro, e fala mais para organicidade.

Tratamento:

Controlar rapidamente agitação, agressividade e impulsividade. Benzodiazepínico pode ser útil em curto prazo; neurolépticos VO ou IM nos casos mais graves.

### 4) Síndrome Neuroléptica Maligna:

Febre; rigidez muscular; diminuição do nível de consciência; taquicardia; labilidade de pressão arterial; sudorese excessiva; aumento da enzima creatofosfoquinase (CPK); leucocitose; uso de neurolépticos.

Situação que ocorre em decorrência do uso dos chamados neurolépticos típicos (antagonistas dos receptores dopaminérgicos), também podendo aparecer pelo uso dos atípicos (além de bloquear receptores dopaminérgicos atuam também nos serotoninérgicos). Todos os neurolépticos têm o potencial de desencadear sintomas graves, independente de ser típico (haloperídol, pericazina, tioridazina,...) ou atípico (olanzapina, risperidona e clozapina).

Exige diagnóstico diferencial com hipertermia maligna, insolação, encefalites e outras infecções do SNC.

Tratamento:

Deve ser feito em regime de Terapia Intensiva. O neuroléptico deve ser interrompido imediatamente, sendo oferecidas medidas de suporte geral com controle dos sinais vitais e encaminhamento para internação em unidade psiquiátrica, em hospital geral (Hospital de Base do DF).

### 5) Distonias Agudas:

Contrações musculares; crises oculogiratórias; torcicolos; protusão da língua; laringoespasmos; uso de Neurolépticos.

Situação que ocorre, em geral, nas primeiras horas ou dias após a introdução de medicação neuroléptica.

Tratamento:

Anticolinérgicos; em geral é utilizado o biperideno, por via oral ou intramuscular, até de 8/8 horas ou a prometazina. O laringoespasmos é uma situação de risco de vida, exigindo tratamento imediato com estas medicações via endovenosa.

### 6) Síndrome de Abstinência Alcoólica:

Situação que ocorre quando as pessoas que bebem de forma excessiva diminuem ou param a sua ingestão habitual.

**Não complicada:**

Tremor; irritabilidade; náuseas e vômitos; taquicardia; aumento da pressão arterial; sudorese; hipoten-

são ortostática; febre; insônia; inquietação psicomotora.

**Tratamento:**

Verificar anemia, déficit vitamínico, glicemia e descompensações hidroeletrólíticas; investigar comprometimento dos aparelhos gastrointestinal/circulatório/respiratório e SNC.

Aporte hídrico e nutricional. Sedação com benzodiazepínicos: Diazepam 10mg VO a cada hora até sedação leve. Na maior parte dos casos não é necessária dose extra. Suplementar dose, se necessário, após avaliação clínica. Ácido fólico 1 mg VO 04 vezes ao dia; Tiamina 100 mg VO 04 vezes ao dia; Complexo multivitamínico VO 01 vez ao dia; Sulfato de magnésio 1g IM a cada 06 horas por 2 dias; se houver abstinência seguida por convulsões (Mg é um cofator para o metabolismo da tiamina).

**Com Delirium Tremens:**

Situação com início cerca de 72 horas após a última dose e duração de 2 a 6 dias.

Estado confusional flutuante; estreitamento do campo vivencial; desorientação temporo-espacial; déficit de memória de fixação; desagregação do pensamento; alucinações visuais e táteis; delírios persecutórios; labilidade do afeto.

**Tratamento:** necessidade de internação em hospital geral, contenção mecânica e cuidados gerais como repouso absoluto, dieta leve ou jejum. Monitorização da glicemia, dos eletrólitos e da hidratação.

Tiamina: 300 mg /dia IM. Se apresentar confusão mental, ataxia, nistagmo, aumentar a dose.

Diazepam 10 a 20 mg VO de hora em hora ou; Clordiazepóxido 50 a 100 mg VO de hora em hora ou; Lorazepam (nos casos de hepatopatias graves) 2 a 4 mg VO de hora em hora até sedação leve.

Se convulsão; diazepam 10 mg EV na crise; Se alucinação alcoólica: haloperidol 5 mg IM.

**O QUE NÃO FAZER:**

Administrar glicose indiscriminadamente (risco de precipitar a Síndrome de Wernicke causada pela deficiência de tiamina). A glicose deve ser aplicada parenteralmente após administração de tiamina.

Administrar clorpromazina ou outros neurolepticos sedativos de baixa potência para controle da agitação (pode induzir convulsões). O mais adequado é o haloperidol.

Hidratar indiscriminadamente

**Exames Complementares:**

Hemograma Completo; Provas de função hepática: TGO, TGP, Gama-gt, tempo de protrombina, albumina e proteína total e frações; Eletrólitos (Ca, Mg, Na e K); Provas de função renal: uréia e creatinina; Glicemia; Colesterol e triglicerídeo; ECG; EAS; RX de tórax.

**7) Intoxicação e Abstinência de Substâncias Psicoativas:**

Situações em que o tratamento, de um modo geral, envolve observação de possíveis overdoses, avaliação de possível intoxicação por múltiplas substâncias e patologias clínicas concomitantes, além de tratamento de suporte, como, por exemplo, proteger o paciente de lesões. Maiores informações vide "Manual de Procedimentos de Assistência aos Pacientes de Álcool e Drogas" (Cosam/SES 2006).

**8) Agitação/Agressividade:**

Situação das mais difíceis na prática médica de urgência. Deve-se observar o comportamento para avaliar o potencial de violência, colher história com familiar e traçar conduta a ser seguida.

**Tratamento:**

Contenção física se faz necessária quando a abordagem verbal não é suficiente para garantir a realização da entrevista e diagnóstico ou quando o paciente persiste em atitude agressiva e resistente a tratamento.

O tratamento medicamentoso visa, em termos gerais, a rápida tranquilização, redução da ansiedade e hiperatividade.

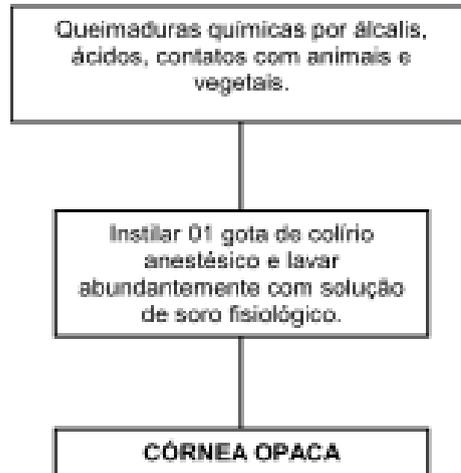
Haloperidol 5mg, por via IM ou VO, até que se obtenha a sedação, com possibilidade de 2 dose após 01 hora, dose máxima total entre 10 a 20mg/dia. Doses maiores deverão ser monitorizadas com ECG (para intervalos QTc alterados considerar avaliação cardiológica e/ou interrupção do neuroleptico). Associar prometazina 25 mg VO/ 50 mg IM ou biperideno 5mg IM/ 2 mg VO.

Benzodiazepínico: diazepam ou clonazepam, por VO, devem ser cogitados, em casos de agressividade com ansiedade acentuada.

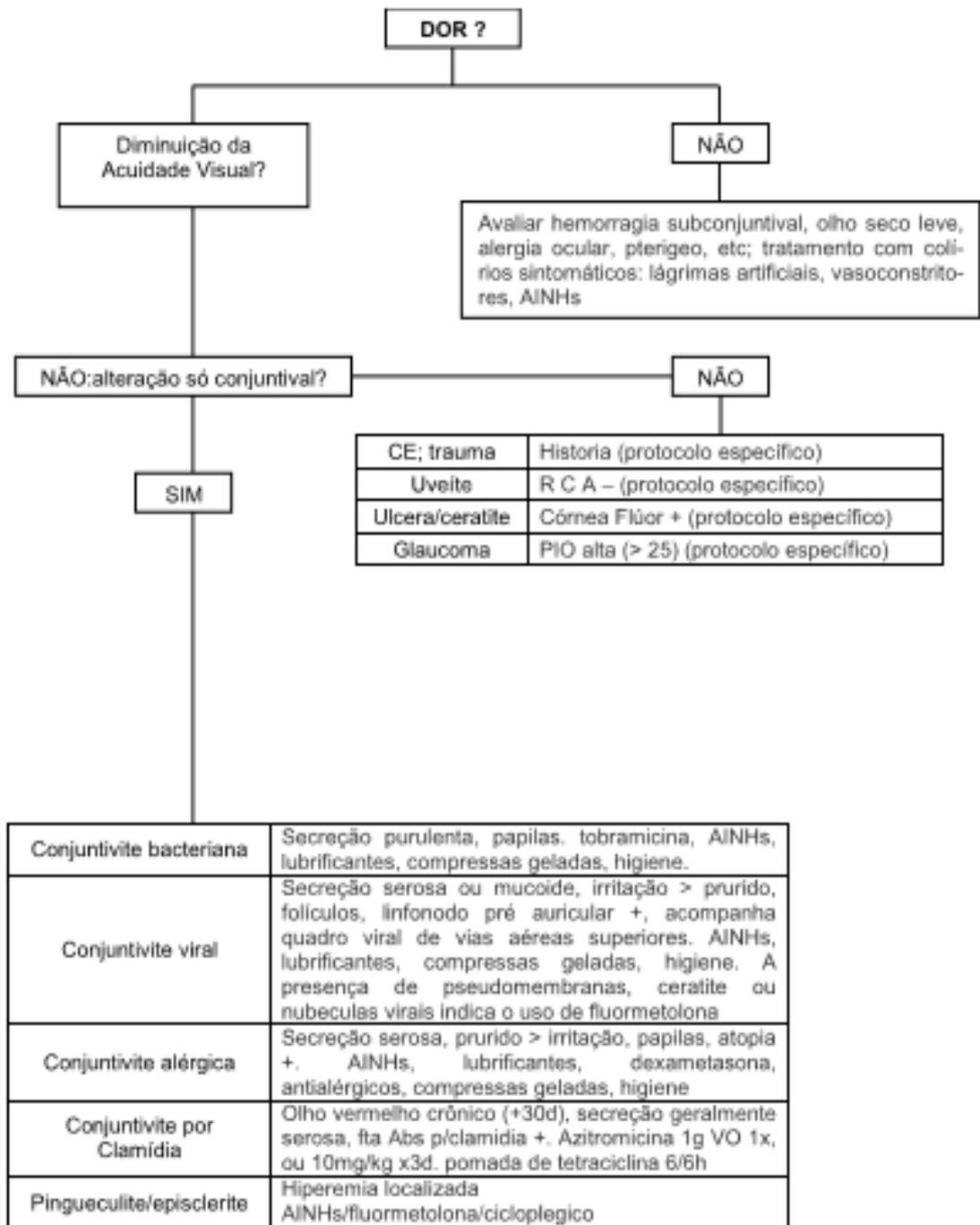
Embora diversos esquemas sejam propostos, o esquema acima evita, ao máximo, o rebaixamento de consciência e complicações sistêmicas como alterações dos sinais vitais.

O tratamento do quadro específico deverá ter prosseguimento, após abordagem de emergência, em regime de internação ou ambulatorial.

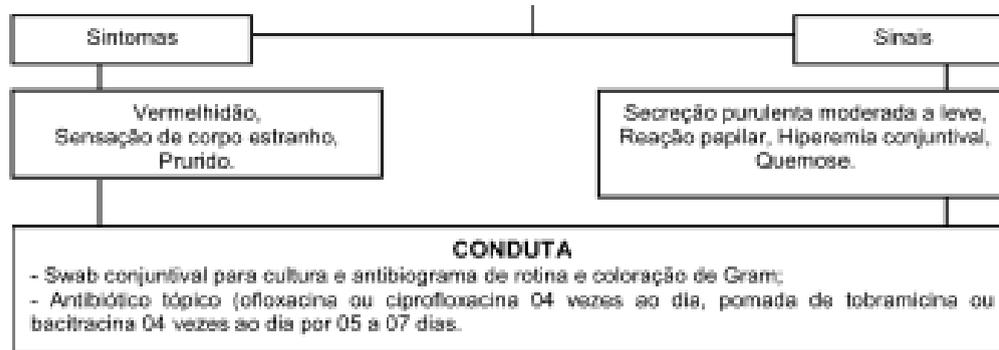
## TRAUMAS QUÍMICOS



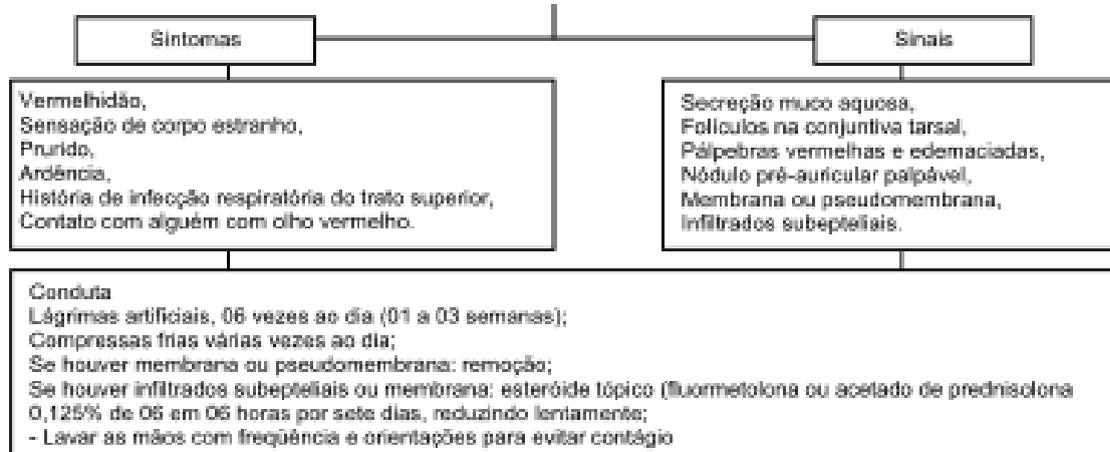
## OLHO VERMELHO



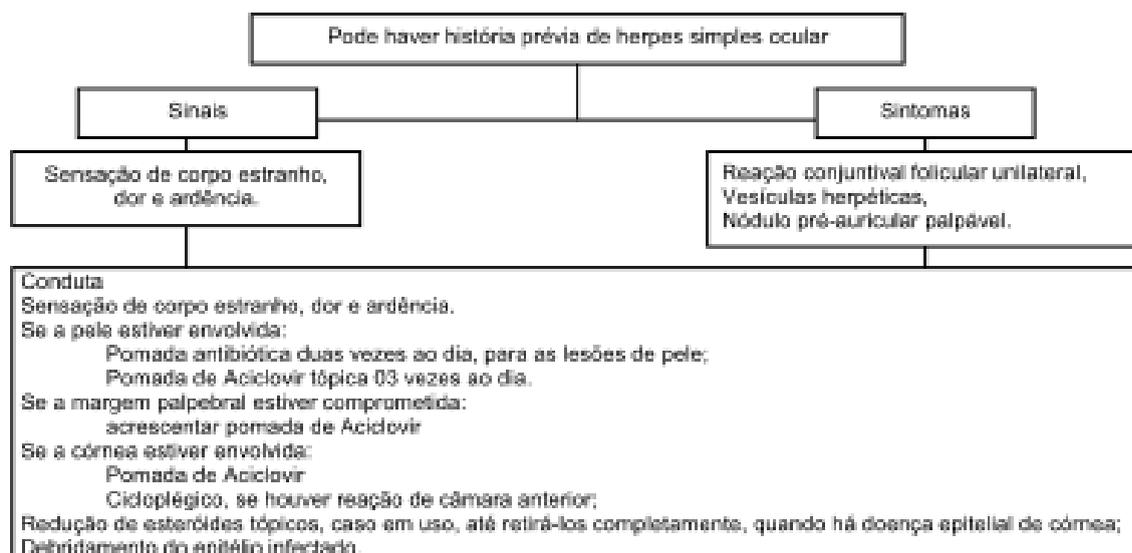
## CONJUNTIVITE BACTERIANA



## CONJUNTIVITE VIRAL



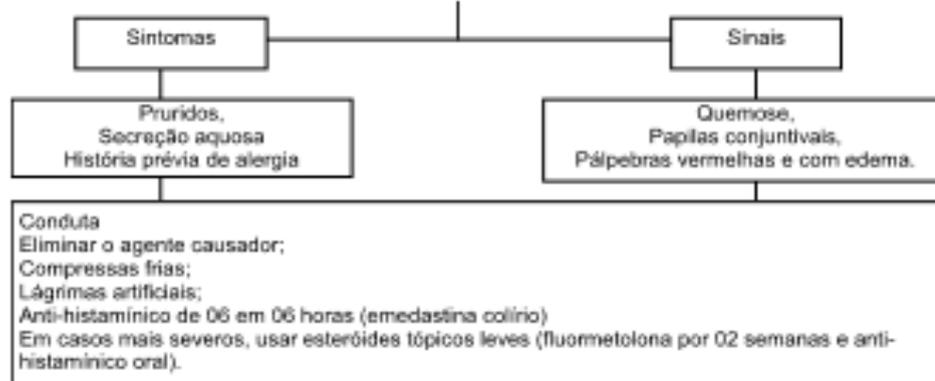
## CONJUNTIVITE POR HERPES SIMPLES



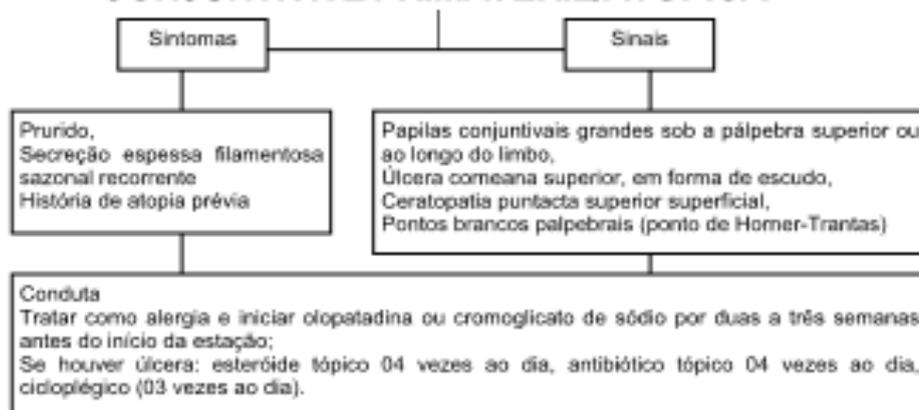
\* **Observação** – Quando há suspeita de doença herpética primária: Aciclovir 400mg, via oral, cinco vezes ao dia (por 07 a 14 dias)

\* **Contra-indicado** em pacientes grávidas e/ou com doença renal.

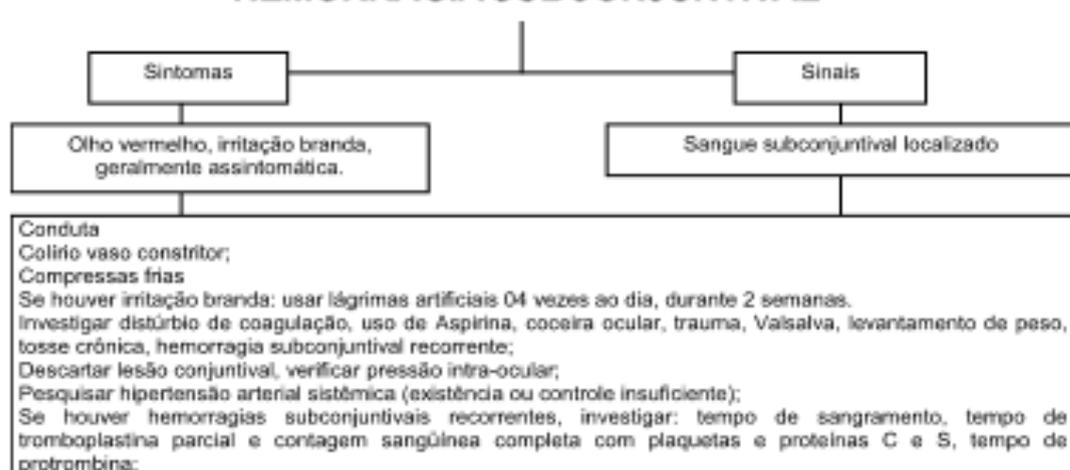
## CONJUNTIVITE ALÉRGICA



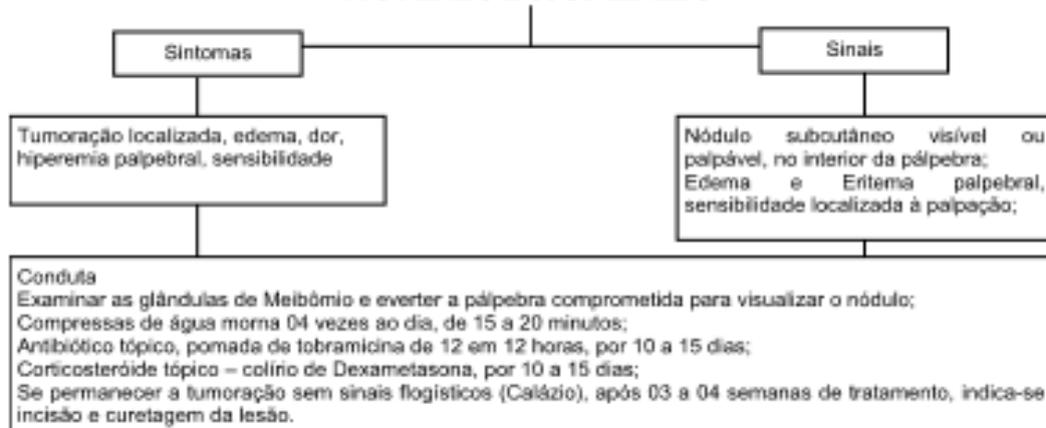
## CONJUNTIVITE PRIMAVERIL/ATÓPICA



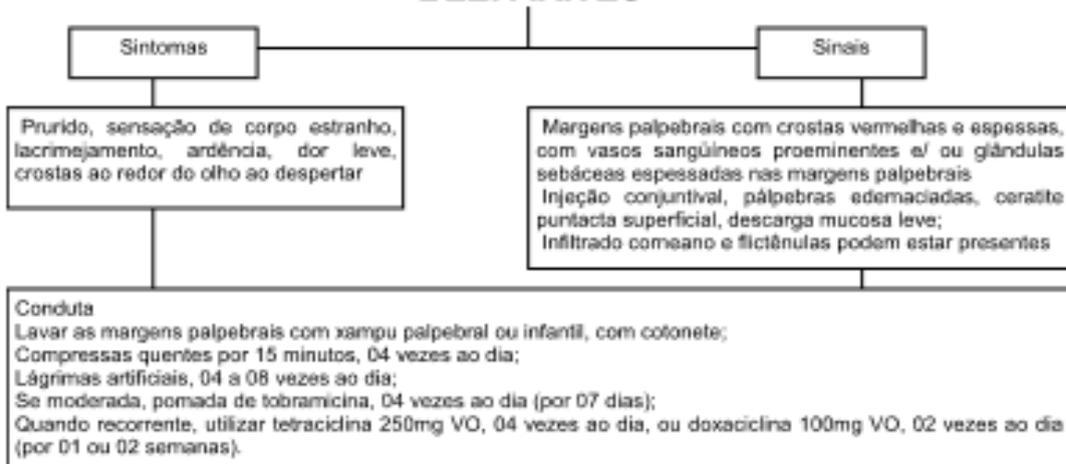
## HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL



## HORDÉOLO/CALÁZIO



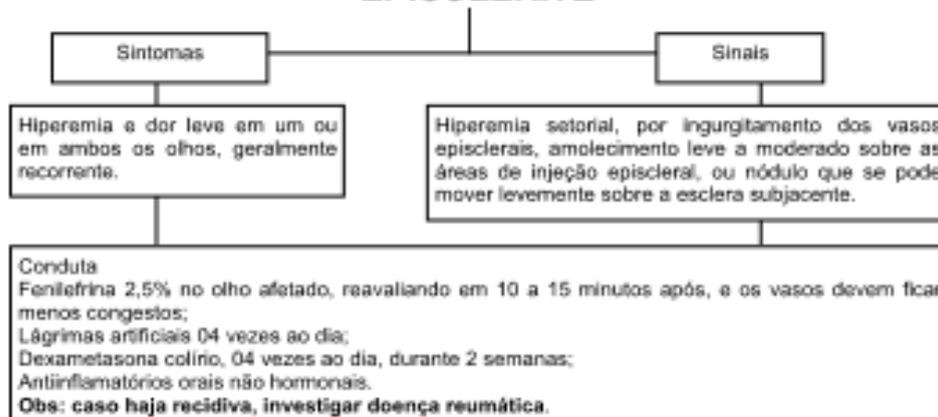
## BLEFARITES



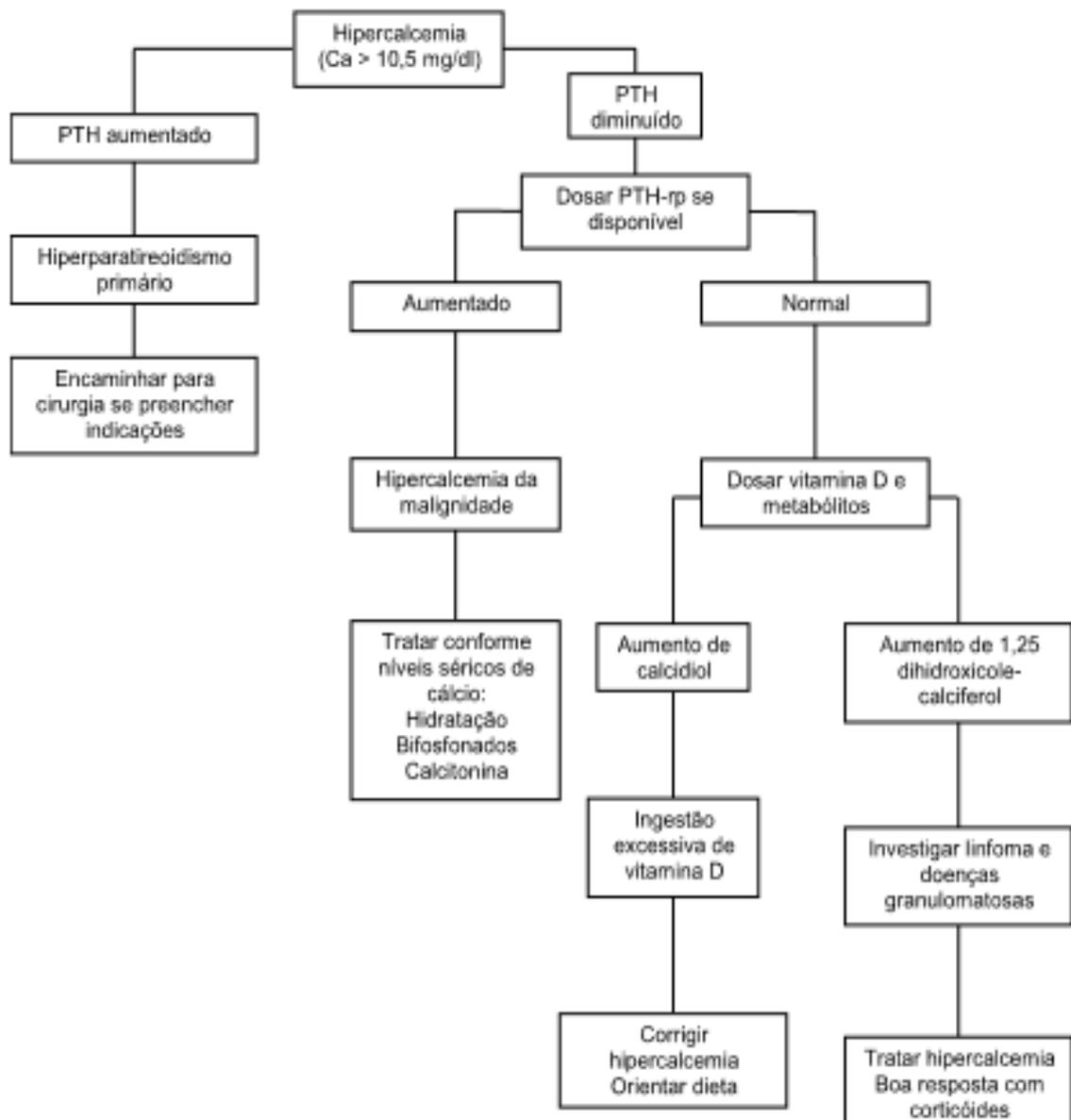
### Observação:

Tetraciclina não deve ser usada em mulheres grávidas ou que estejam amamentando, ou em crianças abaixo de oito anos. Pode-se substituir por eritromicina 250mg VO, 04 vezes ao dia.

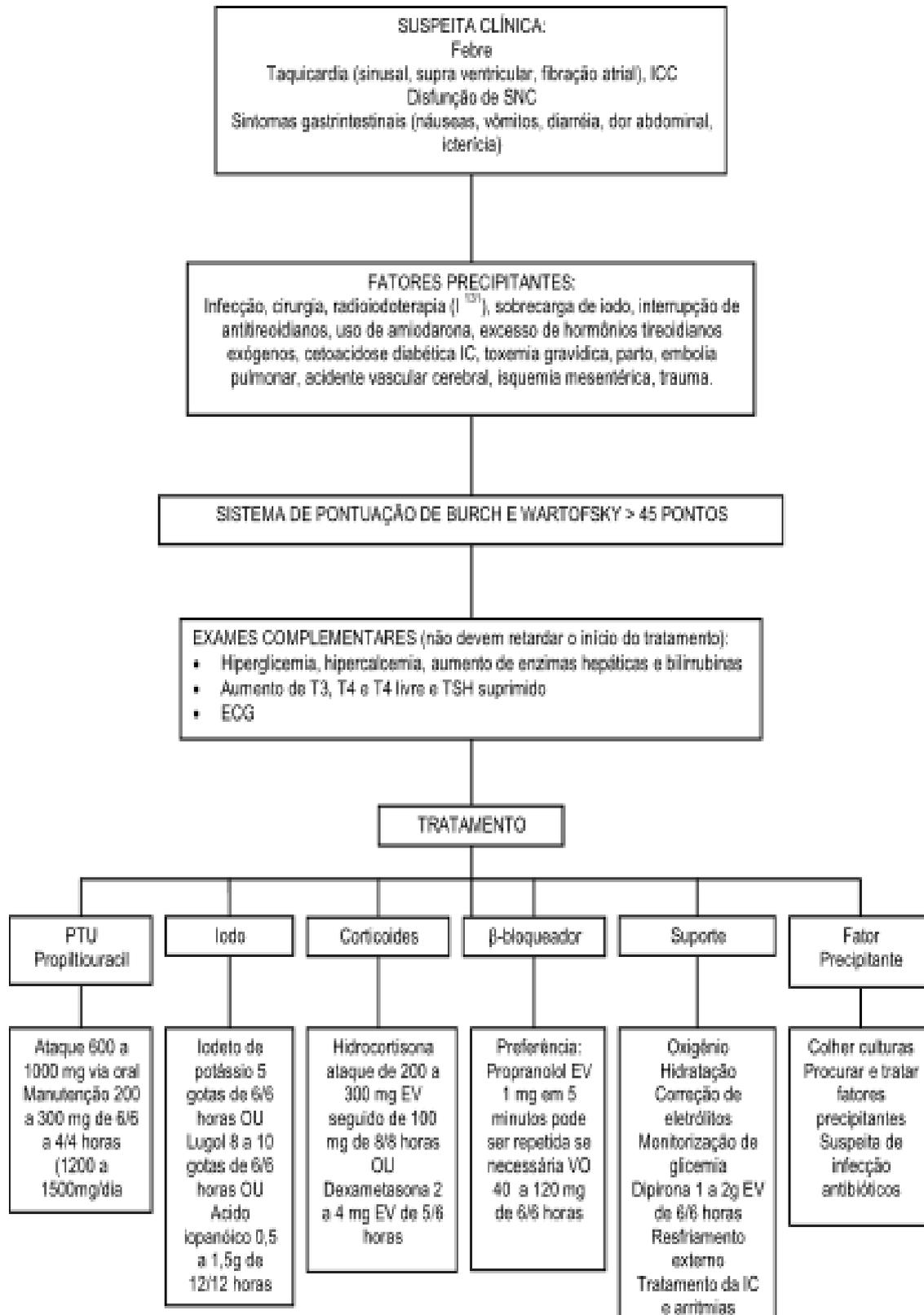
## EPISCLERITE



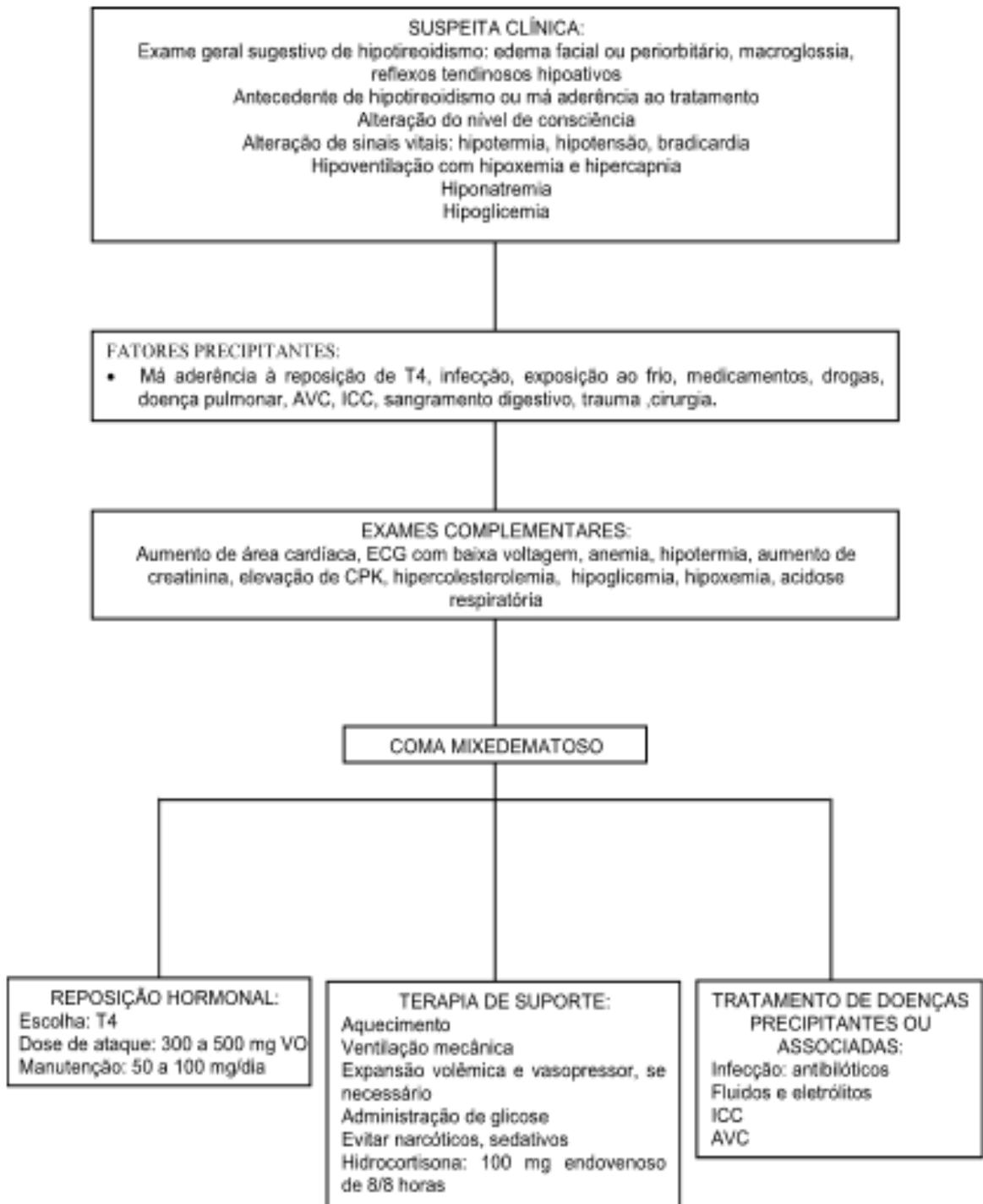
## HIPERCALCEMIA



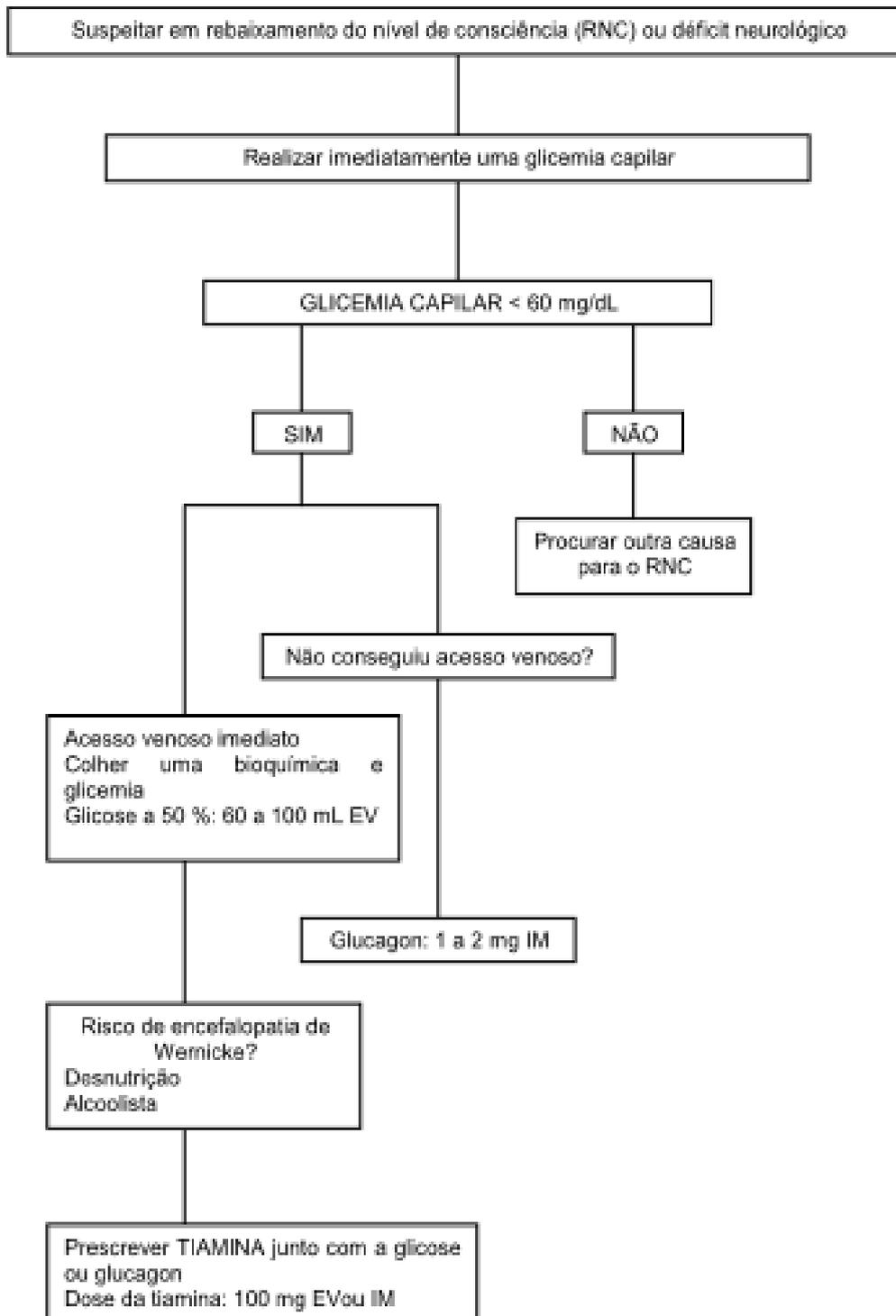
## CRISE TIREOTOXICA



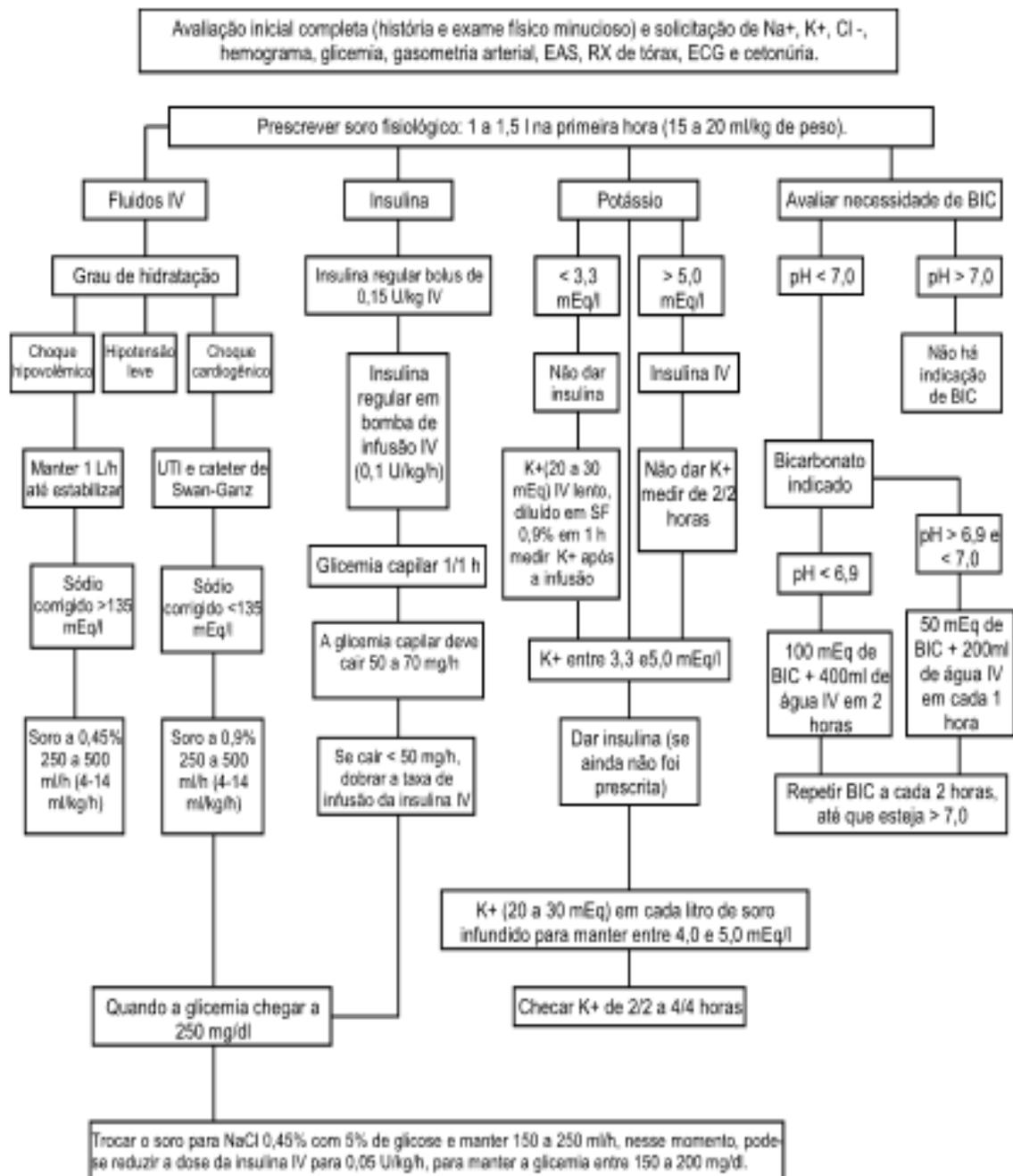
## COMA MIXEDEMATOSO



## HIPOGLICEMIA

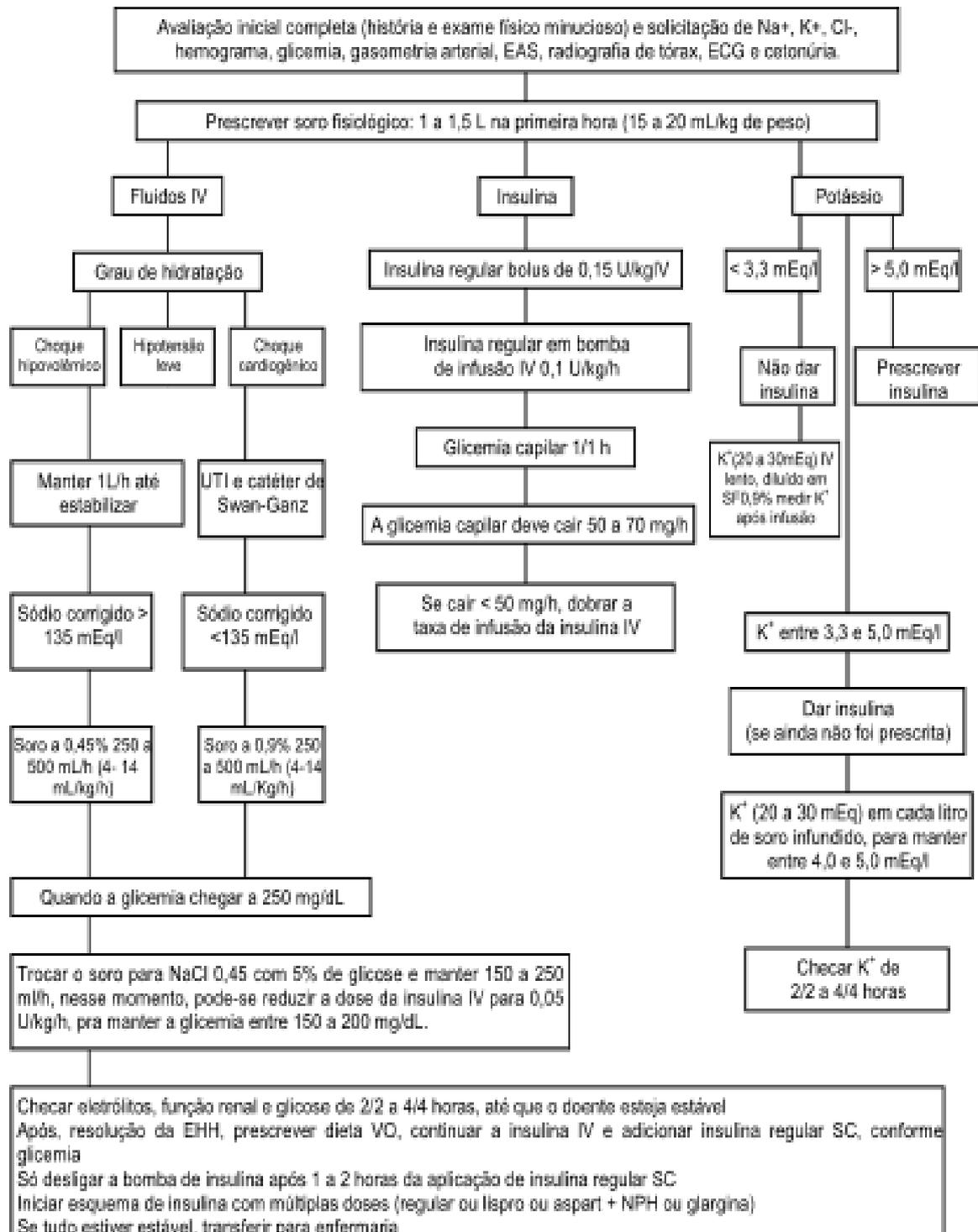


## CETOACIDOSE DIABÉTICA (CAD)

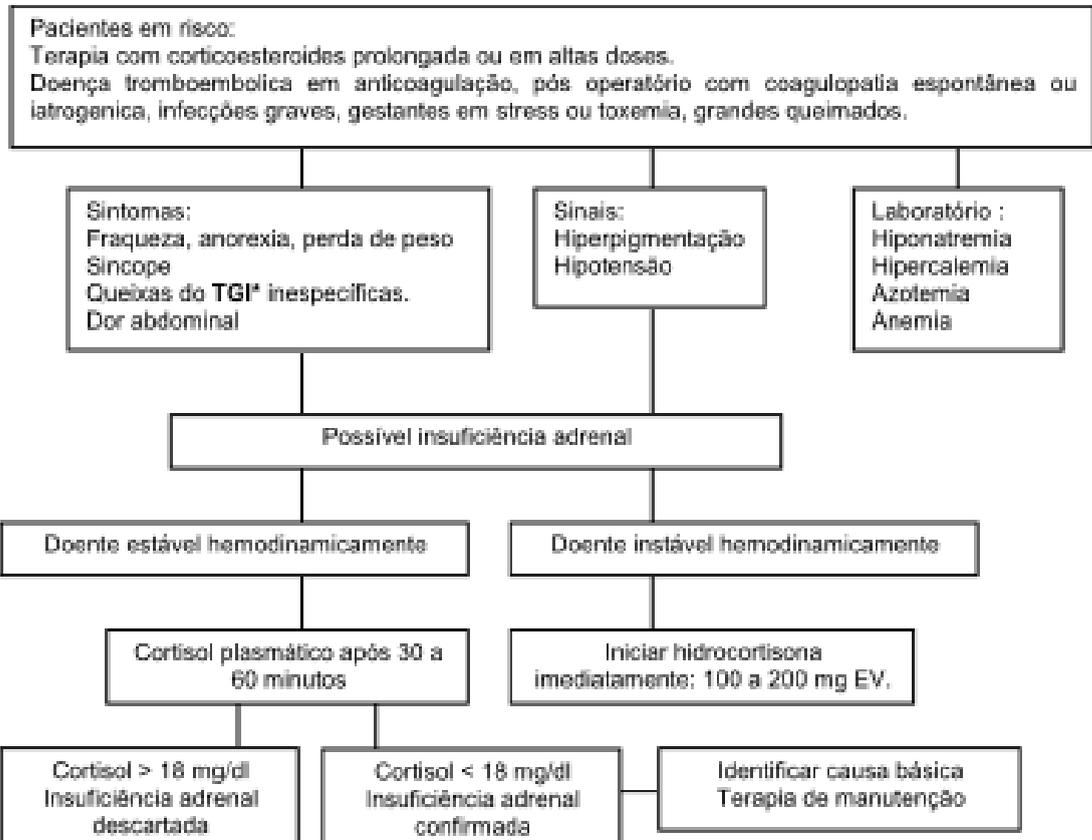


Checar eletrólitos, função renal e glicose de 2/2 a 4/4 horas, até que o doente esteja estável.  
 Após, resolução da CAD, prescrever dieta VO, continuar a insulina IV e adicionar insulina regular SC, conforme glicemia.  
 Só desligar a bomba de insulina após 1 a 2 horas da aplicação de insulina regular SC.  
 Iniciar esquema de insulina com múltiplas doses (regular ou lispro ou aspart + NPH ou glargina).  
 Se tudo estiver estável, transferir para enfermaria.

## ESTADO HIPEROSMOLAR HIPERGLICÊMICO (EHH)

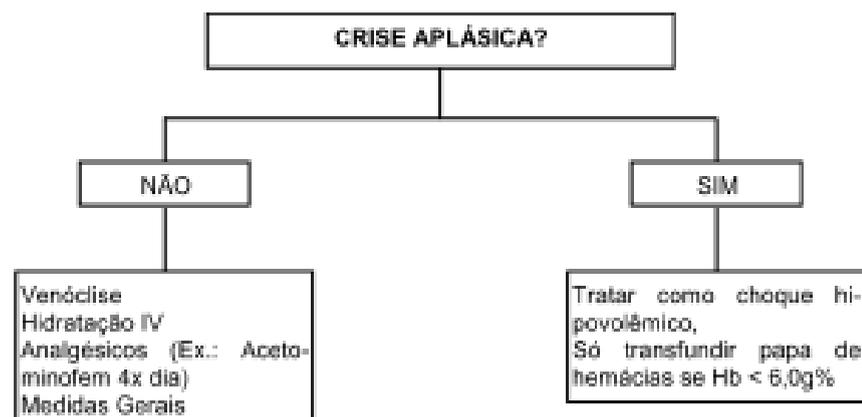


## INSUFICIÊNCIA ADRENAL



TGI - Trato Gastrointestinal

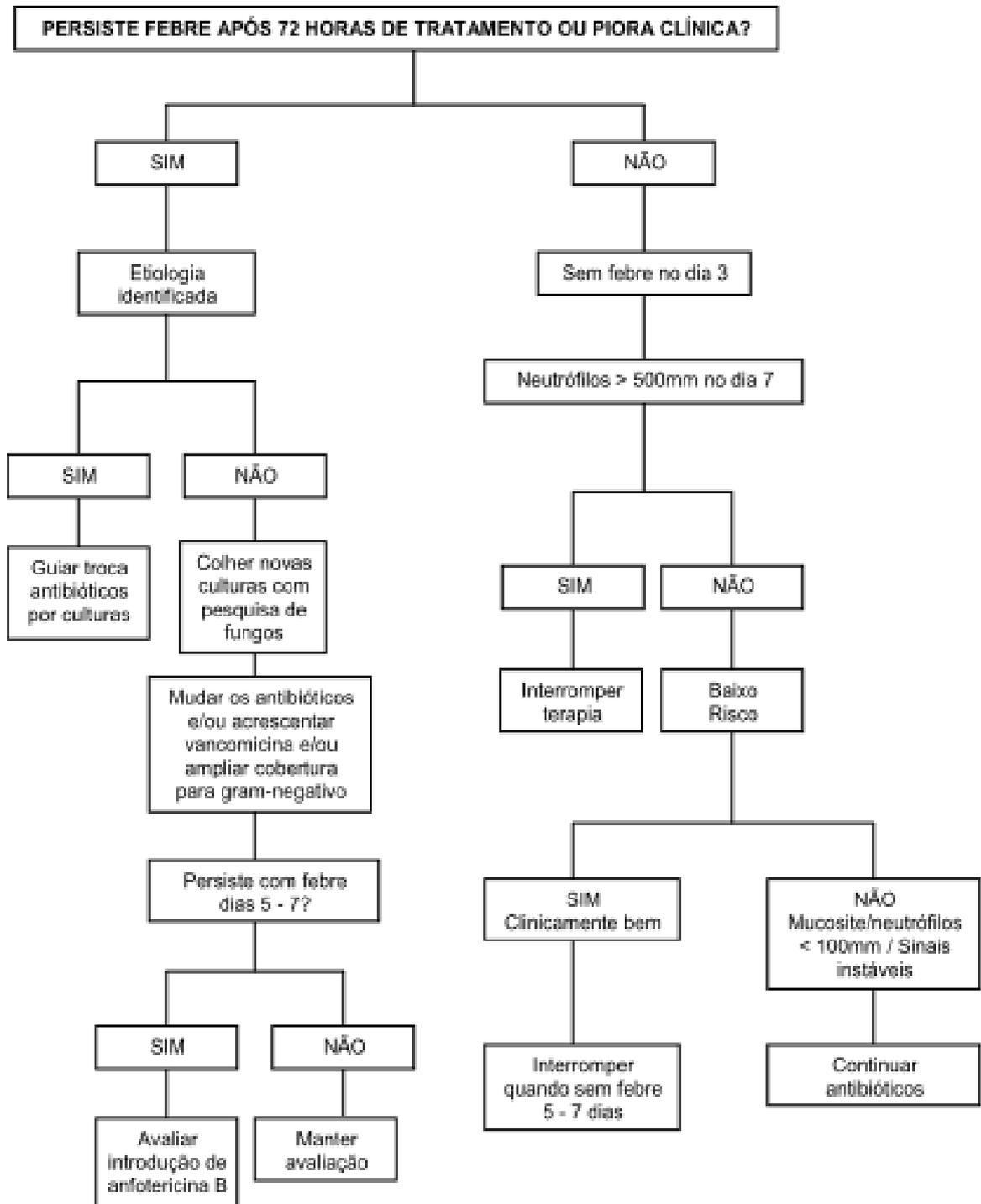
## CRISE FALCÊMICA



### MEDIDAS GERAIS:

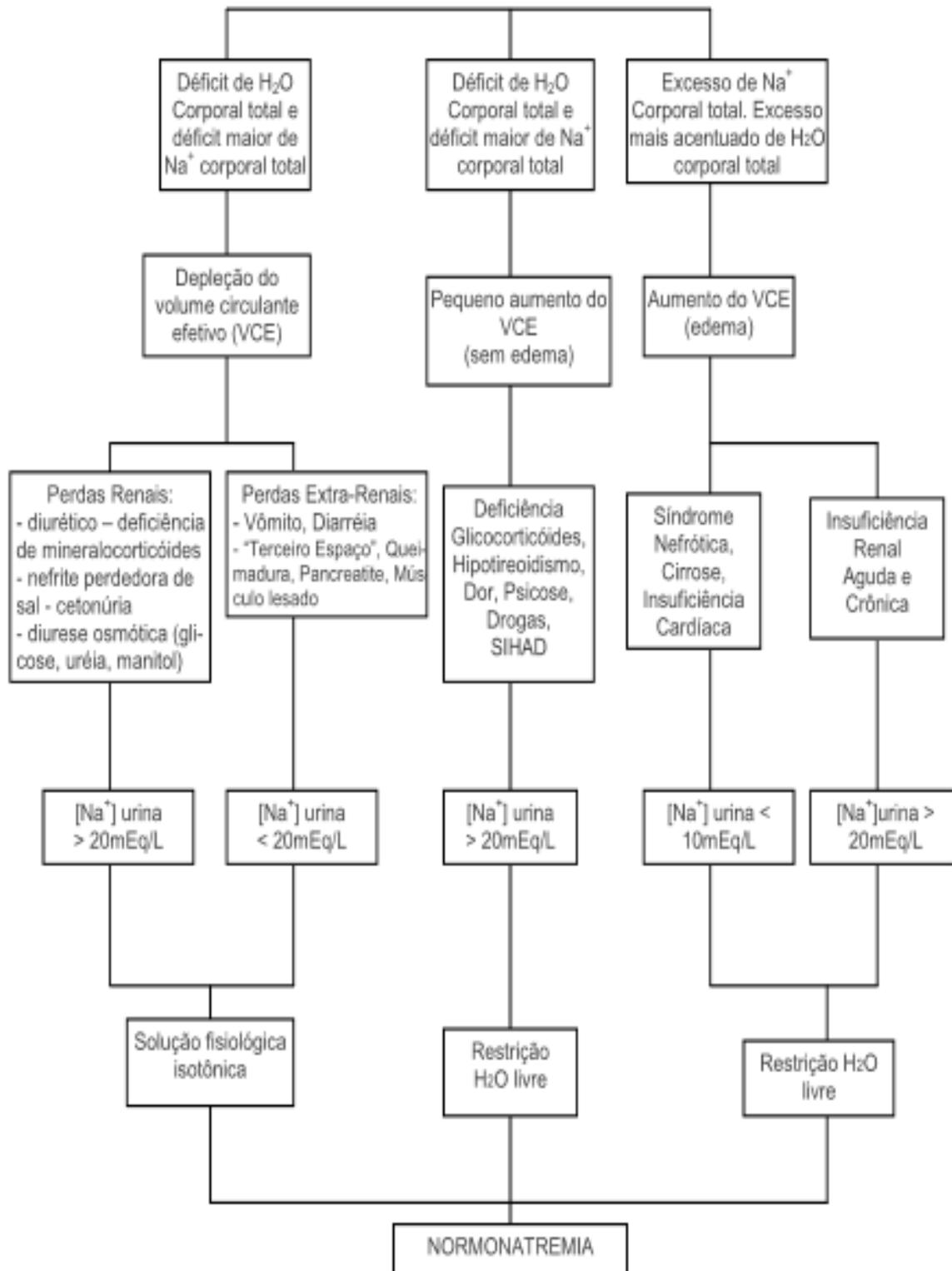
Venóclise  
 O<sub>2</sub> sob catéter nasal  
 Analgésicos  
 Ácido fólico, 2,5mg/dia  
 Pesquisar fator precipitante (frio, infecção, estresse, desidratação, esforço físico)  
 Pedir hemograma, eletrólitos, RX tórax, EAS.

## NEUTROPENIA FEBRIL - II

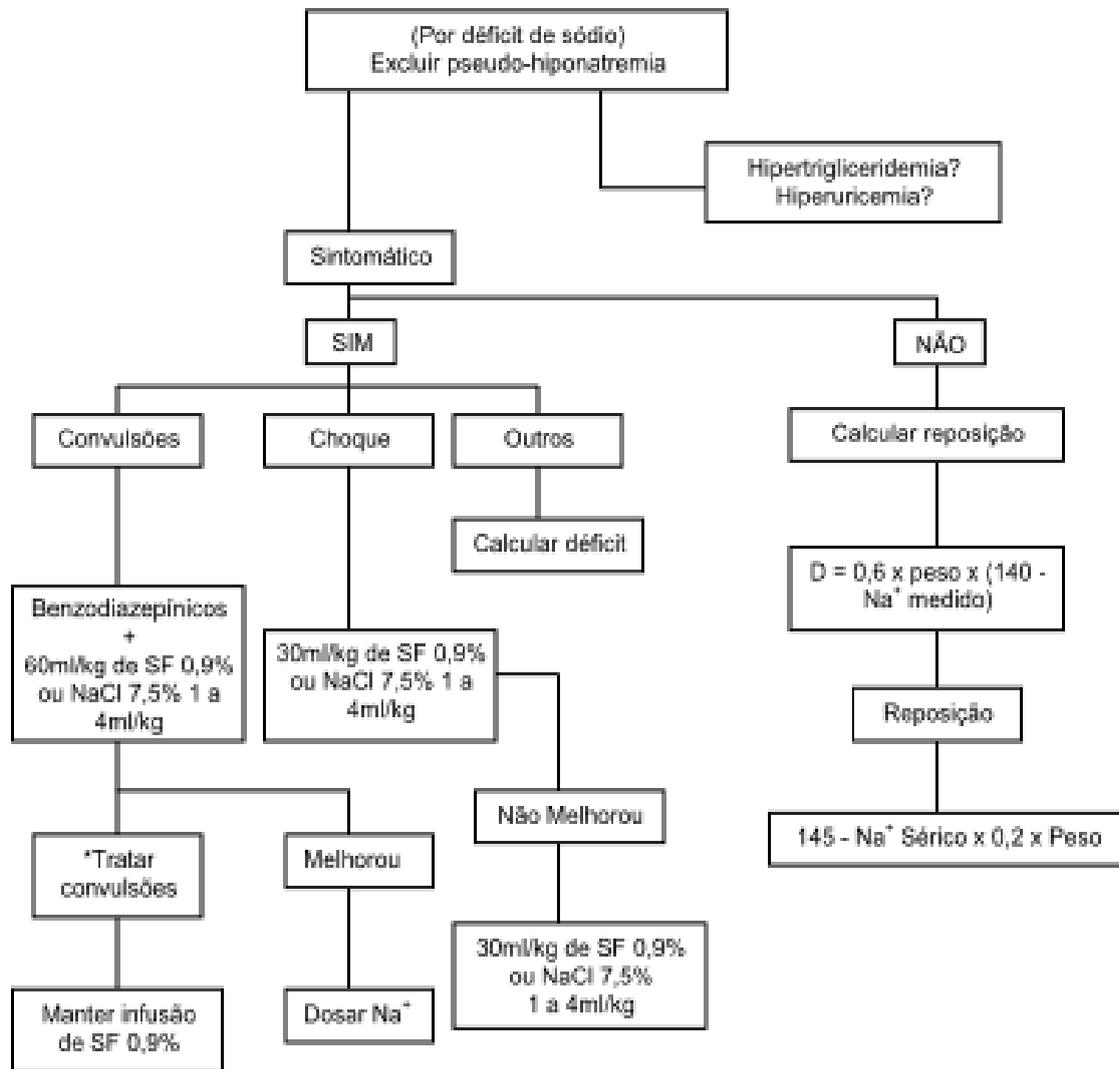


## DISTÚRBIOS HIDROELETROLÍTICOS

### HIPONATREMIA - I

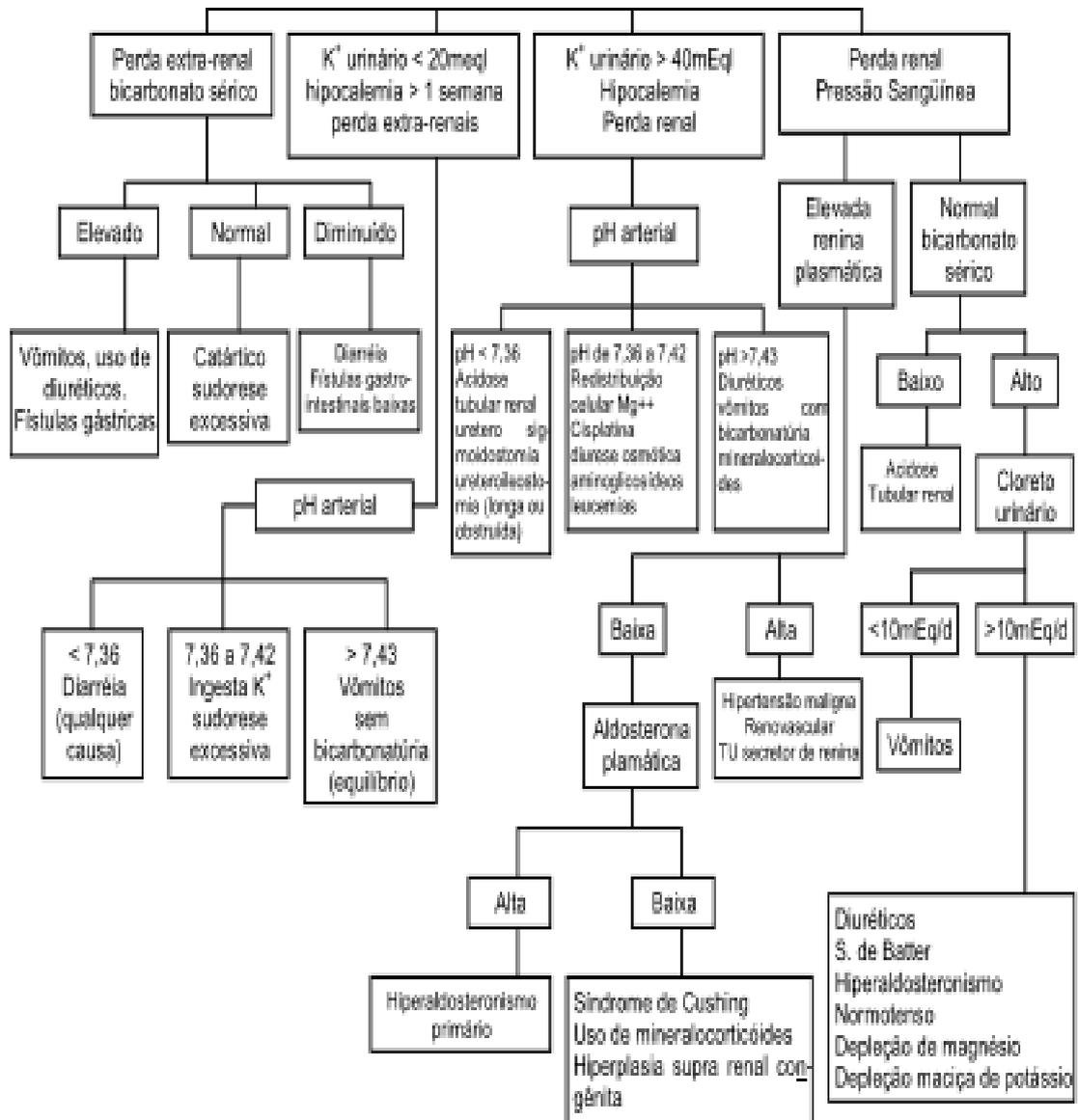


## HIPONATREMIA – II

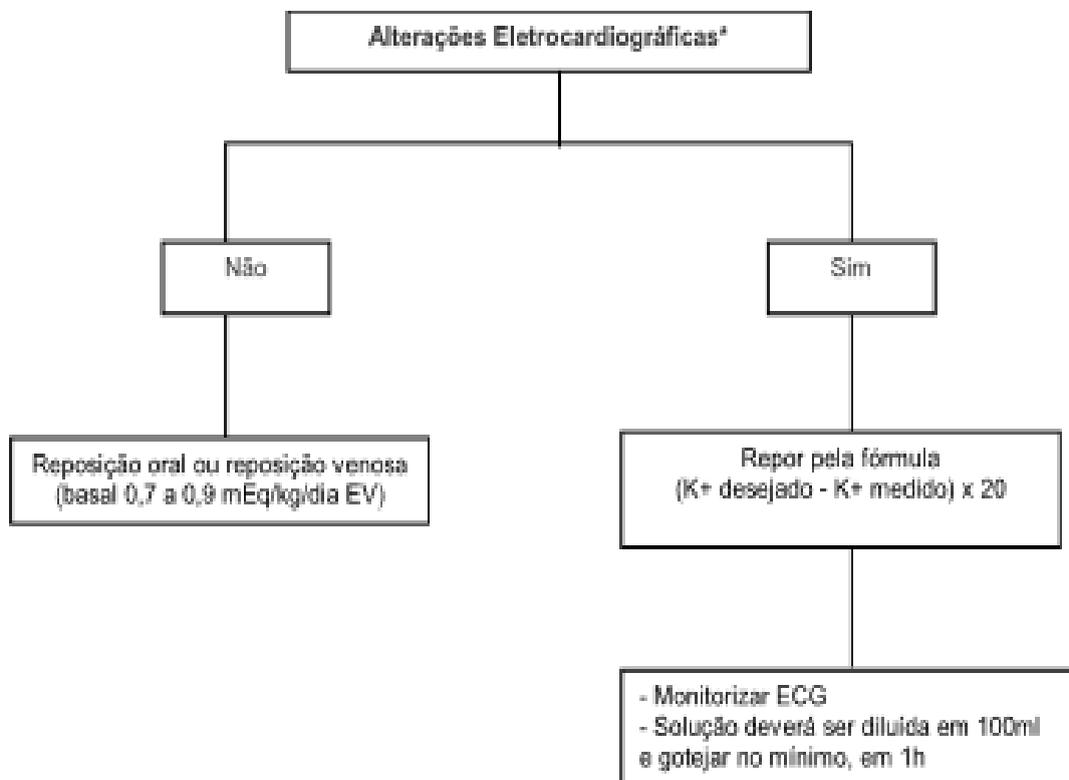


Programar para não ultrapassar, na reposição, 1mEq/h no nível sérico de sódio ou 10 mEq/dia ou não exceder 130 mEq/l nas primeiras 48 horas.  
 O tempo da reposição depende da duração da perda.  
 (\*) Semelhante ao tratamento do Estado de Mal Epilético (EME)

## HIPOCALEMIA - I



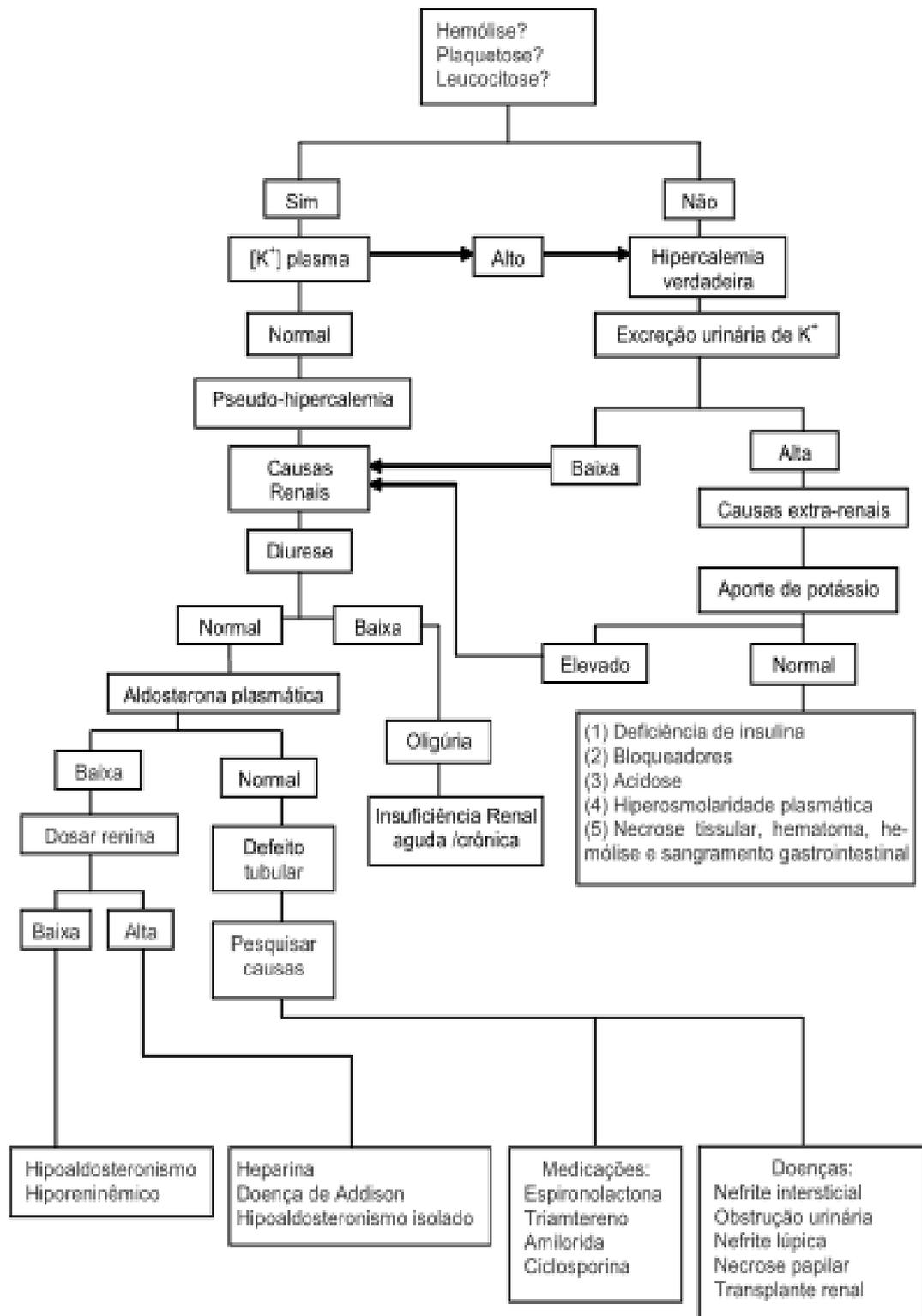
## HIPOCALEMIA - II



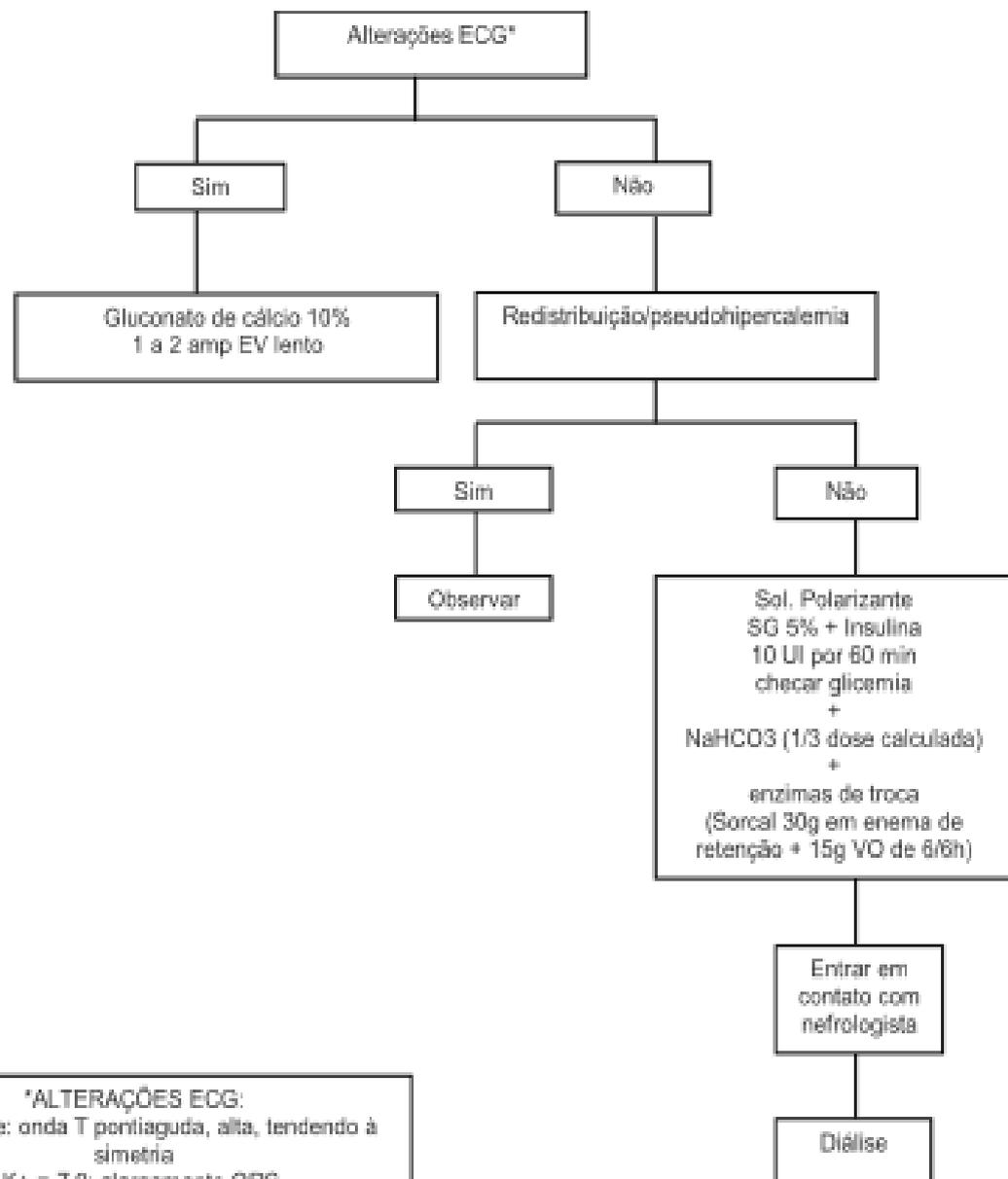
### \*ALTERAÇÕES ST:

- infradesnívelamento ST
- onda T com duração acentuada
- onda U proeminente
- BAV I - II grau
- arritmias

## HIPERCALEMIA - I



## HIPERCALEMIA - II



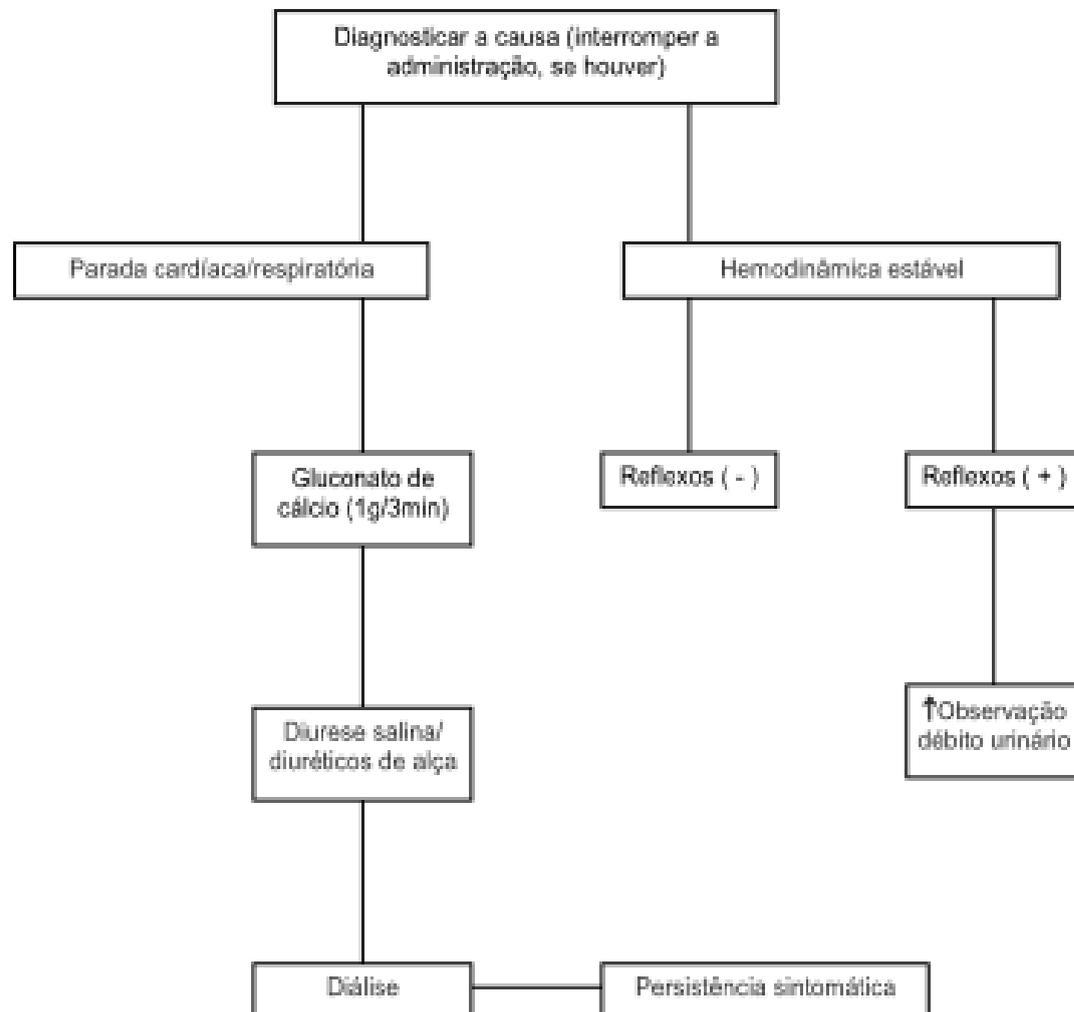
### \*ALTERAÇÕES ECG:

- + Precoc: onda T pontiaguda, alta, tendendo à simetria
- K<sup>+</sup> = 7,0: alargamento QRS
- K<sup>+</sup> > 7,0: diminuição de amplitude e aumento da duração da onda P aumento de PR
- K<sup>+</sup> > 8,0 - 9,0: desaparecimento de onda P
- K<sup>+</sup> > 9,0: QRS e T = complexo multifásico
- \* cálculo normal: NaHCO<sub>3</sub> = peso X BE X 0,3

### HIPERCALEMIA - III

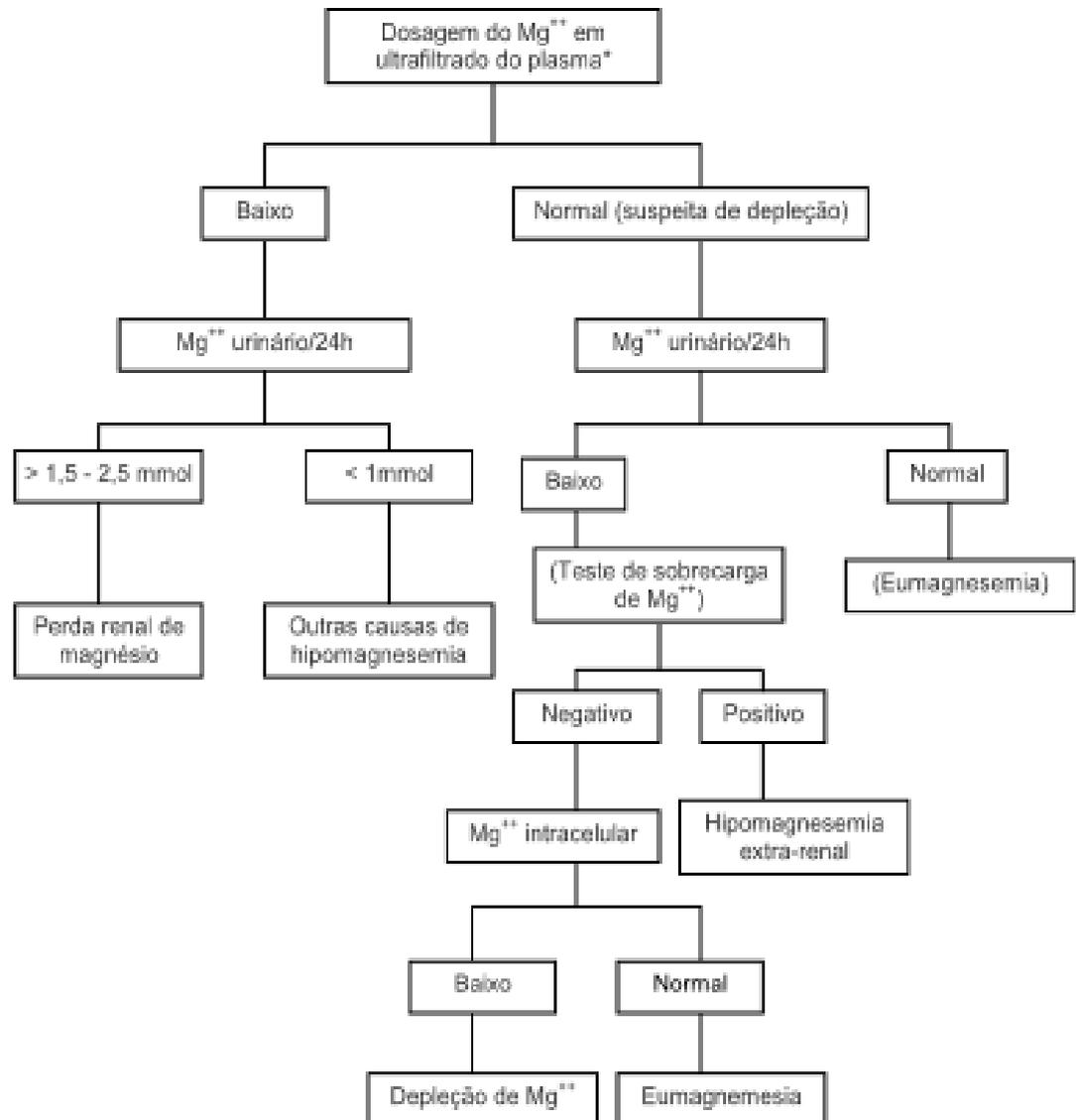
TRATAMENTO	INDICAÇÃO	DOSE	INÍCIO DE AÇÃO	DURAÇÃO	EFEITO NO K <sup>+</sup> PLASMÁTICO	EFEITO NO K <sup>+</sup> CORPORAL TOTAL	MECANISMO DE AÇÃO	OBSERVAÇÕES
Gluconato de cálcio	Hipercalemia severa com alterações no ECG	10ml da solução a 10% EV em 2 a 3 minutos	1 a 5 minutos	30 minutos	Nenhum	Nenhum	Reduz o limiar do potencial de ação e antagoniza a toxicidade neuromuscular e cardíaca da hipercalemia	Ação rápida. Monitorizar ECG. Repetir em 5 minutos se as alterações no ECG persistirem. A associação com digital pode ser perigosa. É utilizado para o tratamento da complicação aguda.
Insulina e glicose	Hipercalemia moderada	5 ou 10U de insulina regular em 50ml de glicose a 50% EV	15 a 45 minutos	4 a 6 horas	Reduz	Nenhum	Desloca o potássio para dentro das células	A glicose é desnecessária se houver hiperglicemia. Se necessário, repetir a insulina a cada 15 min. Acompanhada de infusão de glicose.
Bicarbonato de sódio	Hipercalemia moderada	90 mEq (-2amp) EV em 5 minutos	Imediato	Curta	Reduz	Nenhum	Desloca o potássio para dentro das células	Mais efetivo na presença de glicose. Risco de sobrecarga de sódio. Atentar para o risco de tetania hipocalcémica.
Furosemida	Hipercalemia moderada e creatinina < 3mg%	20 a 40mg (1 a 2amp) EV	15 minutos	4 horas	Reduz	Reduz	Calurese	Útil em condições de baixa excreção de potássio.
Resina Sorbitol	Hipercalemia moderada	retal: 30g de sorcal em 200ml de sorbitol 20% enema com retenção de 45min	1 hora	4 a 6 horas	Reduz	Reduz	Remove potássio	Repetir a cada 4 horas. Usar com cautela em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva.
Díalise	Hipercalemia com insuficiência renal		Imediato	Variável	Reduz	Reduz	Remove potássio	

## HIPERMAGNESEMIA



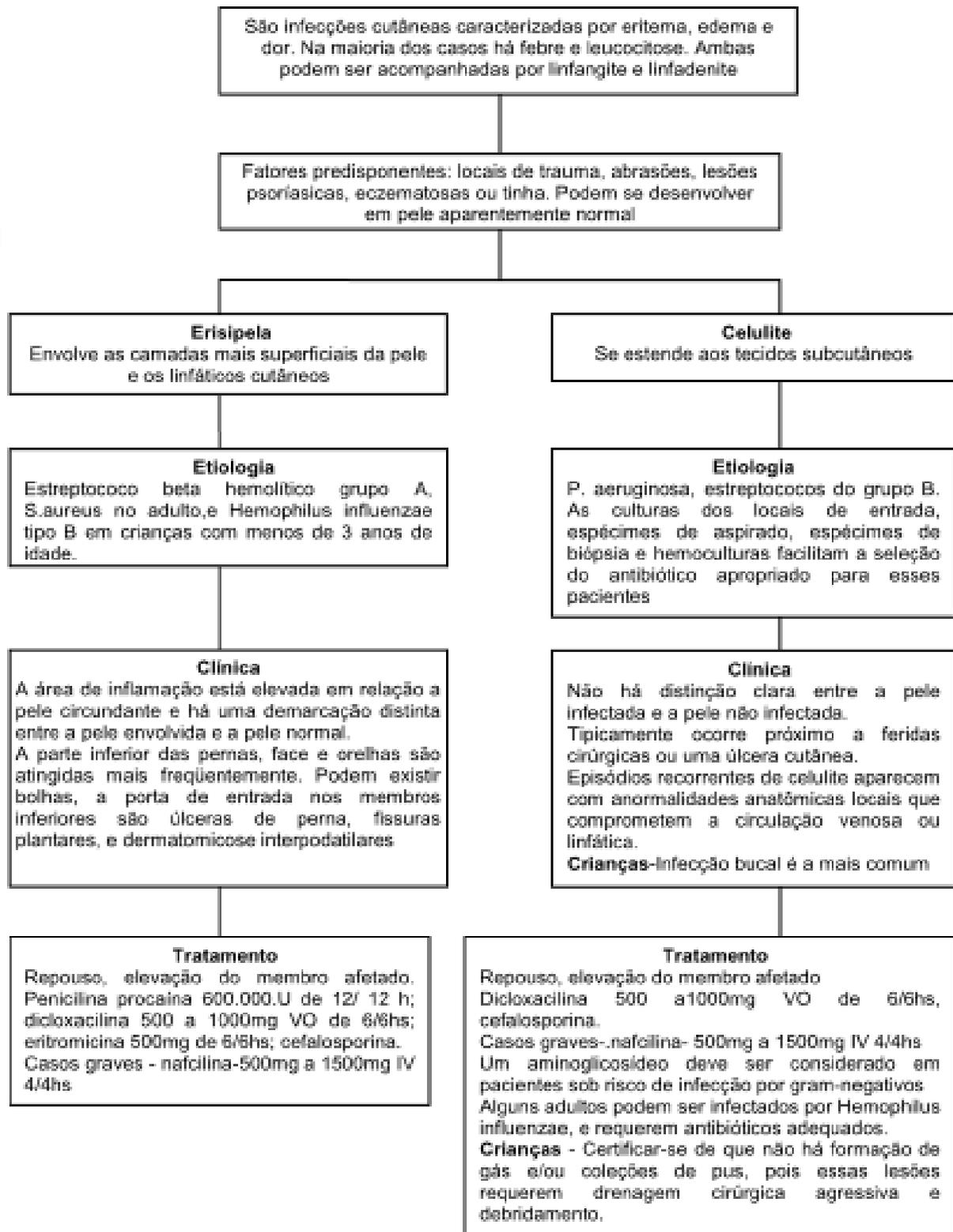
**Administração de cálcio  
(15mg/kg/4 horas)**

## HIPOMAGNESEMIA



\*Dosagem do Mg<sup>++</sup> em soro desproteinizado/ultrafiltrado (sistema de micropartição).  
 \*\*O teste é considerado positivo quando a reposição reverte os sinais e os sintomas clínicos prévios.

## CELULITE E ERISPELA



## FURÚNCULO

### Definição

Coleção delimitada de pus que é uma massa dolorosa, firme ou flutuante. Celulite pode preceder ou ocorrer concomitantemente a ele.

**Abscesso** - cavidade formada por loculações digitiformes de tecido de granulação e pus que se estende para fora ao longo dos planos de menor resistência.

### ETIOLOGIA

Em geral a microbiologia reflete a microflora da parte anatómica envolvida *Estafilococos aureus* (no folículo piloso e glândula sebácea) – é o mais comum.. Outros organismos podem ser encontrados como: Aeróbios - *E.coli*, *P. aeruginosa*, *S.faecalis*; Anaeróbios - *Bacteróides*, *Lactobacillus*, *Peptostreptococcus*

### CONDIÇÕES PREDISPONETES:

Áreas com sudorese e atrito intenso. Oclusão da virilha e das nádegas pelas roupas, sobretudo em pacientes com hiperhidrose. Anormalidades foliculares, como comedões, pápulas e pústulas acneiformes são encontradas com frequência nas nádegas e axilas de indivíduos com furunculose recidivantes.

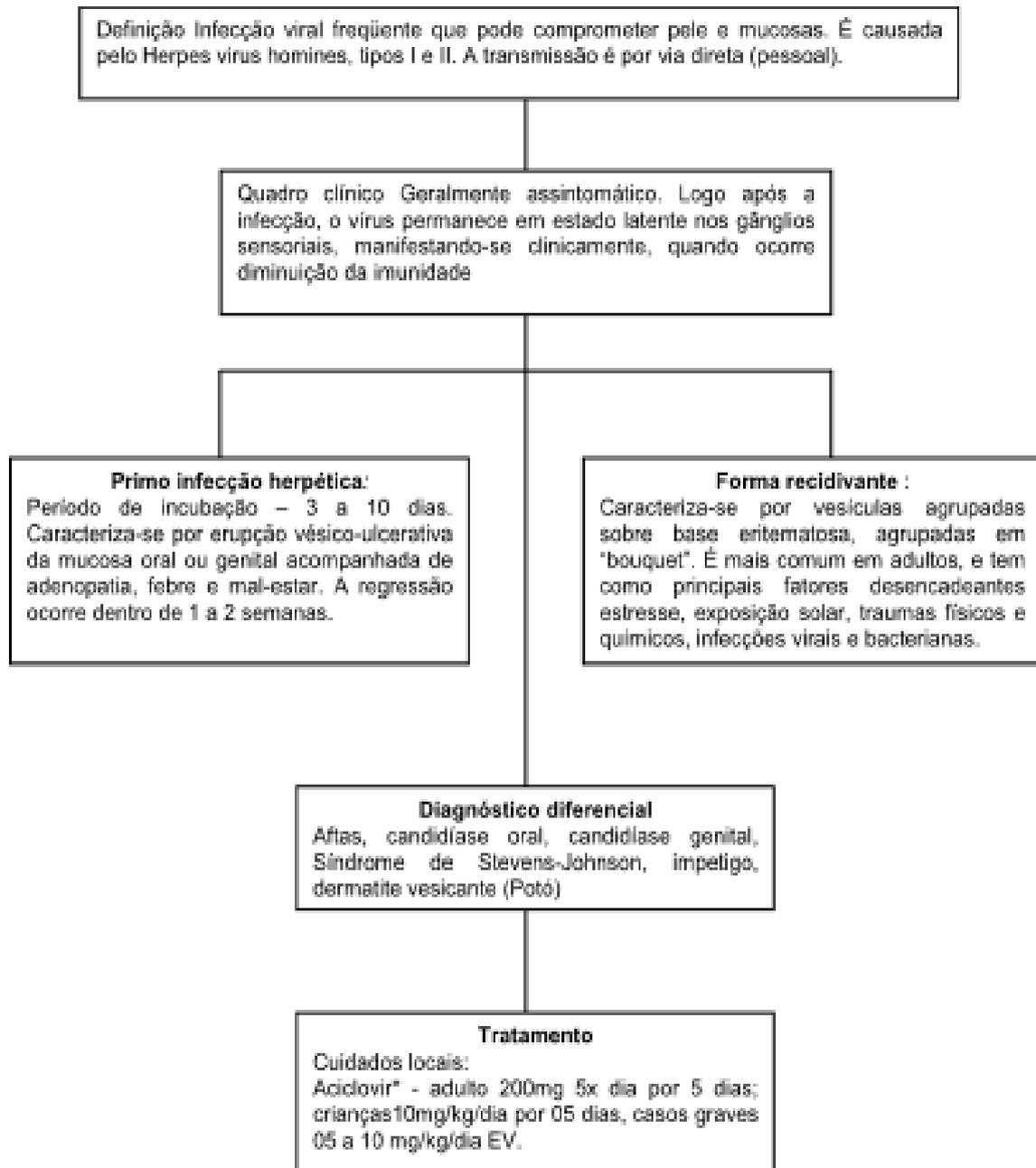
### CLINICA

Inicia-se como pápula vermelha profunda, sensível, firme, que aumenta rapidamente formando um nódulo sensível e profundo que permanece estável e doloroso por dias, tornando-se flutuante. A temperatura é normal e não há sintomas sistêmicos. A dor torna-se moderada a grave a medida que o material purulento se acumula. É freqüente nos pacientes HIV- positivos.

### TRATAMENTO

Compressas quentes e úmidas  
Incisão, drenagem e compressão  
Antibióticos anti-estafilocócicos

## HERPES VÍRUS HERPES SIMPLES



## HERPES VÍRUS HERPES ZOSTER

### DEFINIÇÃO

Infecção causada pelo vírus varicela-zoster. É mais comum em indivíduos com doenças sistêmicas, particularmente imunodepressão

### QUADRO CLÍNICO

Caracteriza-se por vesículas agrupadas sobre base eritematosa, dispostas em faixa unilateral acompanhando trajeto de nervo. Dor nevralgica pode anteceder o quadro e, em 20% dos casos, a nevralgia é intensa e persistente. Isto ocorre principalmente em doentes idosos e/ou que se submetem a tratamento imunossupressor. As lesões cutâneas regredem em aproximadamente duas semanas e podem deixar manchas e cicatrizes .

### TRATAMENTO

Cuidados locais: compressas com água boricada ou  $KMnO_4$ .  
Aciclovir – 800mg 5 x ao dia durante 7 dias.  
Fanciclovir – 250mg de 8/8horas durante 7-10 dias.  
Valaciclovir – 1g de 8/8horas durante 7-10 dias  
Analgésicos

## ECTIMA

### ETIOLOGIA

Streptococcus pyogenes do grupo A, e/ou Staphylococcus aureus

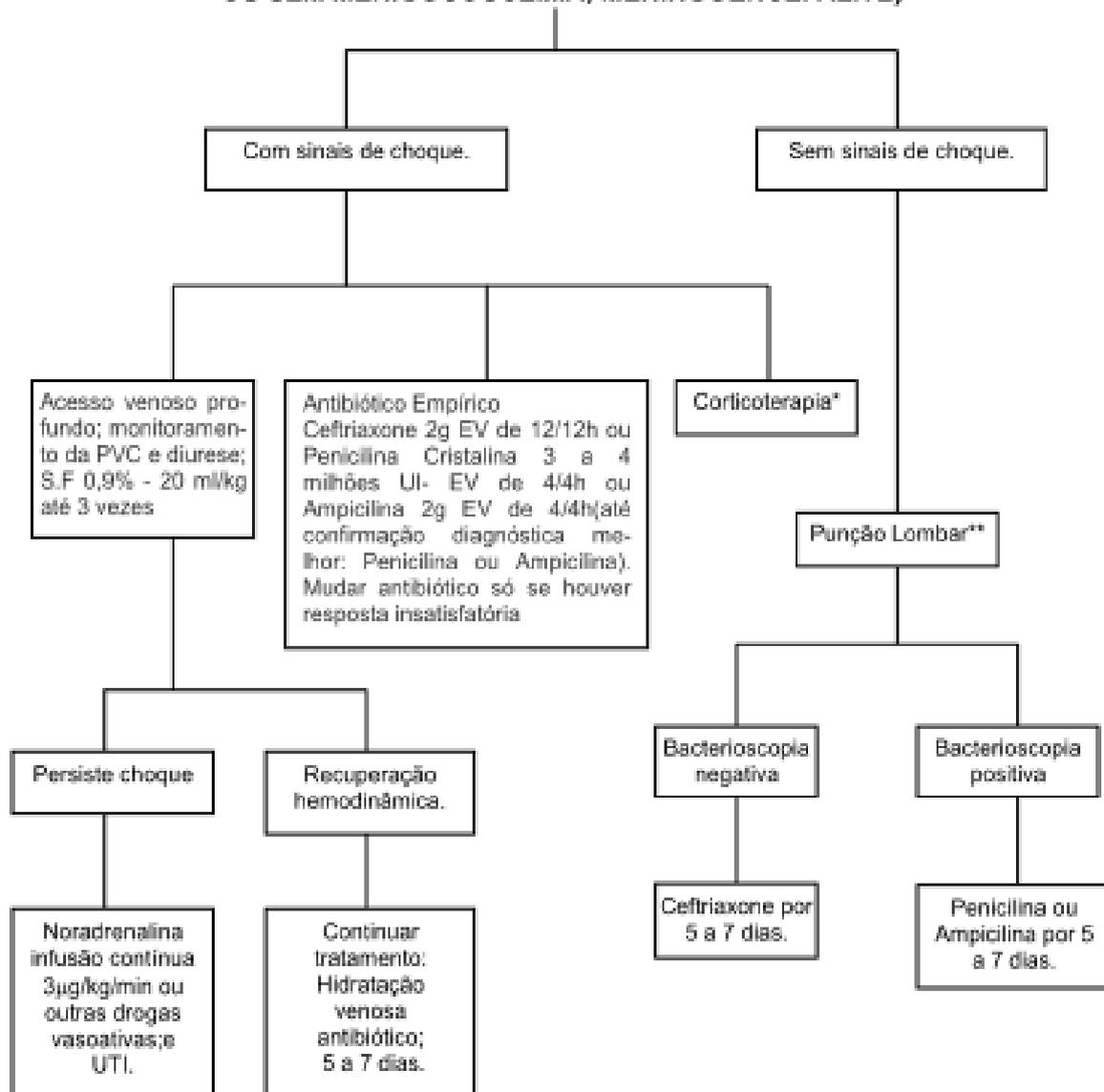
### CLÍNICA

Uma vesícula inicial fugaz deixa uma ulceração superficial. Mais freqüente nas crianças e nas pernas.

### TRATAMENTO

Semelhante ao impetigo: uma vesícula inicial fugaz.

## DOENÇA MENINGOCÓCICA (MENIGOCÓCCEMIA SEM MENINGITE; MENINGITE COM OU SEM MENIGOCÓCCEMIA; MENINGOENCEFALITE)



**\*Corticoterapia:**

Iniciar o uso de corticóide 20 minutos antes do início da antibioticoterapia ou simultaneamente Na doença meningocócica (com necrose de supra-renais, utilizar hidrocortisona 200mg EV de 6/6h).

Na meningite ou meningoencefalite sem meningococemia, usar dexametasona 10mg EV de 6/6h durante 4 dias.

**\*\*Colher líquido em 2 frascos estéreis, uma para o laboratório do hospital e outro para o LACEN, juntamente com meio de cultura (4 gotas do líquido) para cocos piogênicos em tudo adequado.**

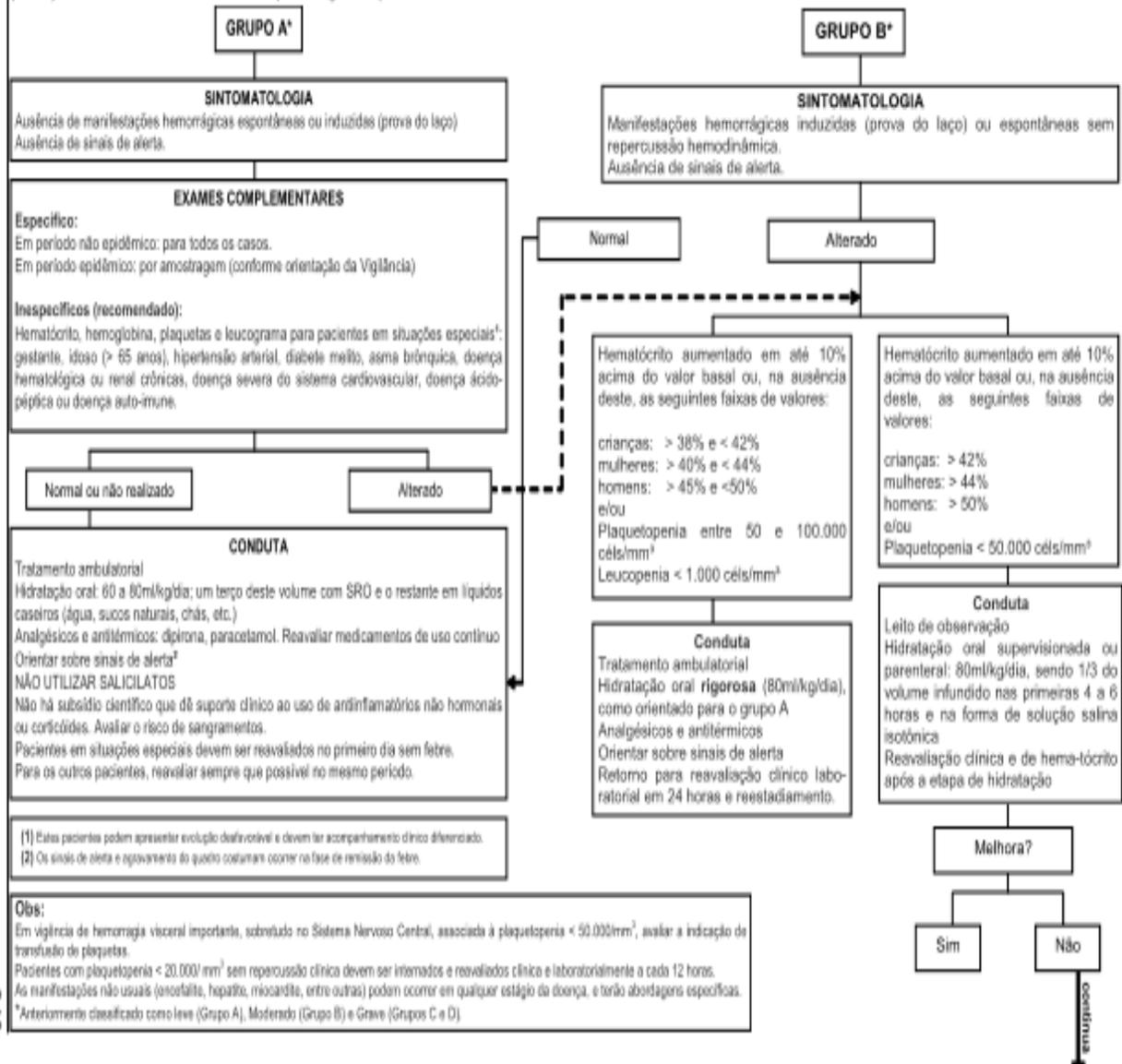
Isolamento Respiratório por 24 hs.

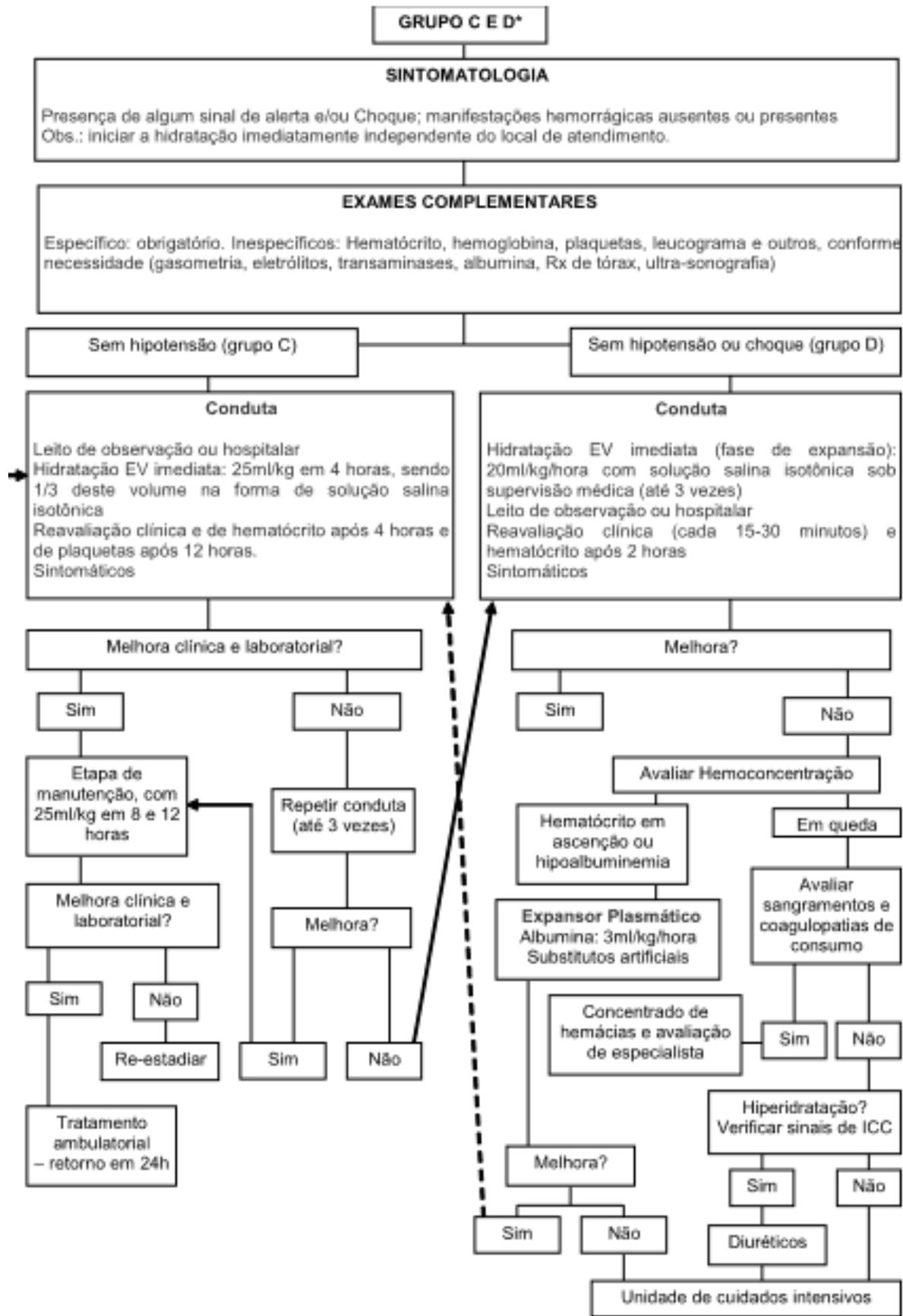
Contatar Vigilância Epidemiológica para profilaxia dos Contactantes.

## DENGUE

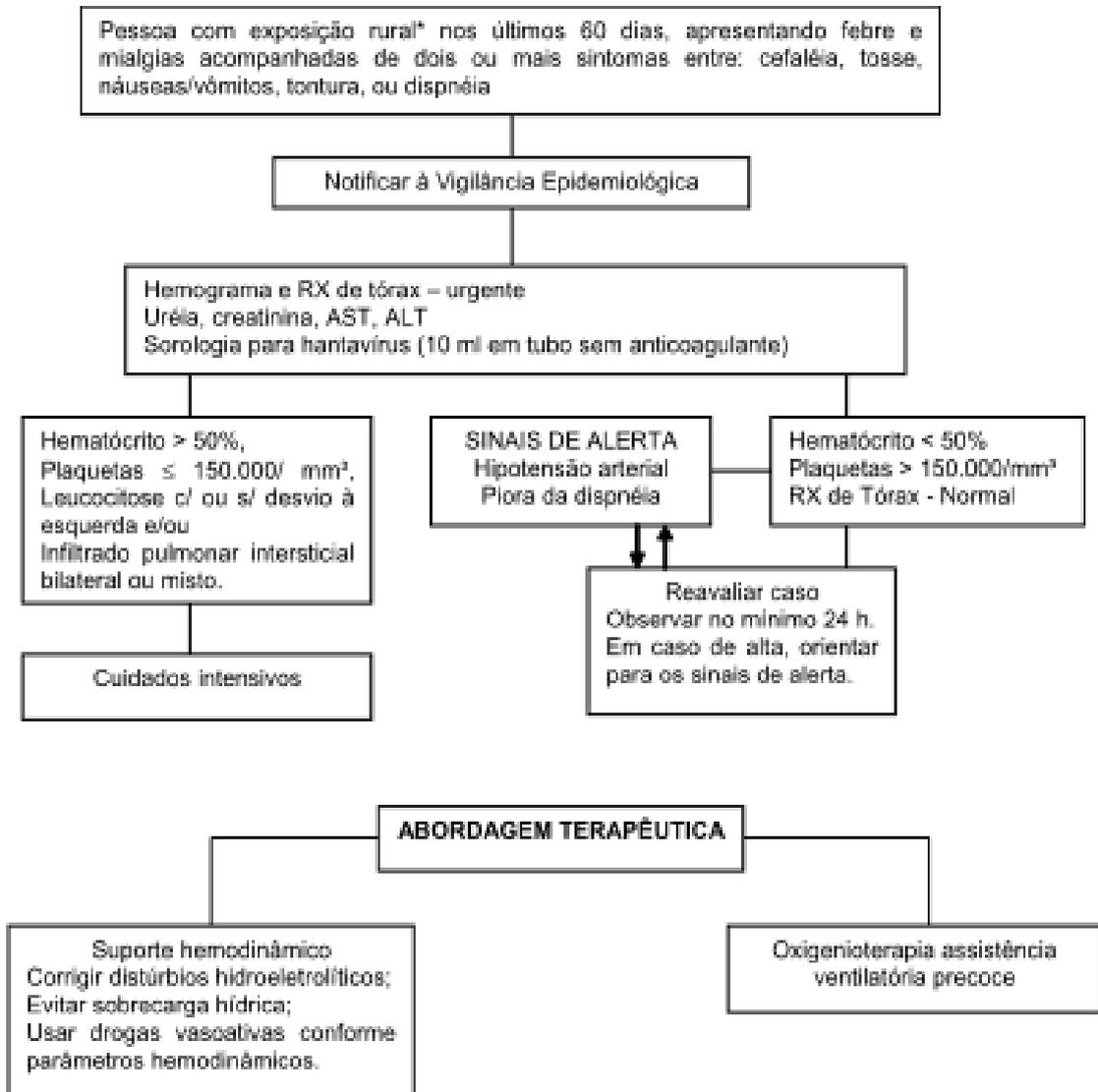
A dengue é uma doença dinâmica, o que permite que o paciente possa evoluir de um estágio a outro, durante o curso da doença. **Todo caso suspeito (com hipótese diagnóstica de dengue) deve ser notificado à Vigilância Epidemiológica.**

Caso suspeito de dengue: Paciente com doença febril aguda, com duração máxima de até sete dias, acompanhada de pelo menos dois dos seguintes sintomas: cefaléia, dor retroorbital, mialgia, artralgia, prostração ou exantema associados a história epidemiológica compatível.





## HANTAVIROSE SÍNDROME CARDIO-PULMONAR



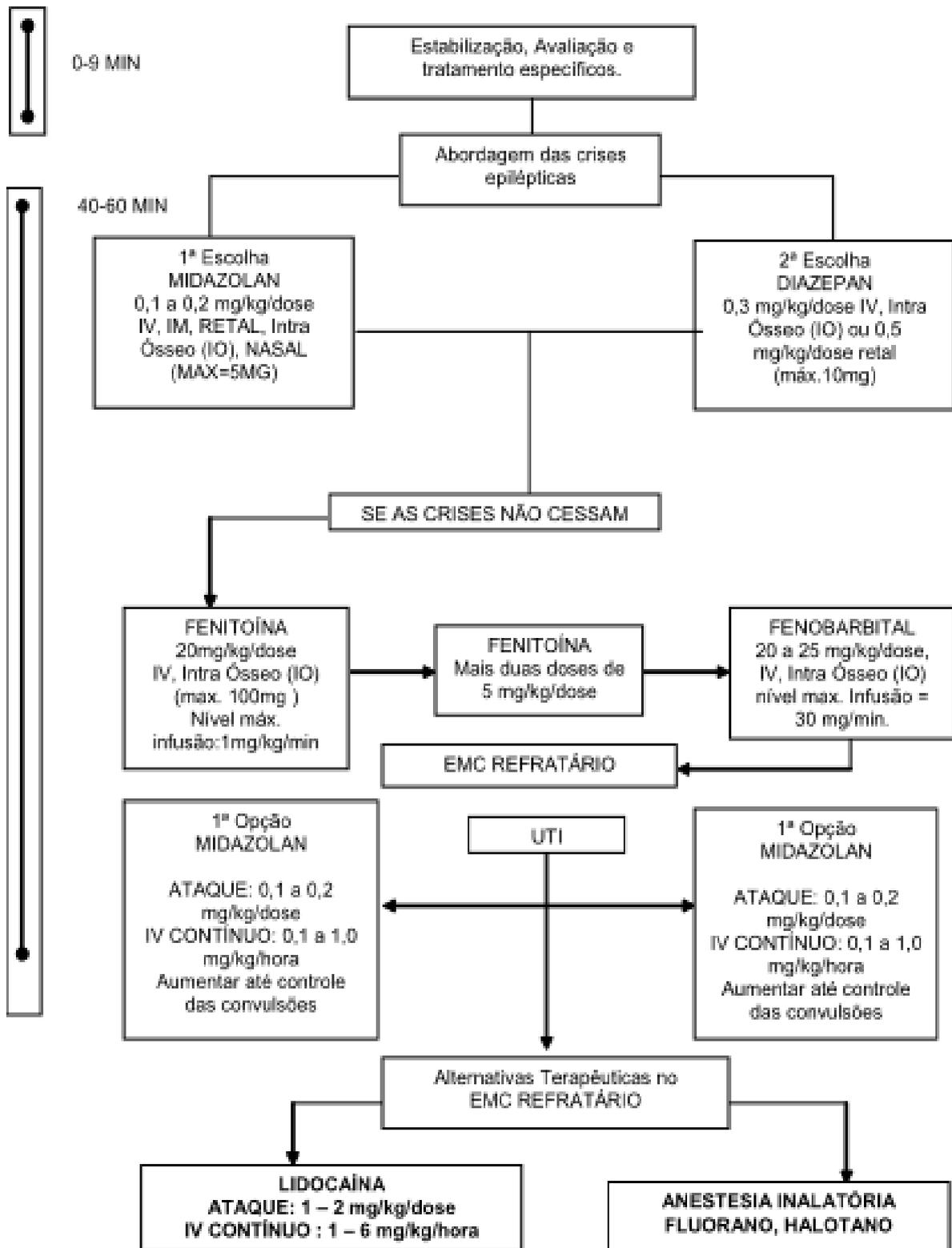
\*Entende-se por exposição rural: visitar, trabalhar ou morar em chácaras, bosques, matas, fazendas, pescarias, acampamentos, entre outros.

Obs.: usar corticóides EV, na fase inicial da pneumonite. Essa conduta tem melhorado o quadro respiratório e reduzido a letalidade em alguns serviços no Brasil e no Chile.

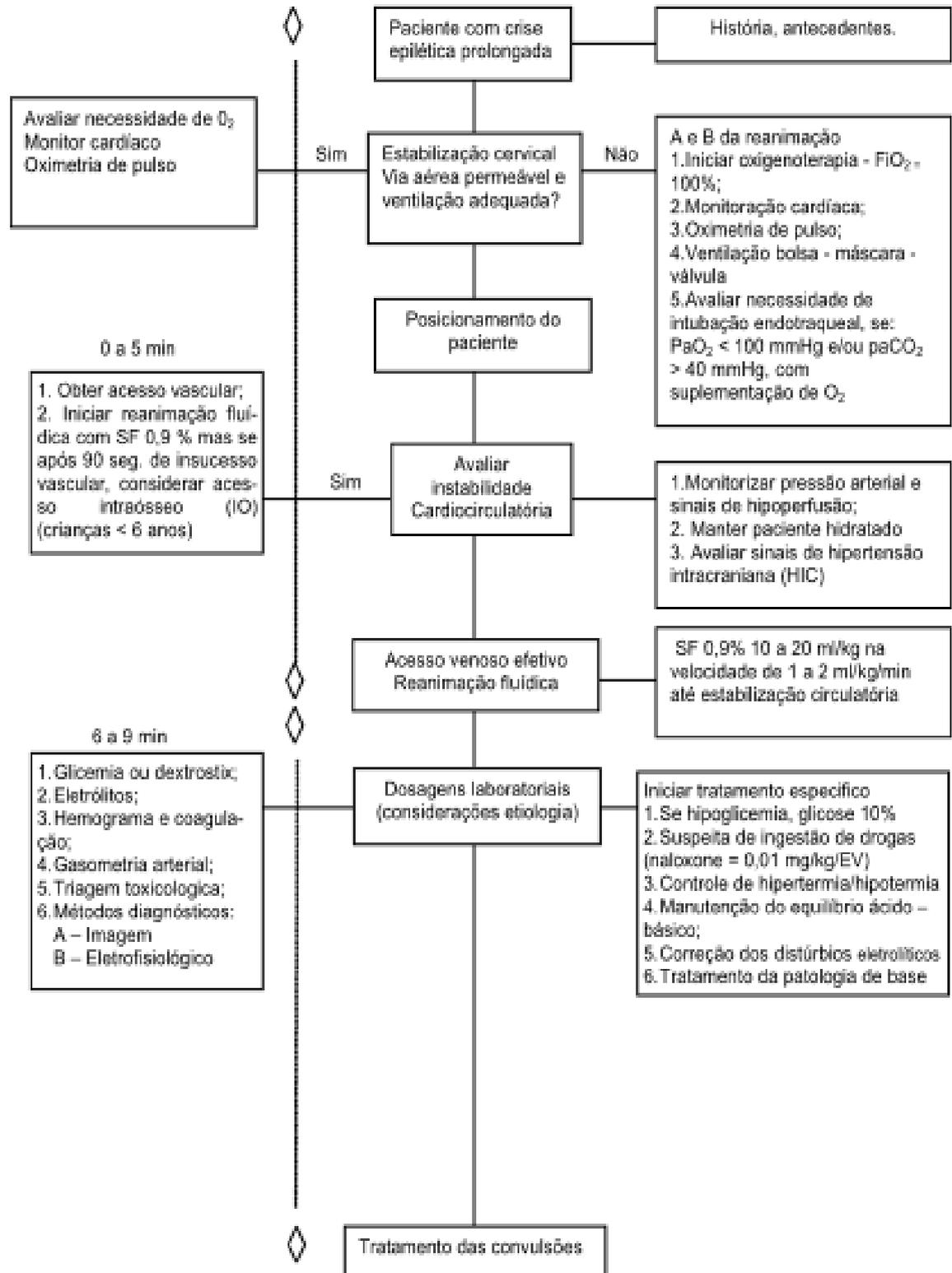
Notificação compulsória e investigação obrigatória, visando: identificar local e fonte de infecção, fatores de risco, e desencadeamento de medidas de controle.

## ESTADO DE MAL CONVULSIVO (EMC) NA CRIANÇA

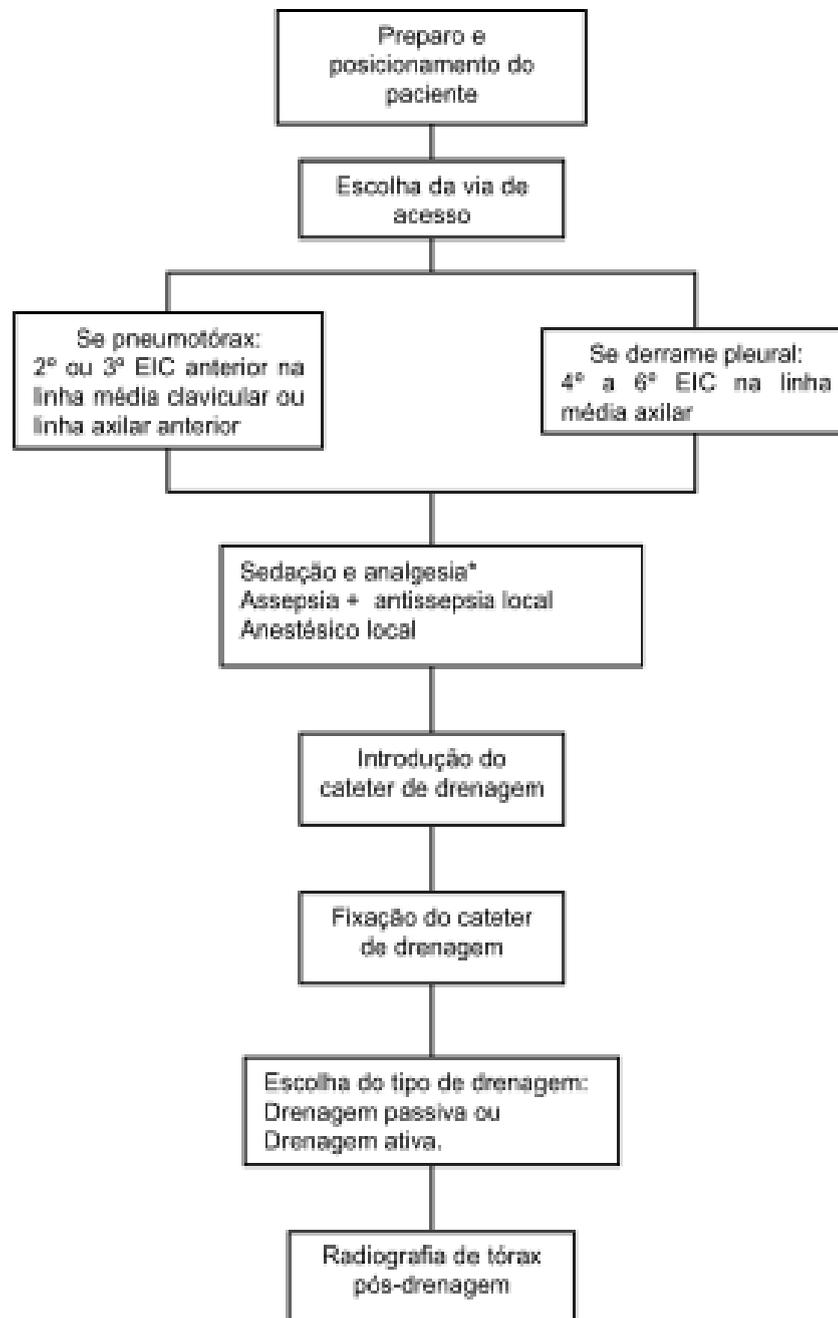
### ABORDAGEM TERAPÊUTICA DA CRISE



## CRISE EPILÉPTICA AGUDA SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



## DRENAGEM TORÁCICA FECHADA NA CRIANÇA



\*Ver protocolo Sedação e analgesia

## SÍNDROMES TOXICOLÓGICAS

O conhecimento das síndromes toxicológicas é essencial para o reconhecimento do agente intoxicante. A síndrome toxicológica é uma constelação de sinais e sintomas que sugerem uma classe específica de envenenamento.

### SÍNDROME ESTIMULANTE

Inquietação  
Verborrêia  
Atividade motora excessiva  
Tremor  
Insônia  
Taquicardia  
Alucinações

### SÍNDROME SEDATIVA-HIPNÓTICA

Sedação  
Confusão mental  
Delírio  
Alucinação  
Coma  
Parestesias  
Disestesias  
Diplopia  
Visão turva  
Lentificação da fala  
Ataxia  
Nistagmo

### OPIÁCIO

Alteração do estado mental  
Miose  
Bradipnéia  
Dispnéia  
Bradycardia  
Diminuição dos ruídos abdominais  
Hipotermia

### SÍNDROME ANTICOLINÉRGICA

Hipertermia  
Ileo  
Rubor  
Taquicardia  
Retenção urinária  
Pele seca  
Visão turva  
Midriase  
Diminuição dos ruídos abdominais  
Mioclonia  
Coreatetose  
Psicose  
Alucinações  
Convulsão  
Coma

### SÍNDROME COLINÉRGICA

Salivação  
Lacrimação  
Liberação esfinteriana  
Diarréia  
Emese  
Broncorrêia  
Bradycardia

## EFEITOS DAS TOXINAS

O campo de ação da substância tóxica causadora do envenenamento é amplo, requerendo um grande conhecimento farmacológico e um adequado exame físico focado no nível de consciência e sinais vitais incluindo a temperatura corporal.

### COMA

Álcool	Chumbo
Anticolinérgicos	Lítio
Arsênico	Opióides
Beta-bloqueadores	fenciclidina
Colinérgicos	Fenotiazinas
Monóxido de carbono	Salicilatos
Antidepress. tricíclicos	Sedativos-hipnóticos

### PUPILAS

Miose	Midríase
Colinérgicos	Anticolinérgicos
Clonidina	Meperidina
Nicotina	Simpatomiméticos
Fenotiazinas	Abstinência
Fenciclidina	

### ESFORÇO RESPIRATÓRIO

Diminuído	Aumentado
Álcool	CO, CN
Barbitúricos	Acidose metabólica
Benzodiazepínicos	Insuficiência hepática
Opióides	Metahemoglobinemia
	Salicilatos

### FREQÜÊNCIA CARDÍACA

Taquicardia	Bradicardia
Anticolinérgicos	Alfa-bloqueadores
Antidepress. tricíclicos	Beta-bloqueadores
Simpatomiméticos	Bloq. dos canais de Ca <sup>++</sup>
Cocaína, anfetamina	Glicosídeos cardíacos
Abstinência	Colinérgicos
	Cianeto, Nicotina

### PRESSÃO ARTERIAL

Hipertensão	hipotensão
Similar à taquicardia	CO, CN
	Antidepress. tricíclicos
	Ferro
	Opióides
	Nitratos
	Fenotiazinas
	Sedativo-hipnóticos
	Teofilina

### TEMPERATURA

Hipertermia	Hipotermia
Anticolinérgicos	Beta-bloqueadores
IMAOs	CO
Metais	Colinérgicos
Fenotiazinas	Etanol
Salicilatos	Hipoglicemiantes
Simpaticomiméticos	Sedativo-hipnóticos
Abstinência	

## ANAMNESE

Após estabilização hemodinâmica deve-se prosseguir com a anamnese e exame físico.

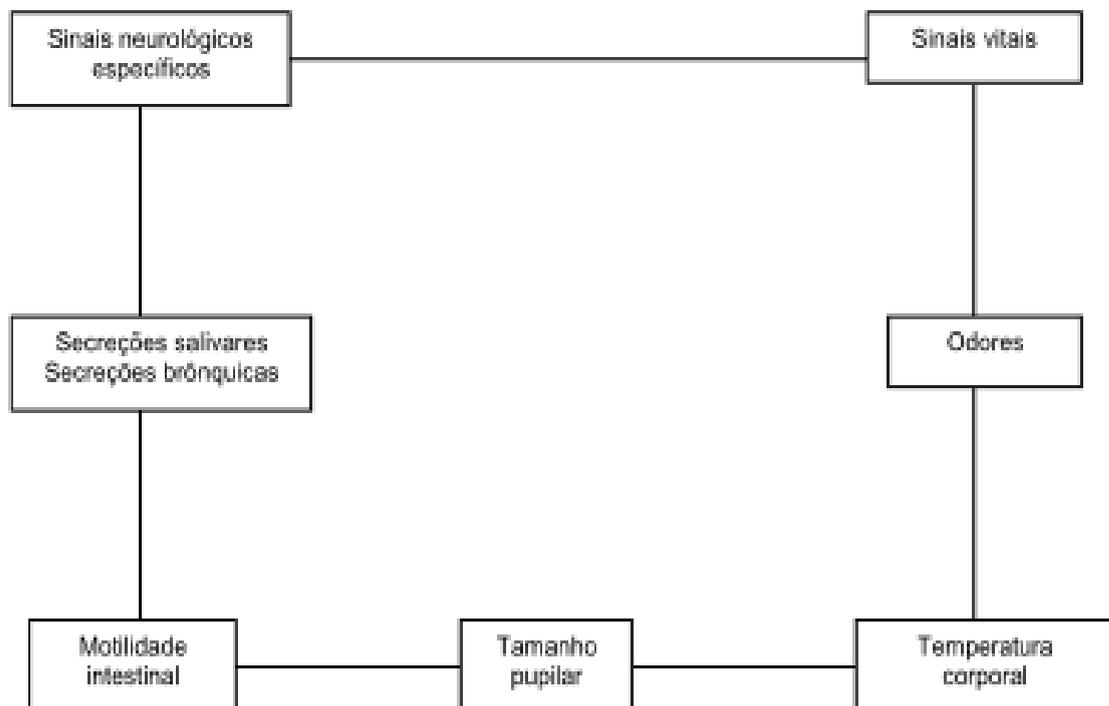
### ANAMNESE

Os 5 Ws.

1. Who: "quem" - Identificar o paciente, suas condições, patologias de base e uso de medicamentos
2. What: "o quê" - Identificar o agente tóxico
3. Where: "onde" - Via e local da exposição
4. When: "quando" - Horário do evento
5. Why: "porque" - Motivo e circunstância da exposição

### EXAME FÍSICO

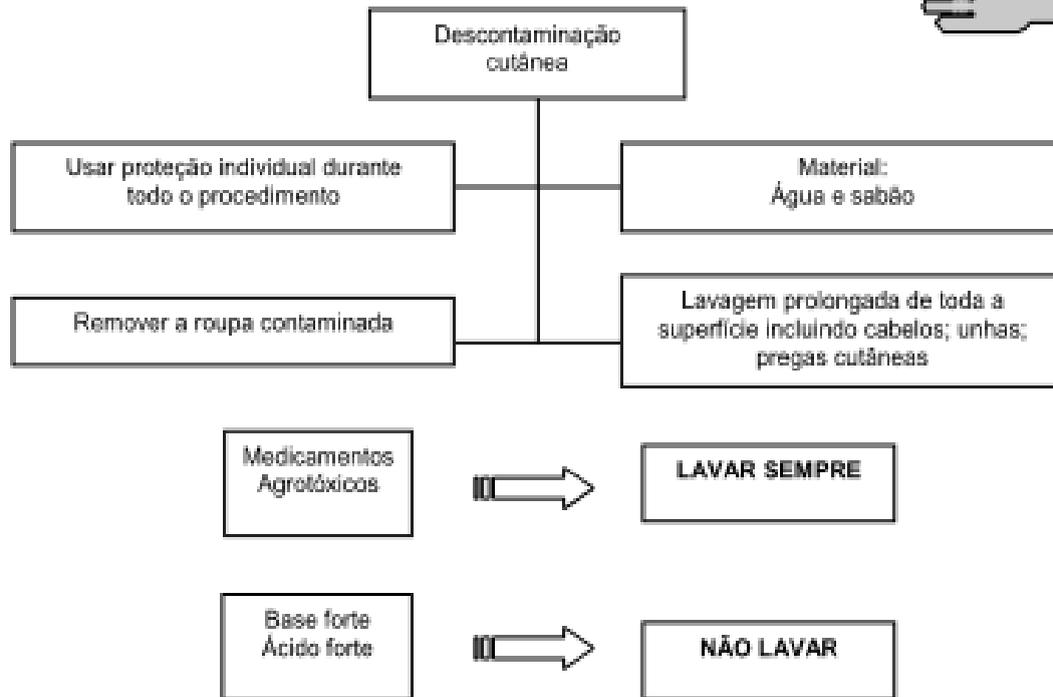
O exame físico deve ser detalhado e orientado quanto aos aspectos toxicológicos, facilitando o reconhecimento de uma síndrome toxicológica.



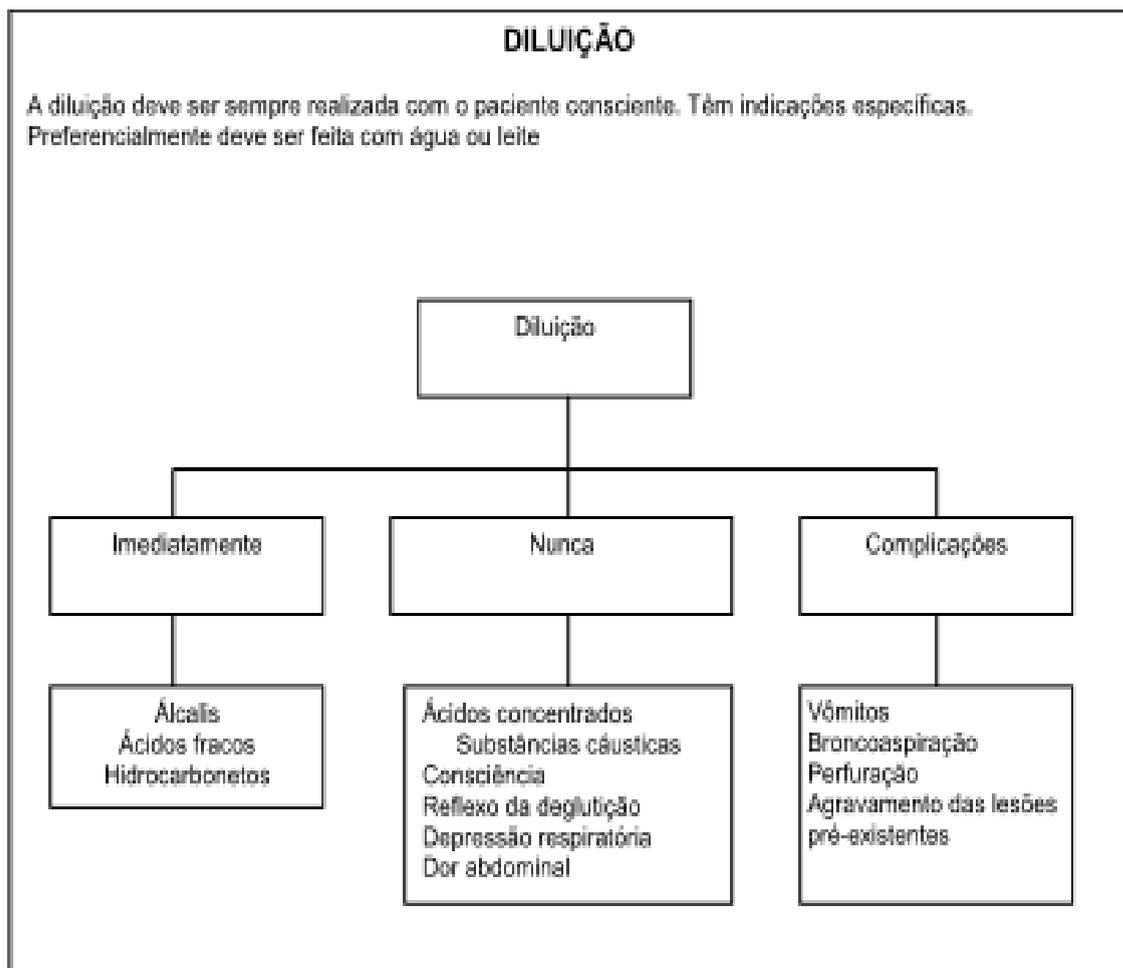
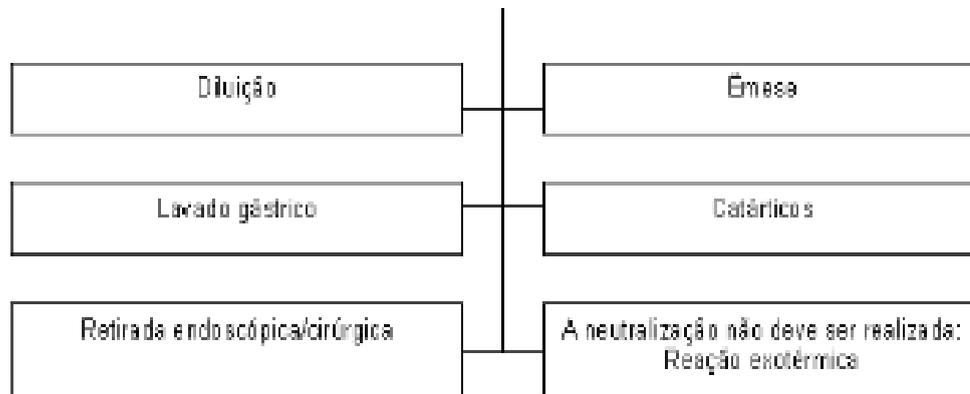
## DESCONTAMINAÇÃO

A descontaminação deve ser feita o mais breve possível para:

- Diminuir a exposição a tóxicos e toxinas
- Prevenir a lesão
- Evitar ou diminuir a lesão
- Reduzir a absorção



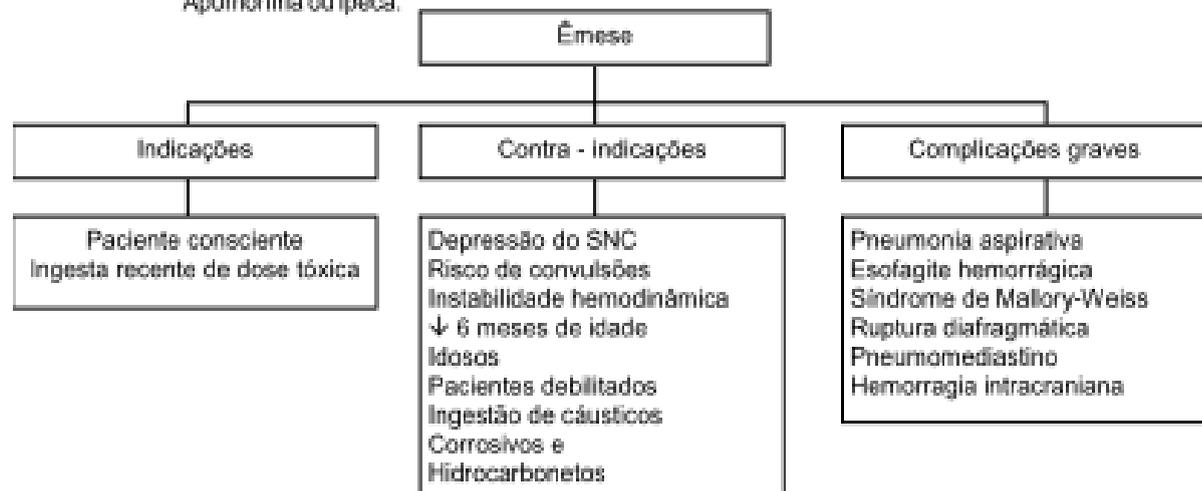
## DESCONTAMINAÇÃO GASTRO-INTESTINAL



## INDUÇÃO DA ÊMESE

A indução dos vômitos é um método não-invasivo, simples e que não necessita de hospitalização. Deve ser sempre feita com o paciente consciente e com os reflexos preservados. Técnicas:

Água morna com sal;  
 Detergente neutro diluído em água;  
 Método mecânico;  
 Apomorfina ou ipeca.



## LAVAGEM GÁSTRICA

Está indicada em ingestas recentes (< 2h) de uma dose tóxica

Este intervalo pode alargar-se em caso do paciente em coma ou após a ingestão de substância que retardam o esvaziamento gástrico ou que tenham absorção lenta como: salicilatos, antidepressivos tricíclicos, fenotiazinas, opiáceos ou anticolinérgicos

Deve ser precedida:

administração de 60-100g de carvão ativado à adulto

administração de 1g/kg de carvão ativado à crianças

Ter sempre preparado uma sistema de aspiração

Deve ser precedida por Intubação Orotraqueal (IOT) em pacientes em coma ou com distúrbios de deglutição

O paciente deve ser colocado em decúbito lateral esquerdo e em leve Trendelenburgo com as pernas semi-flexionadas

Utilizar sonda oro ou nasogástrica de grosso calibre, lubrificada

Comprovar a correta localização da sonda, ingetando ar e verificando o som no epigástrico.

Aspirar todo o conteúdo gástrico antes de iniciar a lavagem

Realizar a lavagem com água morna ligeiramente salinizada(soro glicosado + fisiológico)

Mobilizar a sonda se a quantidade de líquido que retorna é menor que a injetada. Fazer massagem epigástrica enquanto pratica as manobras de lavagem gástrica.

Quantidade de soro preconizada

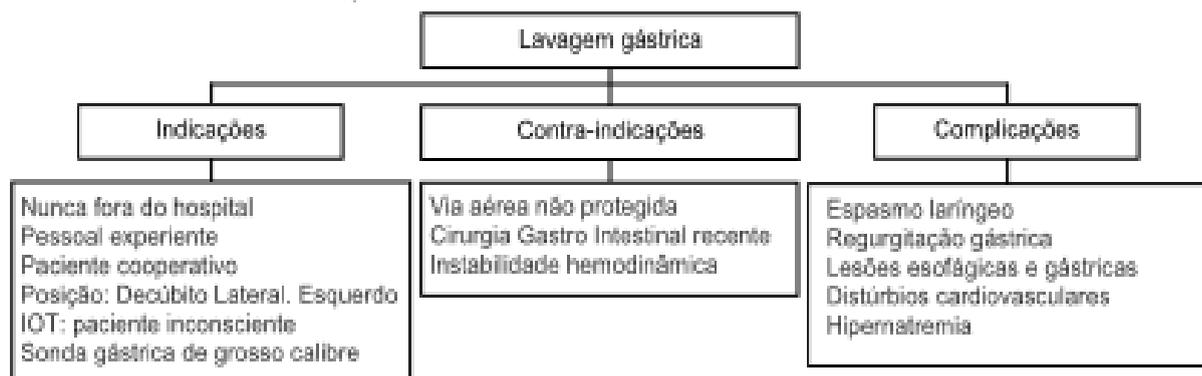
RN: 500ml de SF 0,9% fracionado em doses de 50ml

Lactentes: 2 litros de SF 0,9% fracionado em doses de 50ml ou 5ml/kg

Pré-escolares: 2-4 litros de SF 0,9% fracionado em doses de 100ml

Escolares: 2-5 litros de SF 0,9% fracionado em doses de 150ml

Adultos: 3-6 litros de SF 0,9% fracionado em doses de 250ml



## MÉTODOS PARA AUMENTAR A ELIMINAÇÃO

Os tóxicos se eliminam fisiologicamente do organismo por via respiratória, hepática e renal. Outras opções são postas em prática por meios artificiais de depuração.

A diurese forçada e alcalina só são indicadas naquelas intoxicações graves em que o produto tóxico ou seu metabólito ativo se eliminem prioritariamente por esta via. A hemodiálise auxilia na eliminação do tóxico através de sua passagem através de uma membrana semipermeável, para isto, o tóxico precisa ser hidrossolúvel, de baixo peso molecular, com pequeno volume de distribuição e com baixa ligação proteica.

## ANTÍDOTOS

Os antídotos são substâncias que têm a capacidade de inibir ou atenuar a ação do tóxico, quelar ou aumentar a velocidade de absorção.



Princípios gerais para a inclusão de um antídoto em um determinado nível assistencial:

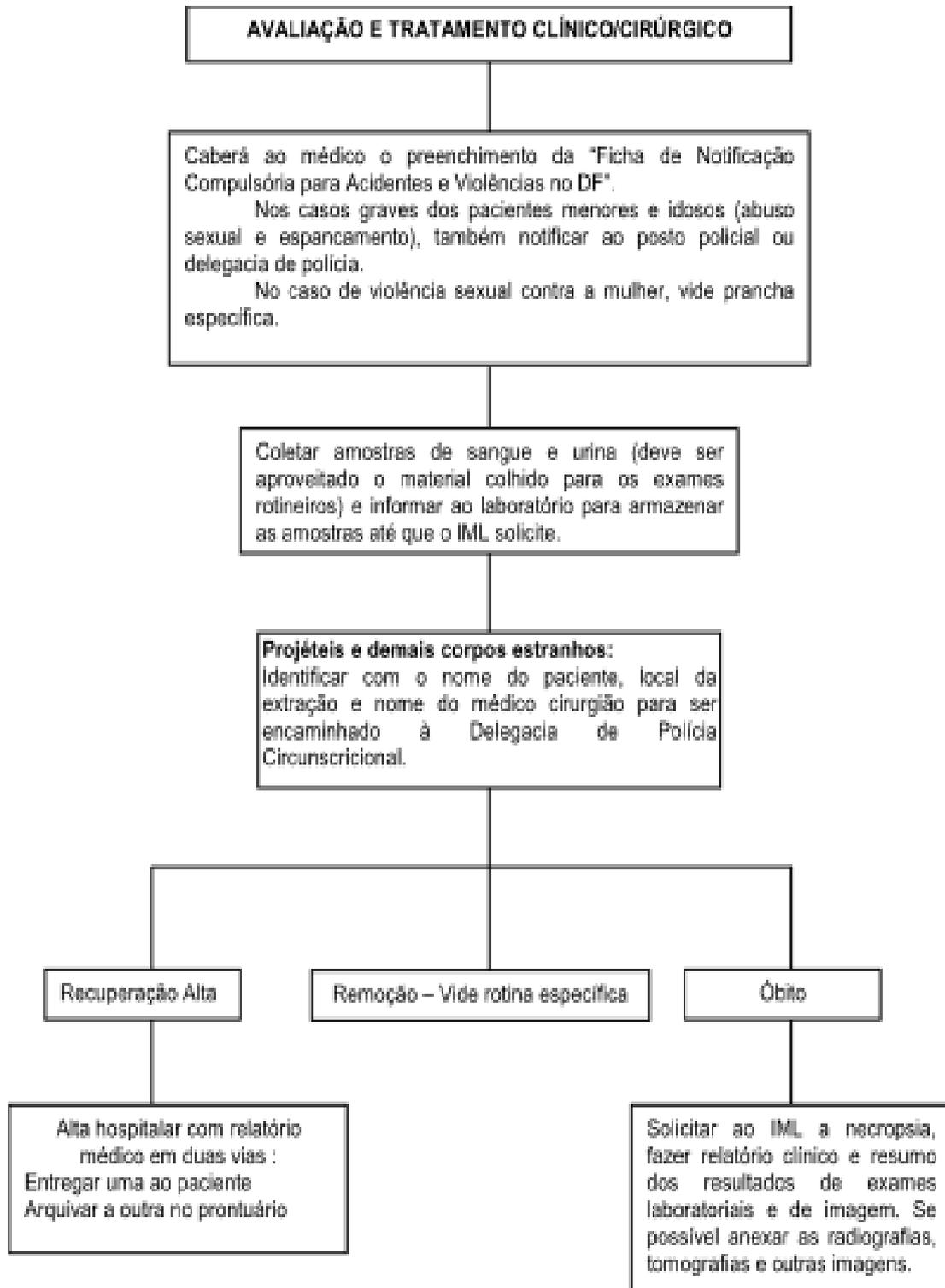
- Que esta substância seja efetiva e de eficácia comprovada
- Urgência na aplicação do antídoto
- Frequência da intoxicação no meio
- Relação risco-benefício
- Acessibilidade
- Custo

AGENTE TÓXICO	ANTÍDOTO
Cianeto metahemoglobinizantes	Azul de metileno
Inseticidas anticolinesterásicos (organofosforados e carbamatos) colinérgicos	Atropina
Fenotiazinas	Biperideno
Bloqueadores dos canais de cálcio, ácido oxálico, ácido fluorídrico, etilenoglicol	Clareto de Cálcio Gluconato de Cálcio
Ferro	Deferoxamina

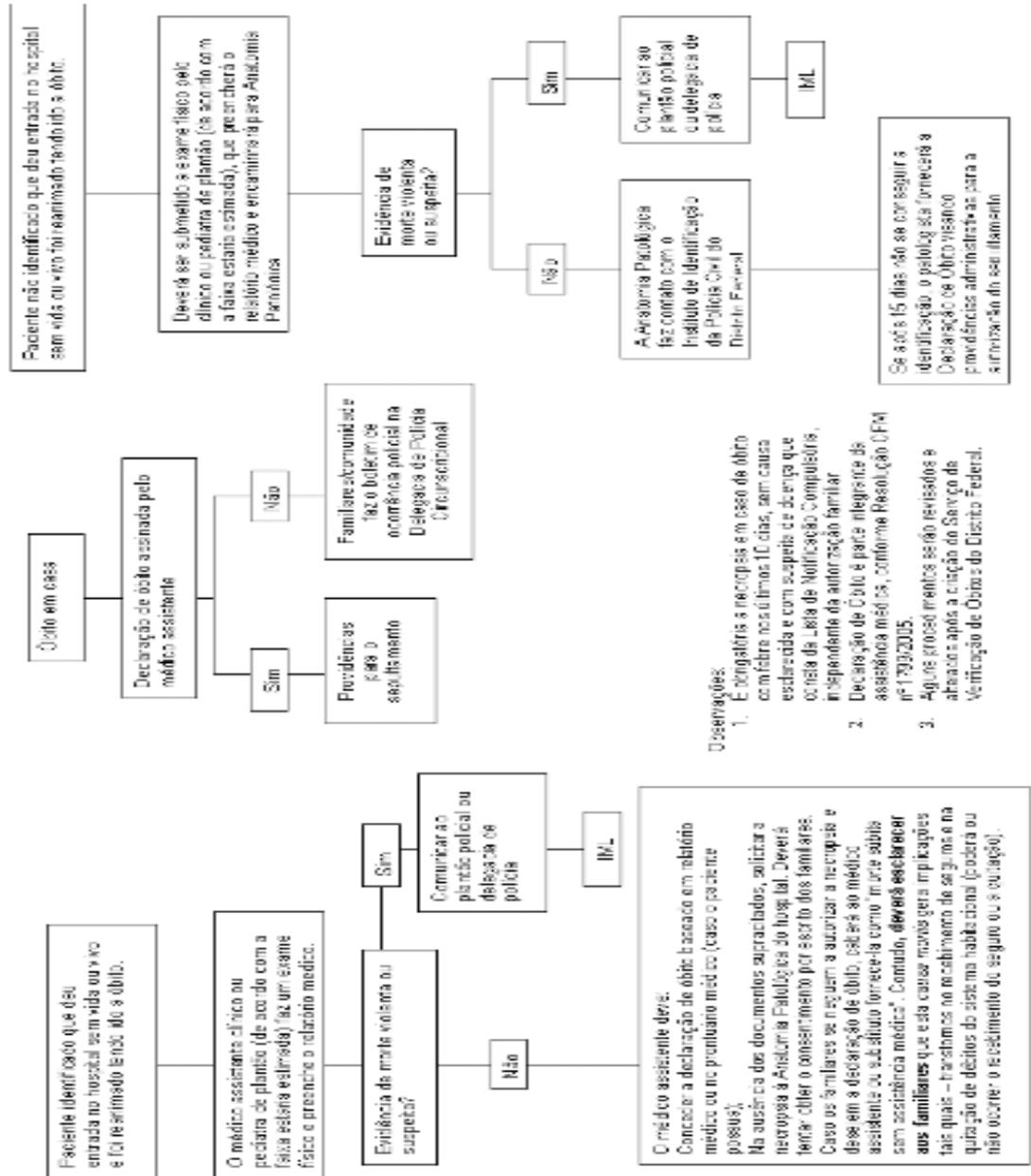
Metais pesados (arsênico, níquel, ouro, bismuto, mercúrio)	Dimercaprol
Metanol e etilenoglicol	Etanol
Benzodiazepínicos	Flumazenil
Heparina	Protamina
Ácido aminocapróico e tranexânico	Heparina

AGENTE TÓXICO	ANTÍDOTO
Opióides	Naloxona
Paracetamol	N-acetilcisteína
Isoniazida	Piridoxina
Inseticidas organofosforados	Pralidoxima
Paraquat	Terra de fuller
Cumarínicos	Vitamina k
Beta bloqueadores adrenérgicos	Glucagon
Cianeto	Hipossulfito de sódio
Antidepressivos, fenotiazinas, salicilatos	Bicarbonato
Ácido cianídrico, sais solúveis de cianureto	Edta dicobáltico
Fármacos ou produtos com ação anticolinérgica	Fisostigmina
Insulina ou hipoglicemiantes orais	Glicose

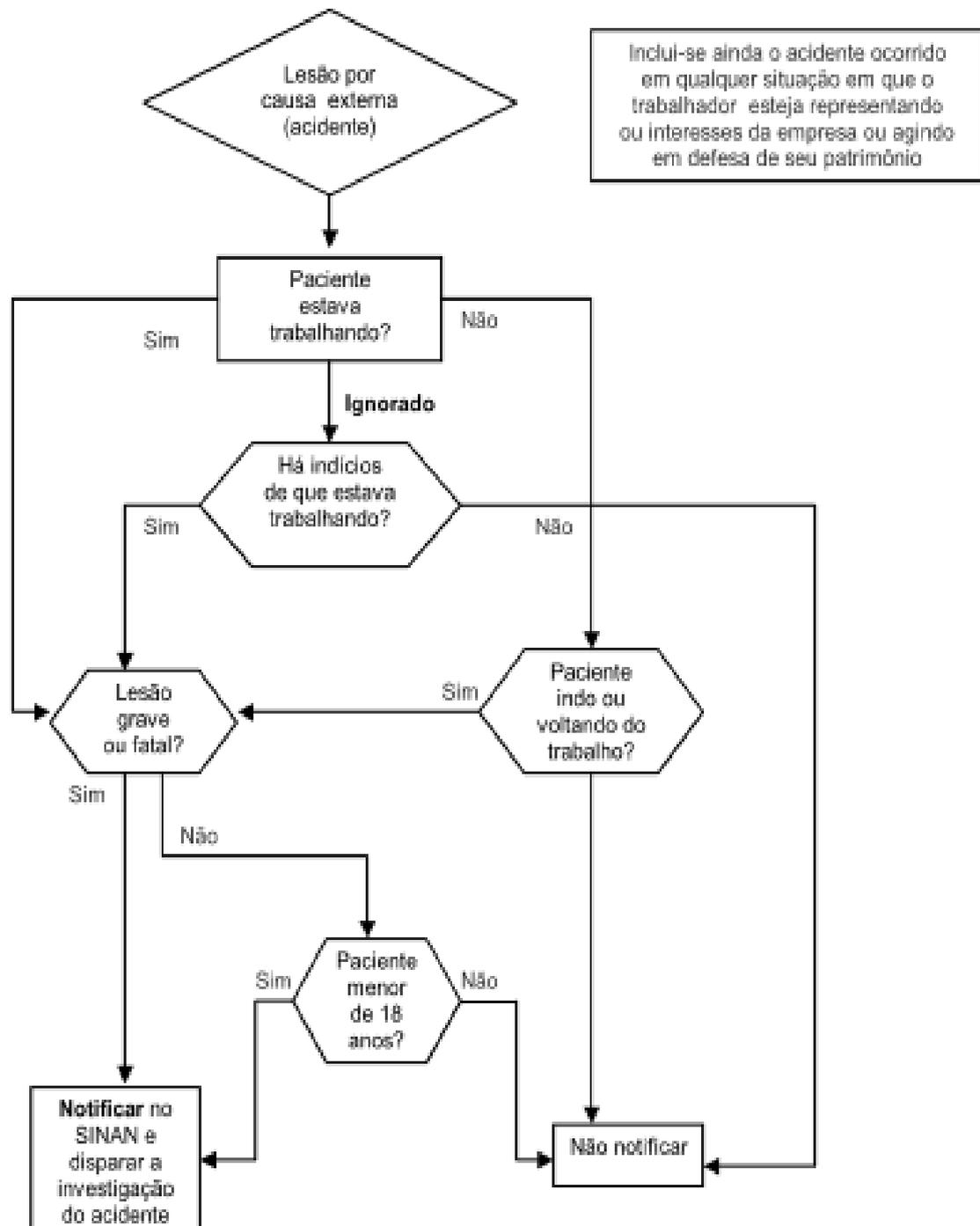
## ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA, SUSPEITA DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA E ENVENENAMENTO



## Procedimentos relativos à Declaração de Óbito



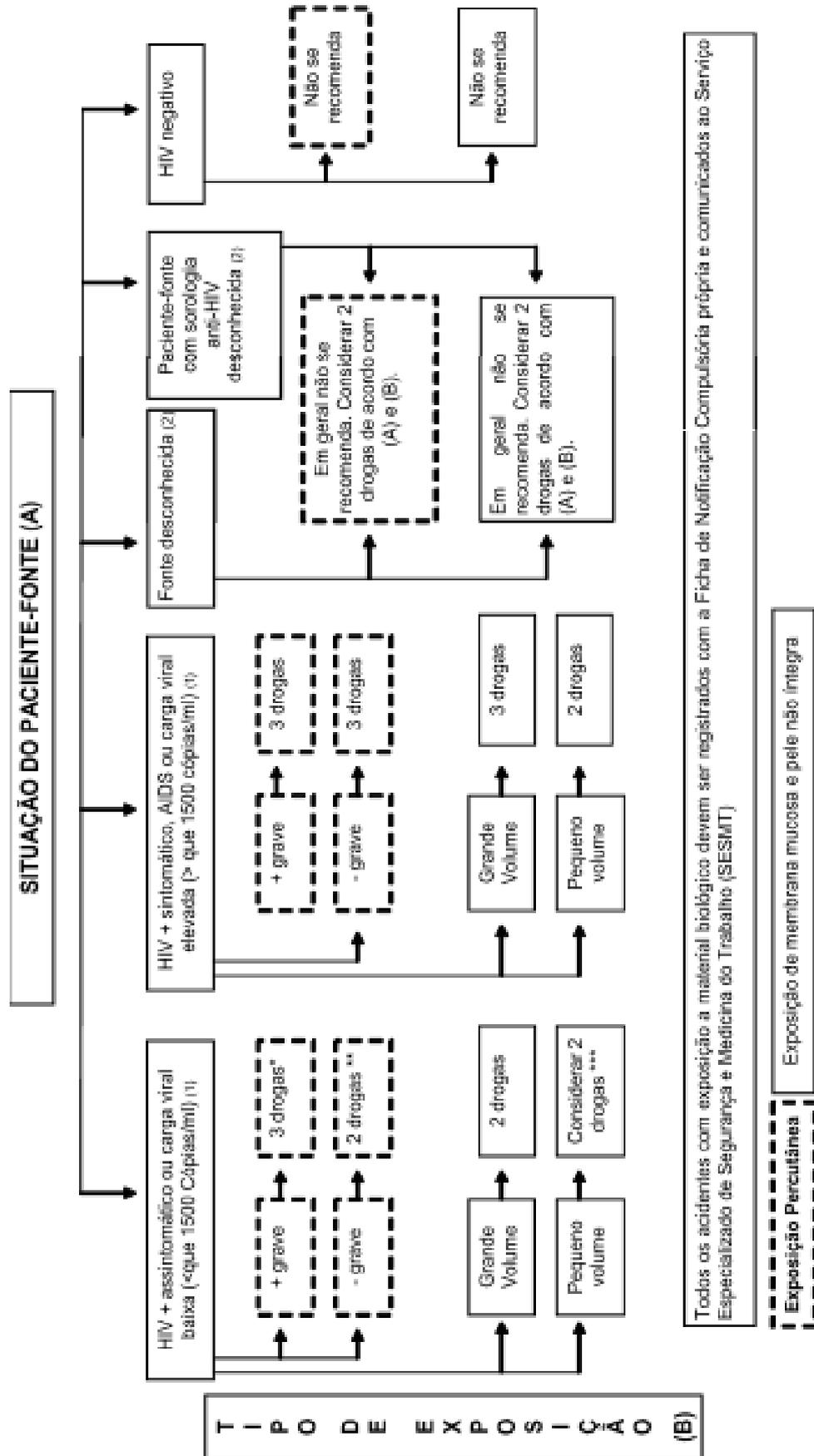
## ACIDENTES DE TRABALHO FATAIS, GRAVES E COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES



Inclui-se ainda o acidente ocorrido em qualquer situação em que o trabalhador esteja representando ou interesses da empresa ou agindo em defesa de seu patrimônio

Todos os acidentes de trabalho devem ser comunicados ao Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT).

## EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO COM RISCO PARA TRANSMISSÃO DO HIV (PROFILAXIA ANTI-RETROVIRAL)



## MEDICAMENTOS

### DROGAS VASOATIVAS CARDIOVASCULARES

I	CATECOLAMINAS:
	As catecolaminas têm seus efeitos mediados por sua ação em diferentes receptores. A tabela 1 faz um resumo das ações dos receptores e a tabela 2 resume a atividade de cada catecolamina nos diferentes receptores. As doses, diluições e apresentações das catecolaminas estão resumidas na tabela 3.
<b>a)</b>	<b>Noradrenalina</b> Pode ser utilizada como vasopressor inicial no choque séptico. Comparada à dopamina, a noradrenalina, aumenta mais consistentemente a pressão arterial com menor efeito sobre o índice cardíaco. Apresenta perfil semelhante sobre a perfusão esplâncica e não apresenta riscos sobre a perfusão renal em pacientes vasodilatados (aumenta a pressão de filtração glomerular). Ao contrário da dopamina, não tem efeito no eixo hipotálamo – hipófise anterior, com exceção do cortisol.
<b>b)</b>	<b>Dopamina</b> Assim como a noradrenalina, pode ser utilizada como vasopressor inicial no choque séptico. Por aumentar menos a pressão arterial e mais o débito cardíaco, pode ser utilizada também no choque cardiogênico. Seu uso pode ser limitado em pacientes taquicárdicos ou com taquiarritmias.
<b>c)</b>	<b>Adrenalina</b> Aumenta o PAM em pacientes que não respondem a outras catecolaminas, mas diminui de maneira importante o fluxo esplâncico e tem tendência de aumentar os níveis de lactato. Seu uso deve ser limitado aos pacientes que não respondem às terapias convencionais. Doses moderadas ou elevadas levam frequentemente a arritmias.
<b>d)</b>	<b>Dobutamina</b> Aumenta consistentemente o débito cardíaco em diversas condições clínicas, melhorando a perfusão periférica. Aumenta o consumo de oxigênio pelo miocárdio, o que pode limitar seu uso em pacientes com insuficiência coronariana. Apesar de melhorar agudamente o débito cardíaco, não aumenta a sobrevivência em pacientes com choque cardiogênico. Deve ser sempre utilizada após reposição volêmica (assim como a outras catecolaminas), evitando assim taquicardia e hipotensão.
II	VASOPRESSINA
	Hormônio antidiurético, arginina vasopressina; por agir também em receptores V1, exerce importante ação vasopressora. Tem sido testada em pacientes com choque séptico refratário às catecolaminas. A administração é contínua na dose de 2,4 a 6 UL/h, como limitante de seu uso, destaca-se a possibilidade de induzir isquemia tecidual.
III	VASODILATADORES
	Normalmente indicados para pacientes com emergência/urgência hipertensiva, estes medicamentos têm a vantagem de um início de ação rápida quando administrados por via endovenosa e uma meia-vida de poucos minutos quando suspensos. Os medicamentos mais utilizados são nitroprussiato de sódio, um vasodilatador balanceado, arterial e venoso, e nitroglicerina, vasodilatador principalmente venoso. Os principais efeitos colaterais são hipotensão arterial e, no caso específico do nitroprussiato, intoxicação por cianeto.
IV	INIBIDORES DA FOSFODIESTERASE
	Aminofos e milrinona são inotrópicos positivos e vasodilatadores. Aumentam o débito cardíaco grave. Cuidado especial deve-se ter quanto à pressão arterial. As doses utilizadas e a apresentação estão resumidas na tabela 4.

**TABELA 1. RECEPTORES DE CATECOLAMINAS E SUAS AÇÕES**

RECEPTOR	AÇÃO DO RECEPTOR	RECEPTOR	AÇÃO DO RECEPTOR
$\alpha_1$	Vasoconstrição arterial. Aumenta da contratilidade miocárdica.	$\beta_2$	Relaxamento da musculatura lisa brônquica. Relaxamento da musculatura lisa vascular (Músculos esqueléticos).
$\alpha_2$	Constrição dos vasos venosos de capacitância. Inibição do feedback da noradrenalina liberada nas fibras simpáticas.	DA <sub>1</sub>	Relaxamento da musculatura lisa vascular (Esplâncica e renal). Inibe recaptção de sódio no túbulo proximal renal.
$\beta_1$	Aumento da contratilidade miocárdica.	DA <sub>2</sub>	Inibição da captação da noradrenalina nas fibras simpáticas.

DA = Receptor Dopaminérgico

**TABELA 2. RECEPTORES ATIVADOS PELAS CATECOLAMINAS**

	$\alpha_1$	$\beta_1$	$\beta_2$	DA1	DA2
NORADRENALINA	+++	+	-	-	-
ADRENALINA	+++	+++	+++	+++	+++
DOPAMINA	++	++	+++	+++	+++
DOBUTAMINA	+	+++	-	-	-
DOPEXAMINA	-	+	++	++	++

(DA) receptor dopaminérgico; (+) atividade baixa; (++) atividade moderada; (+++) atividade alta

**TABELA 3. CATECOLAMINAS**

	INÍCIO DA AÇÃO (MINUTOS)	MEIA - VIDA (MINUTOS)	DOSE HABITUAL ( $\mu\text{g}$ , Kg, MIN)	DILUIÇÃO (SF 0,9% OU SG 5%)
Noradrenalina	1 a 2	2	0,05-1	16mg / 234ml
Adrenalina	3 a 10	2	0,1-1	2mg / 250ml
Dopamina	5	10	10 - 20	250mg / 200ml
Dobutamina	2 a 3	2	2 - 20	250 mg / 20ml

\*As catecolaminas devem ser administradas em bomba de infusão contínua.

**TABELA 4. INIBIDORES DA FOSFODIESTERASE**

	BOLUS	MANUTENÇÃO* ( $\mu\text{g}$ / kg / min)	APRESENTAÇÃO (AMPOLA)
Amrinona	0,75 a mg / kg em 2 a 3 min	4 a 10	100mg / 20ml
Milrinona	50 $\mu\text{g}$ /kg em 10 min	0,375 a 0,75	20ml / 20mg

## INFORMAÇÕES GERAIS

### CATEGORIAS DE RISCOS DO USO DE FÁRMACOS SOBRE O FETO NO PRIMEIRO TRIMESTRE DE GRAVIDEZ

A - Sem problemas para o feto

B - Sem problemas para fetos animais, mas sem estudos em humanos

C - Estudos humanos contraditórios, podendo ser usado apesar dos riscos

D - Evidência de riscos para o feto humano. Uso depende do riscos versus benefício materno

X - Alterações fetais em animais e humanos com riscos maiores do que os possíveis benefícios

#### AMINAS VASOATIVAS E INOTRÓPICOS I

DROGA	DOPAMINA	NORADRENALINA	ADRENALINA	DOBUTAMINA
Comercial	Revivan®	Levophed®	Adrenalina®	Dobutrex®
Indicação	Vasopressor	Vasopressor	Vasopressor	Inotrópico
Ampola	10 mL = 50 mg e 5 mL = 200 mg	4 mg	1 mg/mL	250 mg/20 mL
Diluição	250 mg/ 250 mL ou 200 mg/ 200 mL	16 mg 234 mL	2 mg/250 mL	250 mg/230 mL
Cc. diluição	1.000 µg/ml	64 µg/ml	8 µg/ml	1.000 µg/ml
Dose inicial	2 µg/ml/min.	0,01 µg/ml/min.	0,005 µg/ml/min.	2 µg/ml/min.
Dose de manutenção	até 25 µg/kg/min.	Até 2 µg/ml/min.	Até 0,1 µg/ml/min.	Até 30 µg/ml/min.
Efeitos colaterais	Cefaléia, arritmias, piloereção, dispnéia, alargamento do QRS	Euforia, arritmias, hemorragia cerebral, HAS, EAP, dispnéia	Euforia, arritmias, hemorragia cerebral, HAS, EAP, dispnéia	Arritmias, angina, HAS, hipotensão na hipovolemia
Gravidez	C	C	C	B

#### AMINAS VASOATIVAS E INOTRÓPICOS II

DROGA	AMRINONA	MILRINONA	LEVOSIMENDAN
Comercial	Inocor®	Primacor®	Syndax®
Indicação	Inotrópico (inibição da fosfodiesterase)		Descompensação aguda da ICC
Ampola	100 mg/ 20mL	20 mg/ 20 mL	5 mL = 12,5 mg e 10 mL = 25 mg
Diluição	200 mg/SF 210mL	40 mg/SF ou SG 210 mL	12,5 mg/ SG 495 mL
Cc. diluição	800 µg/ml	160 µg/ml	0,025 mg/mL
Dose inicial	0,75 a 3 mg/kg em 2 a 3 min.	50 µg/ml em 10 min.	12-24 µg/ml em 10 min.
Dose de manutenção	4 a 10 µg/kg/min.	0,3 a 0,7 µg/ml/min.	0,1 a 0,2 µg/ml/min.
Efeitos colaterais	Náuseas, diarréia, arritmias, hipotensão, plaquetopenia	Arritmias ventriculares, hipotensão, angina	Hipotensão, taquicardia, cefaléia, diminuição Hb, ESV, FA, hipocalemia, tontura
Gravidez	C	D	?

**ANTIARRITMICOS**

DROGA	AMIODARONA	ADENOSINA	LIDOCAÍNA	VERAPAMIL	PROCAINAMIDA
Comercial	Ancoron®	Adenocard®	Xilocaina®	Dilacoron®	Procainide®
Indicação	Antiarrítmico FV, TSV, FA	Antiarrítmico TSV	Antiarrítmico (arritmia ventricular)	Antiarrítmico, anti-hipertensivo	Antiarrítmico (arritmia ventricular)
Ampola ou CP	150 mg/3 ml	6 mg	20 ml a 2%	5 mg/2 ml	500 mg 5 ml
Diluição	5 amp/SG 235 ml	60 mg/100 ml	50 ml/SG 200 ml	50 mg/SG 230 ml	2 amp/SF 240 ml
Cc. diluição	3 mg/ml	0,6 mg/ml	4 mg/ml	200 µg/ml	4 mg/ml
Dose inicial	5 a 10 mg/kg em 5 min	50 a 250 µg/kg em 1 a 3 seg (1 a 3 amp)	1 mg/kg	1 mg/min. até 5 a 20 mg	100 mg de 5/5 min. (máximo de 1.500 mg)
Dose de manutenção	5 µg/kg/min. - EV	50 a 100 µg/kg/min. min em < 10 min.	1 a 4 mg/min.	1 a 5 µg/kg/min.	2 a 5 mg/min.
Efeitos colaterais	IvE, bradicardia hipotensão, doença tireoideana, pneumonite	Broncoespasmo flush facial, dispnéia, dor precordial	Confusão, arritmias, sonolência, convulsão, hipotensão	Tontura, cefaléia, hipotensão, ICC, BAV	Confusão, convulsão, diminuição PA, diminuiçãoFC

**ANALGÉSICOS I**

DROGA	FENTANILA	MORFINA	TRAMADOL	METADONA	QUETAMINA
Comercial	Fentanil®	Dimorf®	Tramal®	Metadon®	Ketalar®
Indicação	Analgesia/ Anestesia	Analgesia	Analgesia	Analgesia	Analgesia
Ampola ou CP	50 µg/ml	2 e 10 mg	50 a 100 mg (cp ou amp)	5 a 10 mg (cp) 10 mg/ml (amp)	10 ml = 500 mg
Diluição	10 mg/SF 200 ml	50-100 mg/SF 250	-	-	500 mg/SG 90 ml
Cc. diluição	0,2 µg/ml	0,2-0,4 mg/ml	-	-	5 mg/ml
Dose inicial	0,7 a 2 µg/kg	2,5 a 15 mg	-	-	0,25 a 2 mg/kg
Dose de manutenção	1 a 7 µg/kg/h	2 a 20 mg/h	100 mg de 12/12h a 6/6h	0,05 a 0,1 mg/kg de 12/12h a 6/6h	0,5 a 1,0 mg/kg/h
Efeitos colaterais	Bradicardia, dependência	Hipotensão, prurido, dependência, broncoespasmo	Tontura, cefaléia, sonolência, vômito, boca seca	Delírio, sedação, cefaléia, prurido, retenção urinária	Hipertensão, taquicardia, anafilaxia, diplopia, alucinações, delírio
Gravidez	B	B	C	B	B

**ANALGÉSICOS II**

DROGA	CLONIDINA V.O.	CLONIDINA E.V.	DEXMEDETOMIDINE
Comercial	Antesina®	Clonidin®	Precedex®
Indicação	HÁS, analgesia, sedação, abstinência a opióide		Analgesia e sedação
Ampola	1 cp = 150 ou 200 µg	1 amp = 1 ml = 150 µg	2 ml = 200 µg
Diluição	-	2 amp/18 ml	1 amp + SF 50 ml
Cc. diluição	-	15 µg/ ml	4 µg/ ml
Dose inicial	150 a 300 µg	2 a 6 µg/ ml	1 µg/kg em 10 min.
Dose de manutenção	150 a 300 µg 12/12h a 4/4h	2 µg/kg	0, 2 a 0, 7 µg/kg/h
Efeitos colaterais	Sonolência, xerostomia, constipação, fraqueza, dor muscular, agitação, cefaléia, insônia, taquicardia, bradicardia, exantemas, alucinações, crise hipertensiva com a suspensão súbita.		Hipotensão, bradicardia, náuseas, boca seca, hipóxia
Gravidez	C		C

**ANTAGONISTAS**

DROGA	NALOXONE	FLUMAZENIL	NEOSTIGMINE	PROTAMINA
Comercial	Narcan®	Lanexat ®	Prostigmine®	Protamina®
Indicação	Antagonista opióide	Antagonista benzodiazepínico	Agente colinérgico Antagonista dos curarizantes	Neutralizar a ação da heparina
Ampola	0, 4 mg	0, 5 mg	1 mg = 0, 5 mg	Ampola com 5 ml
Diluição	-	-	-	-
Cc. diluição	-	-	-	-
Dose inicial	0, 4 a 2 mg	0, 3 mg	2, 5 a 5 mg (associar atropina)	1 ml neutraliza 1.000 UI de heparina
Dose de manutenção	A cada 3 min. até total de 10 mg	0, 1 a 0, 4 mg/h até dose max = 2 mg	-	-
Efeitos colaterais	Náuseas, abstinência em narcótico-dependentes	-	Bradicardia, miose, vômitos, diarreia, cólicas abdominais	Hipotensão, reações alérgicas, isoladamente pode apresentar efeito anticoagulante

**RELAXANTES NEUROMUSCULARES**

DROGA	SUCCINILCOLINA	PANCURÔNIO	VECURÔNIO	ATACÚRIO	RO-CURÔNIO
Comercial	Quelicin®	Parulon®	Norcuron®	Tracrium®	Esmeron®
Indicação	Bloqueio neuro-muscular breve	Bloqueio neuromuscular	Bloqueio neuromuscular	Bloqueio neuromuscular	Bloqueio neuromuscular
Ampola	100 mg	4 mg	4 ou 10 mg	25 ou 50 mg	50 mg
Diluição	1 fio / AD 10 ml	10amp /SF 250 ml	20 mg / SF 250 ml	250mg/sf 225 ml	250mg/SF250 ml
Cc. diluição	1 mg / ml	0,16 mg / ml	0,08 mg / ml	1 mg / ml	1mg/ ml
Dose inicial	0,5 a 1 mg/kg	0,01 a 0,08 mg/ kg	0,06 a 0,15 mg/kg	0,4 a 0,6 mg/kg	0,5 a 0,7 mg/kg
Dose de manutenção	-	0,02 a 0,07 mg/kg/h	0,1 a 0,2 mg/kg/h	5 a 10 µg/kg/min	0,3 0,6 mg/kg/h
Efeitos colaterais	aumento FC, diminuição FC, HAS, arritmia, hipertemia maligna, aumento pressão ocular, hipercalemia	aumento FC, HAS, hipersecreção, polineuropatia, isquemia miocárdica	Paralisia prolongada, polineuropatia, aumento Mg <sup>++</sup> , acidose metabólica	Liberação histaminica, diminuição DC, polineuropatia	Paralisia prolongada, polineuropatia
	Atrofia muscular, tromboembolismo venoso, escaras da decúbito, úlceras da córnea, lesão nervosa por compressão				
Gravidez	C	C	C	C	C

**SEDATIVOS I**

DROGA	MIDAZOLAM	DIAZEPAM	LORAZEPAM	PROPOFOL 1%	ETOMIDATO
Comercial	Dormonid®	Valium®	Lorax®	Diprivan®	Hipnomidate®
Indicação	Sedativo, hipnótico	Sedativo, hipnótico	Sedativo, hipnótico	Sedativo, hipnótico	Hipnótico de ação rápida
Ampola	5, 15 e 50 mg	10 mg	2mg/ ml ou 1 e 2 mg/cp	200 a 500 mg	10 ml = 20 mg
Diluição	50 mg + SF 250 ml	-	-	20 e 50 ml de emulsão lipídica	-
Cc. diluição	0,2 mg / ml	-	1mg / ml	10 mg / ml	2mg/ ml
Dose inicial	0,02 a 0,8 mg/kg 2/2h a 30/30min.	0,03 a 0,1 mg/kg 6/ 6h a 30/30min.	0,02 a, 06mg/kg 6/ 6 a 2/ 2h	0,05 a 0,8 mg/kg	0,03 mg/kg
Dose de manutenção	0,04 a 0,2 mg/ kg/h	-	0,01 a 0,1 mg/kg	5 a 80 µg/kg/min.	-
Efeitos colaterais	Bradipnéia, náuseas, diminuição PA, agitação paradoxal	Diminuição mais acentuada PA, febre, agitação paradoxal	NTA, acidose láctica	Hipotensão, Aumento triglicérides	(*)
Gravidez	B	B	B	D	C

(\*) Calafrios, apnéia, Broncoespasmo, reações anafilatóides, movimentos clônicos espontâneos, dor local da injeção, hipotensão, oligúria e supressão reversível da função adrenocortical.

**SEDATIVOS II**

DROGA	HALOPERIDOL	TIOPENTAL	
Comercial	Haldol®	Thionembutal®	
Indicação	Agitação psicomotora	Sedação	Coma barbitúrico
Ampola	5mg	1g	1g
Diluição	10 amp + SF 250 ml	2, 5g + SF 250 ml	2, 5g + SF 250 ml
Cc. Diluição	0, 16mg/ ml	10mg/ ml	10mg/ ml
Dose inicial	0, 5 a 10 mg IM/EV	50 a 100 mg	Até 20 mg/kg
Dose de manutenção	2 a 10 mg EV de 8/8 até 2/2h Infusão: até 30 mg/h	0, 01 a 0, 1mg/kg/h	2 a 8 mg/kg/h
Efeitos Colaterais	Prolonga intervalo QT, alteração extrapiramidais, agitação paradoxal, hipotensão ortostática, galactorrêa, ginecomastia	Excitação paradoxal, náuseas, alergia, apnéia, hipotensão	
Gravidez	C	D	

**VASODILADORES E ANTI-HIPERTENSIVOS I**

DROGA	NITROGLICERINA	MONONITRATO-5 DE ISOSSORBIDA	NITROPRUSSIATO DE SÓDIO	HIDRALAZINA E.V.
Comercial	Tridil®	Monocordil®	Nipride®	Apresolina®
Indicação	Insuficiência Coronariana, diminuição da pré-carga	Insuficiência Coronariana, diminuição da pré-carga	HAS, EAP	HAS, DHEG, ICC
Ampola	10 ml = 25 ou 50mg	1 ml = 10mg	2 ml = 50mg	20mg
Diluição	50mg/SF 240 ml	40-100mg/SF 100 ml	1 amp/SG 248 ml	1 amp/SG 200 ml
Cc. Diluição	200 µg/ ml	0, 4 a 1mg/ ml	200 µg/ ml	0, 1mg/ ml
Dose inicial	-	-	-	10mg EV
Dose de manutenção	5 a µg/min. 0, 05 a 0, 3 µg/kg/min.	0, 8 a 1 mg/kg de 8/8h (bolus ou infusão contínua)	0, 5 a 8 µg/kg/min.	1mg/h
Efeitos Colaterais	Cefaléia, diminuição PA, aumento FC, tontura, náuseas, vômitos e anafilaxia.	diminuição PA, aumento FC	diminuição PA, aumento FC, cefaléia tortura, coma, acidose toxicidade por cianeto.	Angina, aumento FC, síndrome lupus-like
Gravidez	C	C	D	B

**VASODILATADORES E ANTI-HIPERTENSIVOS II**

DROGA	LABETALOL	ESMOLOL	METOPROLOL	ATENOLOL	CARVEDILOL
Comercial	Normodyne®/trandate	Brevibloc®	Seloken®	Atenol®	Cardiol®
Indicação	HAS	Overdose De cocaína, HAS, Antiarritmico	HAS, diminuição FC, diminuição demanda, miocárdica de O <sub>2</sub>	HAS, diminuição FC	ICC, HAS, angina
Ampola ou Comprimido(cp)	100mg	10 ml = 100mg ou 2, 5g	5 ml = 5mg e 100mg/cp	25, 50 e 100mg/cp	3, 125; 6, 25; 12, 5 e 25 mg/cp
Diluição	300mg/SF 250 ml	2, 5g/SF 240 ml	-	-	-
Cc. Diluição	1mg/ ml	10mg/ ml	-	-	-
Dose inicial	1mg/kg	500µg/Kg/min.	5mg de 5/5min. até 15mg	25mg	3, 125mg 12/12h
Dose de manutenção	1 a 3 µg/kg/min. ou 2 a 3 mg/min.	200 µg/Kg/min.	50-100mg VO de 12/12h	25-100mg/dia	3, 125 a 25 mg 12/12h
Efeitos Colaterais	Cautela em doentes com ICC, bronco espasmo, insuficiência hepática, insuficiência arterial periférica. Pode mascarar sintomas de hipoglicemia. Contra-indicado em BAVT, bradicardia sinusal, choque.				
Gravidez	B	B	B	B	C

**VASODILATADORES E ANTI – HIPERTENSIVOS III**

DROGA	PROPANOLOL	CAPTOPRIL	NIMODIPINA	MINOXIDIL	FENTOLAMINA
Comercial	Inderal®	Capoten®	Oxigen®	Loniten®	Regitina®
Indicação	HAS, asmitmias, Insuficiência coronariana, hipertrofia, cardiomiopatia hipertrofica, feocromocitona	HAS / ICC	Hemorragia Subaracnóidea	HAS grave	Anti-hipertensivo (feocromocitona)
Ampola	10, 40, 80 mg /cp	12, 5; 25 e 50 mg / cp	50 ml = 10 mg 30 mg / cp	10 mg / cp	5 mg / amp.
Diluição	-	-	Sem diluição	-	Sem diluição
Cc.diluição	-	-	-	-	-
Dose inicial	10 a 60 mg 12/12 ou 8 / 8h	6, 25 a 25mg 12 / 12h	15µg/kg/h em 2h	5 a 10 mg	Dose diagnostica = 5 mg
Dose de manutenção	40 mg 6 / 6, 80 mg 8 / 8, 160 mg 12 / 12h ou mais	6, 25 a 50 mg	30µg/kg/h ou 60 mg VO de 4/4h	5 a 20 mg de 4 / 4h	Antes da remoção do TU, 2 a 5 mg na cirurgia, 1 mg
Efeitos colaterais	Cautela em doentes com ICC, broncoespasmo, insuficiência arterial.pode mascarar sintomas de hipoglicemia. Contra- indicado em BAVT, diminuição PA E diminuição FC	Tosse, anemia, broncoespasmo , hipercalemia, erupções cutâneas, creatinina	Cefaléia, flush, febre, angina, aumento FC, diminuição PA	aumento FC, diminuição PA, hirsutismo	Tontura, flush, Hipoglicemia, diminuição PA arritmia, angina
Gravidez	B	C / D	B	C	C

## PROTOCOLOS E FLUXOGRAMAS PARA AÇÕES EM SAÚDE DE EQUIPE MULTIPROFISSIONAL (FARMACÊUTICO).

### **FARMÁCIA**

É um consenso na área da saúde que o processo de abastecimento hospitalar é complexo e exige uma condução diferenciada para que os resultados atendam as expectativas dos gestores.

Por isso, o IIFHES possui procedimentos de gestão de suprimentos e acompanhamento de fornecedores que facilitam a vida do gestor hospitalar e representam maior segurança para os funcionários e clientes da unidade.

Estes procedimentos são inspirados em metodologia reconhecida e baseada nos princípios do PMI —Project Management Institute e na norma NBR ISO 10006 — Gerenciamento de Projetos, entendendo cada processo de compra como um projeto específico, um empreendimento que envolve as fases de concepção, cotação e relacionamento, COMPRAS e gerenciamento, e abrange as nove áreas de conhecimento do PMI: escopo, prazo, custo, qualidade, suprimentos, RH, comunicação, riscos e integração.

## Resultados

- ✓ Garantia do cumprimento pleno dos contratos de abastecimento, com acompanhamento das eventuais alterações de escopo e aditivos contratuais.
- ✓ Finalização e entrega dos eventos de compras dentro dos parâmetros de prazo, custo e qualidade, definidos inicialmente pelo corpo estratégico da instituição parceira.
- ✓ Segurança no processo, com o cumprimento de especificações estratégicas e a realização de compras adequadas de fornecedores confiáveis em momentos oportunos.
- ✓ Garantia da utilização e alocação de recursos humanos adequados para cada fase do abastecimento institucional.
- ✓ Garantia da comunicação eficaz entre todos os envolvidos nos processos de abastecimento, de modo que as informações corretas sejam disponibilizadas nos momentos apropriados para cada parte interessada.
- ✓ Redução dos riscos e seu gerenciamento ao longo de todo o processo de abastecimento institucional.

- ✓ Subsídio aos gestores para tomada de decisões estratégicas.

A seguir, propomos a descrição das rotinas e protocolos referentes a medicamentos e materiais de consumo gerais e médico-hospitalares, com implantação de solução de logística de armazenamento, distribuição de medicamentos e insumos no âmbito da unidade

## **PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO - POP**

- I. Armazenamento e Conservação de medicamentos termolábeis;
- II. Armazenamento e Conservação de substâncias inflamáveis;
- III. Armazenamento de Medicamentos constantes sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial;
- IV. Armazenamento de Medicamentos não sujeitos a controle especial;
- V. Dispensação da Prescrição Médica;
- VI. Dispensação de Medicamentos não sujeitos a controle especial;
- VII.  
Dispensação de Medicamentos sintomáticos;
- VIII.  
Dispensação de Medicamentos sujeitos à notificação;
- IX. Justificativas para liberação de medicamentos
- X. Recebimento de Medicamentos termolábeis;
- XI. Recebimento de Medicamentos não sujeitos a controle especial;
- XII.  
Solicitação de compra de medicamentos padronizados;
- XIII.  
Solicitação de compra de medicamentos não padronizados.

## **ROTINA DE RECEBIMENTO DOS MEDICAMENTOS**

- I. No ato do recebimento, cada entrada deve ser examinada quanto à respectiva documentação e fisicamente inspecionada para que sejam verificados suas condições físicas, rotulagem, tipo, data de fabricação, validade e quantidade;
- II. Conferir a nota fiscal quanto à razão social, quantidade, preço, condições de pagamento e se a remessa corresponde à encomendada;
- III. As empresas produtoras (fabricante ou laboratório) ficam obrigadas a informar, em cada unidade produzida os itens:
- IV. O nome do produto farmacêutico - nome genérico e comercial (observar a legislação);
- V. Nome e endereço completo do fabricante com telefone do serviço de atendimento ao consumidor (SAC);
- VI. Nome do responsável técnico, número de inscrição e sigla do Conselho Regional de Farmácia;
- VII. Número do registro no Ministério da Saúde conforme publicação do Diário Oficial

da União;

- VIII. Data de fabricação;
- IX. Data de validade, esse prazo deve ser no mínimo de um ano para uma maior rotatividade dos produtos;
- X. Número de lote a que a unidade pertence;
- XI. Composição dos produtos farmacêuticos;
- XII. Peso, volume líquido ou quantidade de unidades se for o caso;
- XIII. Finalidade, uso e aplicação;
- XIV. Precauções, cuidados especiais.
- XV. Caso haja divergências em um ou mais dos itens acima, não receber os produtos, procedendo da seguinte forma:
- XVI. Assinar o canhoto da nota fiscal, devolvendo-a ao entregador;
- XVII. Encaminhar a nota fiscal conforme orientação da Empresa.

## **ROTINA DE ARMAZENAGEM DOS MEDICAMENTOS**

A correta armazenagem dos medicamentos é fundamental para garantir sua eficácia, sendo assim o estabelecimento deve ter:

**Espaço para o fluxo racional de pessoal e materiais, visando reduzir ao mínimo o risco de quebras e contaminações:**

- I. As caixas dos medicamentos não devem ser colocadas diretamente no chão;
- II. Os medicamentos termolábeis devem ser imediatamente guardados quando chegam à farmácia, e deve-se fazer a verificação da temperatura da geladeira para saber se está ideal;
- III. Os locais de trabalho devem ser mantidos limpos, isentos de pó e contaminação, o lixo coletado nas dependências deve ser eliminado através de sistemas seguros e higiênicos, sendo depositados em recipientes especiais com tampa e removidos o mais rápido possível;
- IV. Medicamentos violados ou suspeitos de qualquer contaminação devem ser retirados dos estoques comercializáveis, identificados e segregados em área totalmente separados de forma a não serem vendidos, por engano e nem contaminarem outras mercadorias.

**Os produtos com prazo de validade vencido ou com avarias poderão seguir dois destinos:**

- I. Poderão ser devolvidos ao fornecedor (fabricante ou laboratório), através de nota fiscal de devolução com os dizeres "mercadoria avariada ou mercadoria vencida, visando o objetivo do descarte.";
- II. Não havendo condições para a execução do procedimento acima, o farmacêutico responsável deve dirigir-se a autoridade sanitária competente, para receber orientação quanto ao descarte de tais produtos;
- III. Os medicamentos devem ser armazenados nas estantes, em local que não receba luz solar direta;
- IV. Aos medicamentos termolábeis, deve ser evitado ao máximo, a exposição, desses produtos, a qualquer tipo de luz, evitar exposição direta ao solo e também não permitir o congelamento desses produtos, pois perdem suas atividades farmacológicas;
- V. Os medicamentos controlados merecem especial armazenamento, ou seja, dada às características desses medicamentos, sua área de estocagem deve ser

considerada de segurança máxima (armário lacrado). Deve ser evitada ao máximo, a exposição, desses produtos, a qualquer tipo de luz principalmente solar, e também não podem ser depositados diretamente ao solo. Esses produtos precisam estar em área isolada das demais, somente podendo ter acesso a ela, pessoas autorizadas ou o farmacêutico responsável técnico.

**Os estoques de psicotrópicos deverão ser inventariados diariamente nos livros adequados para que não haja diferenças em suas quantidades. Produtos vencidos, danificados ou quebrados devem seguir o procedimento:**

- I. Relacionar em 3 vias, dar baixa no sistema e segregá-los no próprio depósito de produtos controlados;
- II. Comunicar através de ofício a Autoridade Sanitária o ocorrido, enviando junto à relação dos produtos;
- III. Levar a Superintendência de Vigilância Sanitária para a destruição do produto ou destinação a ser dada;
- IV. Solicitar o documento vistado pelo órgão fiscalizador arquivando na Empresa após dar baixa nos produtos.

## **Métodos de Armazenagem**

- I. Por Ordem Alfabética de Medicamentos;
- II. Por Ordem Alfabética das Formas Farmacêuticas de Apresentação;
- III. Por Ordem Alfabética de Laboratórios;
- IV. Por Ordem Alfabética de Grupos Farmacológicos;
- V. Por Codificação.

## **ROTINA DE DISPENSAÇÃO DOS MEDICAMENTOS**

- I. O ato de dispensar produtos farmacêuticos ao público deve ter suas operações devidamente registradas em documento próprio e disponíveis à autoridade sanitária competente;
- II. Os produtos, aparelhos e acessórios devem estar em local específico, separados dos demais produtos e medicamentos;
- III. Estar atento aos novos modelos de receituários, preconizados pela portaria e suas atualizações;
- IV. Verificar a dosagem, via de administração e duração do tratamento, se necessário em caso de dúvida confirmar com o médico;
- V. Controlar diariamente a movimentação do livro de medicamentos controlados;

- VI. Orientar ao paciente o uso adequado do medicamento no momento da dispensação, colaborando para o uso racional do medicamento;
- VII. O programa de informatização do estabelecimento farmacêutico deve se prestar ao setor administrativo da farmácia, registrando todo o histórico de movimentação do produto dispensado;
- VIII. No ato da dispensação, é necessária atenção para alguns aspectos importantes:
- ✓ Nome do medicamento;
  - ✓ Finalidade terapêutica do produto;
  - ✓ Posologia;
  - ✓ Modo de usar;
  - ✓ Precauções;
  - ✓ Efeitos colaterais;
  - ✓ Interações medicamentosas;
  - ✓ Instruções de armazenamento;
  - ✓ Assegurar que o paciente tenha sido esclarecido corretamente e com respeito.

## **Métodos de Dispensação**

- Dispensação por Dose Coletiva;
- Dispensação por Dose Individual;
- Combinação do Sistema de Dispensação Coletiva com a Prescrição Individual;
- Dispensação por Dose Unitária.

## **ROTINA DE DEVOLUÇÃO DOS MEDICAMENTOS**

- I. O setor/usuário identifica os medicamentos que não serão utilizados ou cuja data de expiração esteja próxima, preenche a nota de devolução em duas vias e remete-a ao farmacêutico;
- II. A farmácia recebe o medicamento, confere-o, retém uma via da nota e devolve a outra ao setor/usuário. Quando o medicamento é inservível, envia a cópia, juntamente com o medicamento, para descarte. Deve-se tentar proceder à troca dos produtos com os fornecedores. Caso o medicamento possa ser utilizado, procede-se à entrada desse item e encaminha-se a cópia para o farmacêutico.

## ESTOQUE

### ATRIBUIÇÕES DO ESTOQUE

- I. Captura da demanda dos produtos na área de dispensação, gerando requisições automáticas dos produtos que atingiram o estoque mínimo;
- II. Legenda na requisição de produtos que sinalizem, para o usuário que está fazendo a requisição, se determinado produto existe no estoque ou não;
- III. Contagem física semanal dos itens rotativos indicados e randômicos;
- IV. Requisição automática através de estoque máximo, mínimo e ponto de pedido parametrizado para as áreas;
- V. Visualização de todo o material, com rastreabilidade de lote e validade, do recebimento até a dispensação ou utilização do paciente;
- VI. Manutenção dos níveis de serviço acordados e medidos nos indicadores de performance;
- VII. Geração de informação para a Administração dos itens que se encontrarem abaixo do estoque mínimo para compra;

- VIII. Controle do giro do estoque;
- IX. Apontamentos de produtos parados no estoque durante um longo prazo;
- X. Otimização dos estoques máximos e ideais;
- XI. Padronização dos materiais, para minimizar estoque e processos de compra através do sistema operacional de gerenciamento de estoques;
- XII. Inventário mensal de todos os itens ou inventários cíclicos, por produto ou por área, com registros no sistema de todos os controles e divergências encontradas;
- XIII. Elaboração de relatórios gerenciais e de custos de consumo, por unidade, por área, por tipo de programa, por paciente ou centro de custos;
- XIV. Elaboração de relatórios de valorização de estoque em conjunto com o setor responsável;
- XV. Manutenção do histórico de informações;
- XVI. Auditoria dos processos de trabalho e rotinas;
- XVII. Controles de acesso no sistema no nível do usuário;
- XVIII. Rastreabilidade no nível do usuário de qualquer inclusão, alteração ou exclusão

realizada no sistema;

XIX. Fornecimento de relatório para a Administração dos produtos a vencer.

#### **ATRIBUIÇÕES DO AUXILIAR DE ESTOQUE**

- I. Receber e verificar todos os materiais comprados, conferindo sua qualidade, quantidade e especificações técnicas;
- II. Realizar a devolução aos fornecedores, quando, em qualquer situação de recebimento for identificado divergências quantitativas, qualitativas e de especificação técnica dos materiais;
- III. Estabelecer e manter atualizados os arquivos a respeito do recebimento e distribuição de material;
- IV. Enviar os gêneros alimentícios perecíveis ao Serviço de Nutrição para sua verificação e correta estocagem;
- V. Informar às áreas requisitantes o devido recebimento de seus pedidos;
- VI. Proporcionar uma correta armazenagem dos materiais, respeitando as características técnicas e geométricas (volume) a fim de se evitar possíveis

avarias e deterioração;

- VII. Solicitar a compra de materiais que se fizerem necessários, momento este quando identificado o Ponto de Ressuprimento do produto estocado, a fim de garantir estoque suficiente para abastecimento da unidade;
- VIII. Manter a organização do depósito de materiais em perfeita harmonia com as condições ideais de trabalho, com as respectivas sinalizações, indicações, regras de segurança, e principalmente, a higienização e eliminação de materiais deteriorados ou vencidos.

## **ROTINA DE RECEBIMENTO DOS MATERIAS DE CONSUMO GERAIS E MÉDICO-HOSPITALARES**

- I. Receber e controlar os materiais comprados e consignados, conferindo com as Ordens de Compra e Nota de Empenho emitidas e aprovadas, incluindo controle específico para cada modalidade de compra;
- II. Conferir os produtos recebidos a fim de garantir quantidades corretas, integridade física e visual das embalagens, especificações técnicas dos produtos e validade;
- III. Etiquetar os produtos para controle de movimentação, incluindo lote e validade,

via código de barras;

- IV. Registrar a entrada, no sistema operacional de gerenciamento de estoques, dos produtos recebidos via leitores de código de barras ou equipamentos conectados on-line com o sistema, disponibilizando o material de forma segura para uso imediato;
- V. Controlar pendências e prazos de entrega, seguindo os critérios definidos pela
- VI. Subsidiar a gestão com a avaliação da capacidade dos fornecedores no que diz respeito ao fornecimento de produtos, de acordo com os requisitos de segurança, prazos de entrega, acuracidade e integridade dos produtos, por meio de relatórios ou consultas via sistema;
- VII. Oferecer relatórios de consumo e pesquisas com informações necessárias aos setores responsáveis pelas aquisições e abastecimentos das Unidades de Saúde;
- VIII. Quando a quantidade em estoque atinge o ponto de ressuprimento, emite duas cópias do pedido de compra de material, indicando a quantidade a ser reposta. Uma das cópias é enviada para a administração ea outra, arquivada na unidade.

Esta última é eliminada quando da chegada dos produtos;

- IX. Quando a quantidade em estoque atinge o nível de reserva, emite um pedido de compra de emergência em duas vias, uma é encaminhada a administração e outra, arquivada na unidade. Esta última é eliminada quando da chegada dos produtos.

## **ROTINA DE ARMAZENAGEM DOS MATERIAS DE CONSUMO GERAIS E MÉDICO-HOSPITALARES**

- I. O material deve ser mantido na embalagem original;
- II. Manutenção dos estoques nas áreas de armazenagem, dispensação e consumo devidamente organizados e conservados;
- III. Alocação dinâmica de estoque, baseada nas características físico-química dos produtos para otimização das áreas e atendimento das exigências dos órgãos competentes;
- IV. Controle de movimentação das posições de estoque através de código de barras com ponto de controle duplo;

- V. Identificação total do volume de estoques distribuídos por toda a rede, com rastreabilidade total dos mesmos;
- VI. Ressarcimento das diferenças de estoque por inventário físico, seguindo o seguinte critério: a partir de inventário físico total, executado com acompanhamento e critérios aprovados pela Administração;
- VII. A contagem de inventário poderá ser solicitada a qualquer momento;
- VIII. A armazenagem deve ser por ordem alfabética de grupo de material, obedecendo a uma ordem alfabética rigorosa em cada grupo.
- IX. As áreas de armazenamento devem ser identificadas de acordo com o grupo e os produtos, armazenados de maneira que permita a perfeita visualização do nome, número de lote e prazo de validade –aquele que for vencer primeiro deve estar à frente e do lado esquerdo.

## **ROTINA DE DISPENSAÇÃO DOS MATERIAS DE CONSUMO GERAIS E MÉDICO-HOSPITALARES**

- I. Separação dos materiais pelos sistemas de dispensação coletiva, para abastecimento da área de dispensação nas unidades hospitalares, com controle de lote, validade e rastreabilidade com transferência de material dentro dos dias e horários previamente acordados e definidos pela Administração;
- II. Controle de atendimento de requisição de produtos para respectiva dispensação e distribuição;
- III. Recuperação do material não utilizado na Unidade, computando, através de rotina do Sistema, materiais de devolução que deverão retornar para o estoque;
- IV. Processamento de logística reversa de materiais, disponibilizando produtos para consumo imediato;
- V. Relatórios assinados de recebimento dos produtos, quando da entrega nas Unidades.

## **ROTINA DE DEVOLUÇÃO DOS MATERIAS DE CONSUMO GERAIS E MÉDICO-HOSPITALARES**

- I. O usuário identifica os materiais que não serão utilizados ou cuja data de expiração esteja próxima, preenche a nota de devolução em duas vias e remete-a ao coordenador de suprimentos;
- II. O almoxarifado recebe o material, confere-o, retém uma via da nota e devolve a outra ao usuário. Quando o material é inservível, envia a cópia, juntamente com o material, para descarte. Deve se tentar proceder à troca dos produtos com os fornecedores. Caso o material possa ser utilizado, procede-se à entrada desse item e encaminha-se a cópia para o coordenador do controle do estoque.

## **INDICADORES DE SUPRIMENTOS**

- I. Mapa Materiais Comprados no Mês;
- II. Mapa Materiais Gastos por Setor;
- III. Mapa Movimento Mensal de Materiais;
- IV. Mapa Consumo Mensal de Materiais;

- V. Mapa Movimento Mensal de Medicamentos;
- VI. Mapa Consumo Mensal de Medicamentos;
- VII. Custos de Administração e Controle dos Estoques:
  - ✓ Índice Rotação Estoques;
  - ✓ Índice Financiamento Estoques;
  - ✓ Índice Endividamento Estoques.
- VIII. Análise das Compras Anuais x Estoque Mínimo;
- IX. Rotação dos Estoques;
- X. Fórmulas de Apuração do Custo Unitário:
  - ✓ FIFO, LIFO, NIFO;
  - ✓ Custo Médio Simples;
  - ✓ Custo Médio Ponderado;
- XI. Inventários;
- XII. Auditoria na Administração de Materiais;

XIII. Curva ABC.

#### **ATRIBUIÇÕES DO FARMACÊUTICO**

- I. Esclarecer ao usuário sobre a existência do medicamento genérico, substituindo, se for o caso, o medicamento prescrito exclusivamente pelo medicamento genérico correspondente, salvo restrições expressas de próprio punho consignadas no documento pelo profissional prescritor;
- II. Indicar, no verso da prescrição a substituição realizada, citando o nome genérico do medicamento e a indústria produtora, apondo o carimbo que conste seu nome e número de inscrição no CRF, local e data, assinando a declaração;
- III. Assessorar o corpo clínico com relação aos aspectos farmacológicos dos medicamentos;
- IV. Solicitar em tempo hábil ao setor de logística a aquisição de medicamentos através de pedidos, para que atinjam limites de reposição do estoque, em data pré-estabelecida, sendo o mesmo também encaminhado a chefia imediata;
- V. Estabelecer um sistema de recebimento, estocagem e distribuição de

medicamentos, seguro e eficiente, capaz de suprir as unidades de assistência com os medicamentos prescritos pelo corpo clínico da unidade;

- VI. Exercer de forma efetiva o gerenciamento do estoque de medicamentos e produtos afins, mantendo registro de consumo, perda e extravio de medicamentos;
- VII. Controlar a movimentação de medicamentos e correlatos, e em especial, dos entorpecentes e psicotrópicos;
- VIII. Controlar as receitas formuladas pelo corpo clínico da unidade;
- IX. Colaborar em pesquisas de assuntos farmacêuticos;
- X. Assessorar no controle de qualidade dos produtos químicos adquiridos para utilização na unidade;
- XI. Responsabilizar-se pelo recebimento, estocagem e distribuição de medicamentos, seguro e eficiente, capaz de suprir as unidades de assistência com os medicamentos prescritos pelo corpo clínico da unidade;
- XII. Organizar e manter ordem no setor;
- XIII. Participar do inventário - última semana do mês;

- XIV. Realizar entrega dos medicamentos para os setores (conforme solicitação) e dar baixa do sistema conforme demanda;
- XV. Controlar o estoque, manutenção, prazo de validade, segurança de uso e distribuição dos medicamentos à disposição da Unidade;
- XVI. No ato da dispensação explicar detalhadamente ao paciente sobre a utilização do medicamento, fornecendo toda a orientação necessária ao seu consumo racional;
- XVII. Informar ao paciente e ao prescritor sobre a existência ou não de medicamentos genéricos, diferenciando-os dos similares;
- XVIII. O farmacêutico deverá desenvolver ações na seleção e dispensação de medicamentos não prescritos, estando sempre atento a Portaria do ministério da saúde.
- XIX. Cabe ao farmacêutico a garantia do cumprimento da legislação em vigor, das normas éticas dentro e fora da farmácia no estrito cumprimento dos atos inerentes ao farmacêutico e com vista a adequar a qualidade do serviço com as necessidades do paciente;
- XX. O farmacêutico que não prestar efetiva assistência farmacêutica aos

estabelecimentos sob sua responsabilidade técnica ficam sujeitos às penas previstas pela legislação;

XXI. O pessoal envolvido com os medicamentos tanto no seu manuseio quanto no seu controle, devem receber treinamentos para trabalho ao qual se propõe.

XXII. O Farmacêutico responsável receberá de seus superiores todo o apoio necessário para um trabalho eficiente, como exigem as boas práticas de dispensação de medicamentos.

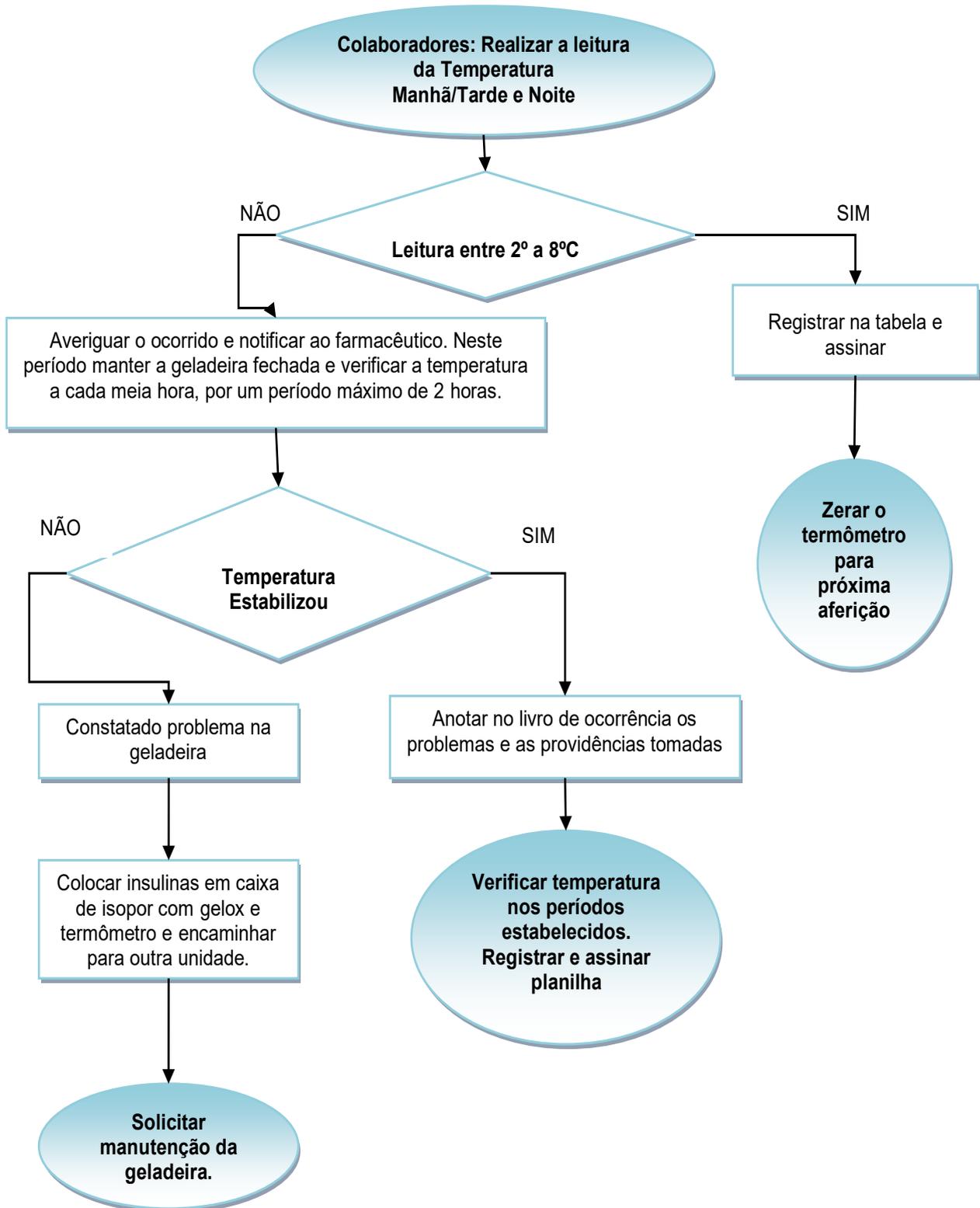
## ➤ **FLUXOGRAMAS**

Segue abaixo Fluxogramas propostos para as atividades a serem desenvolvidas no que tange as rotinas de medicamentos e materiais de consumo médico hospitalar:

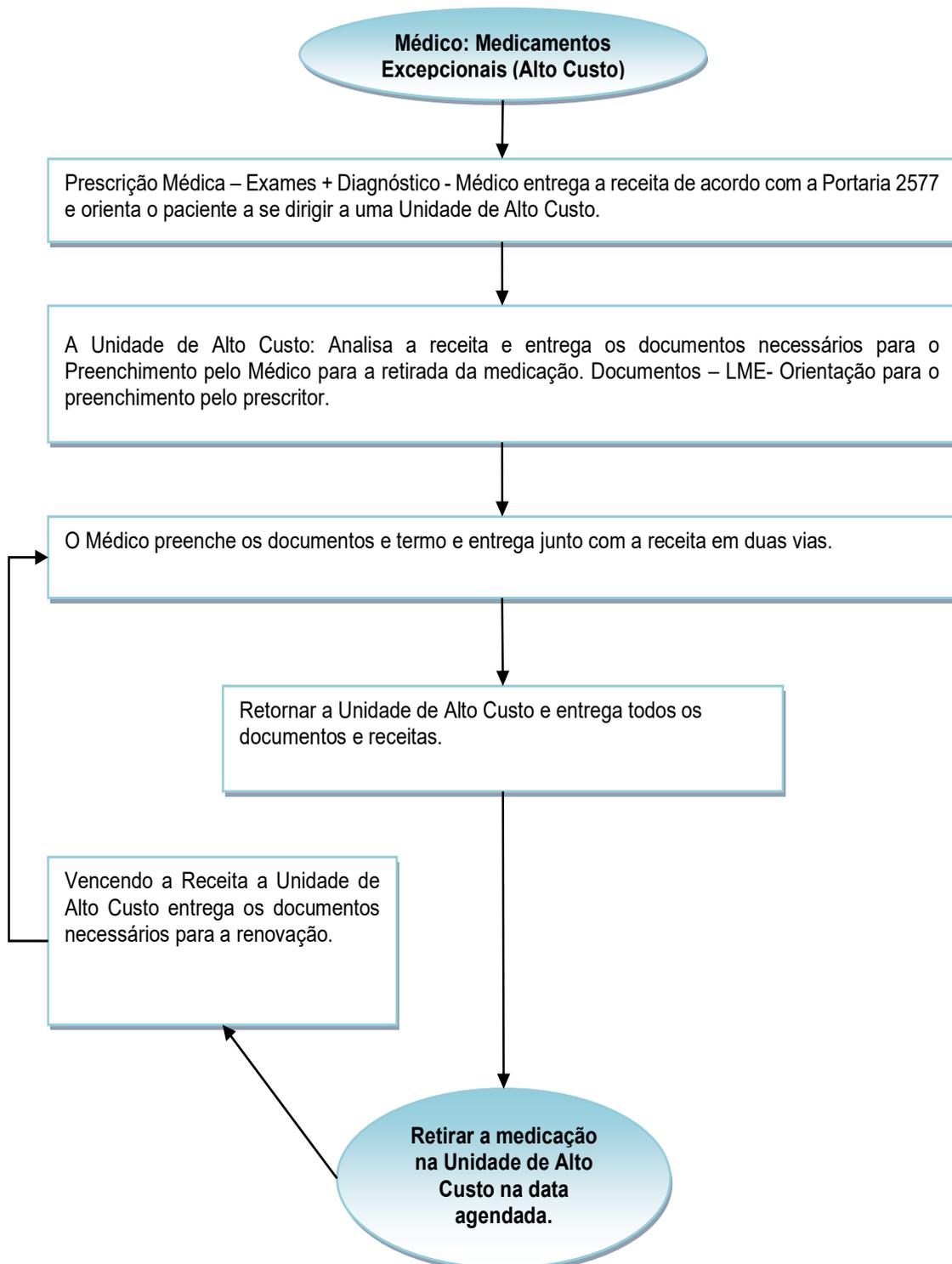
1. Monitoramento diário e interno da Farmácia;
2. Dispensação de Medicamentos Especiais;
3. Recebimento de Medicamentos e Materiais Médico Hospitalares;
4. Armazenamentos de Medicamentos;

5. Inventário;
6. Solicitações;
7. Sentinela;
8. Identificação dos Medicamentos;
9. Medicamentos Vencidos e devolvidos;
10. Medicamentos Controlados Vencidos;
11. Dispensação de Medicamentos pela Farmácia.

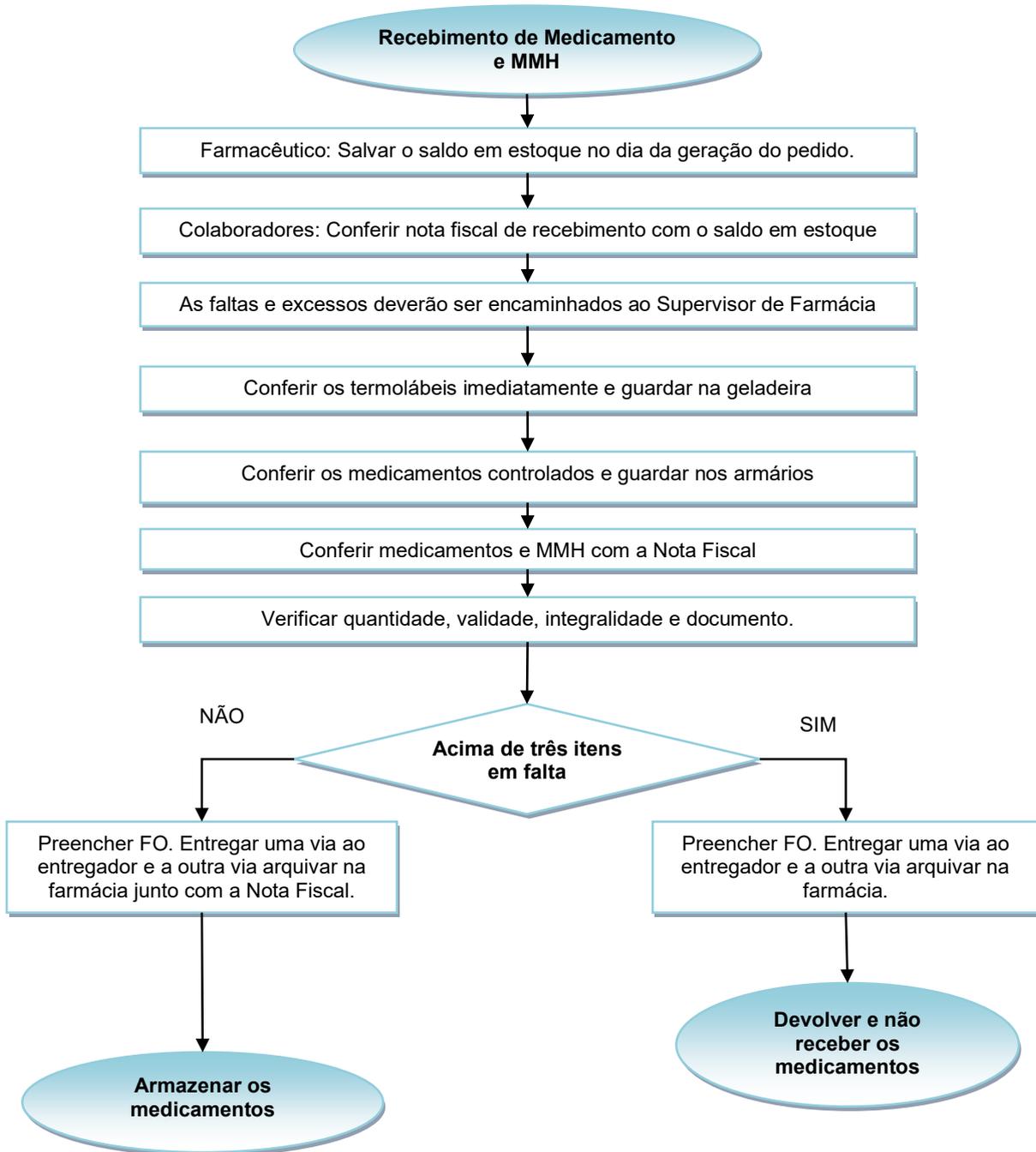
## Monitoramento diário e interno da Farmácia



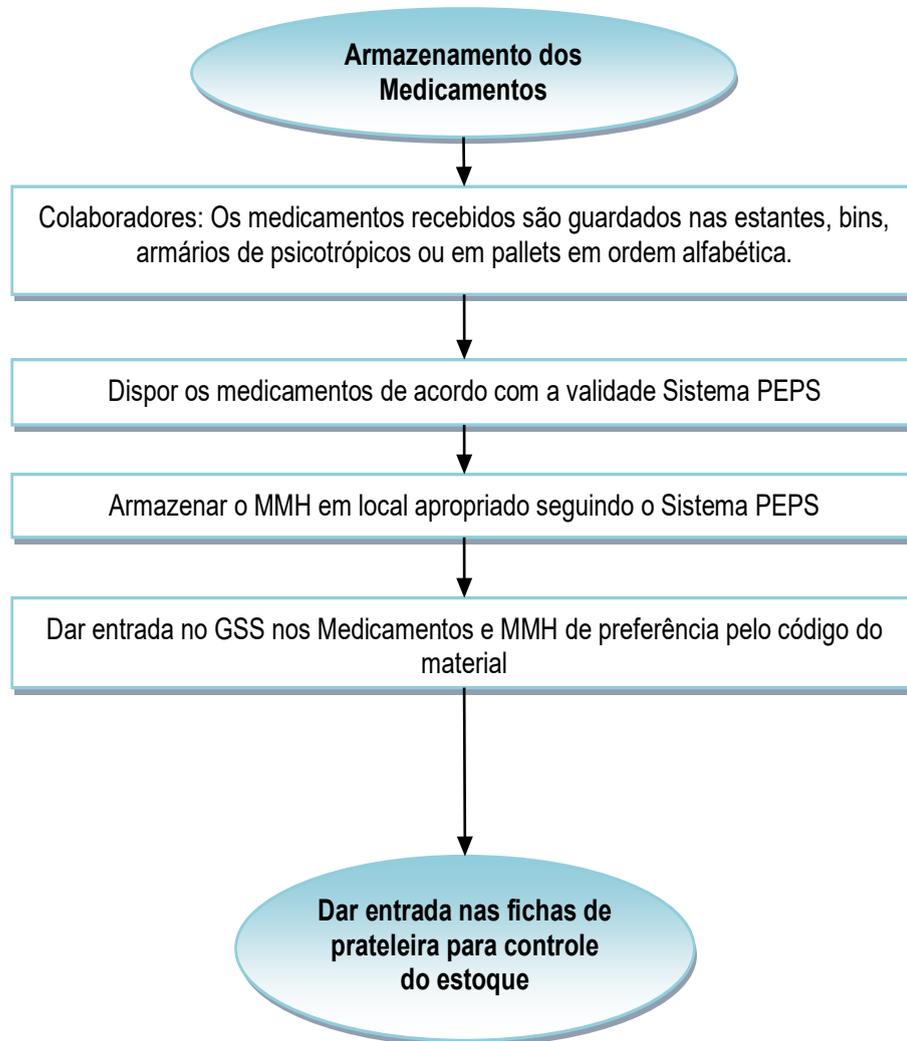
## Dispensação de Medicamentos Especiais



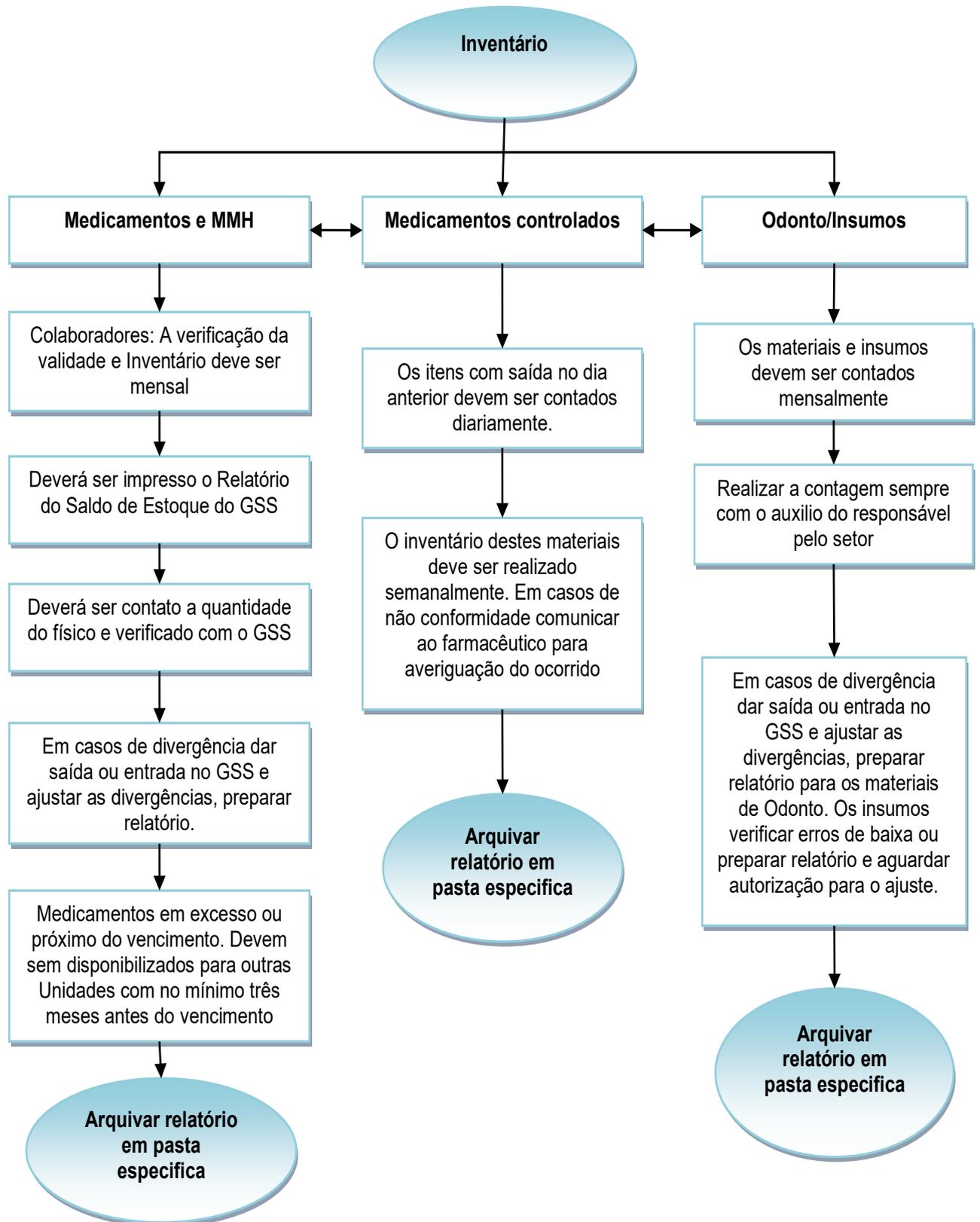
## Recebimento de Medicamentos e Materiais Médico Hospitalares



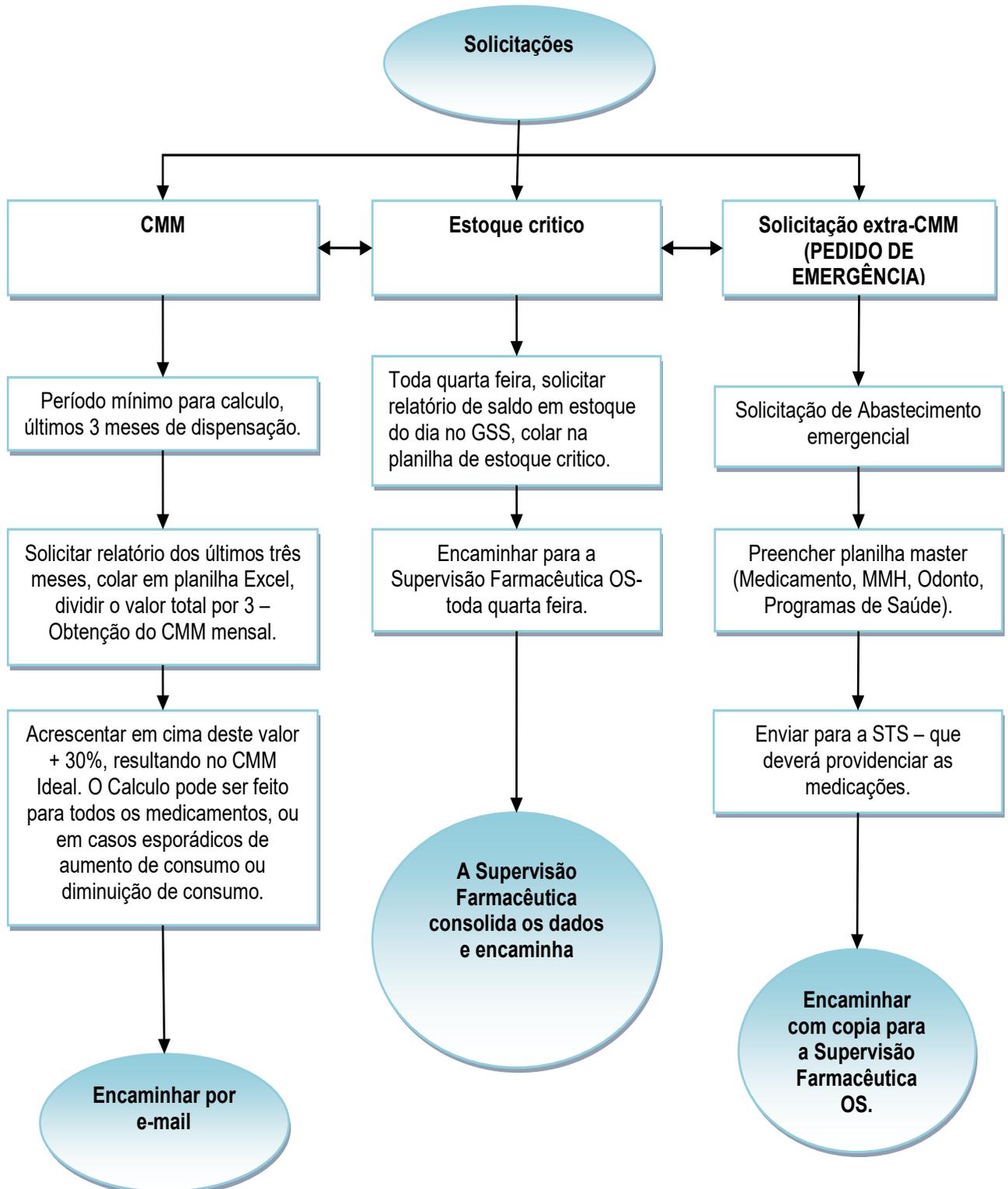
## Armazenamentos de Medicamentos



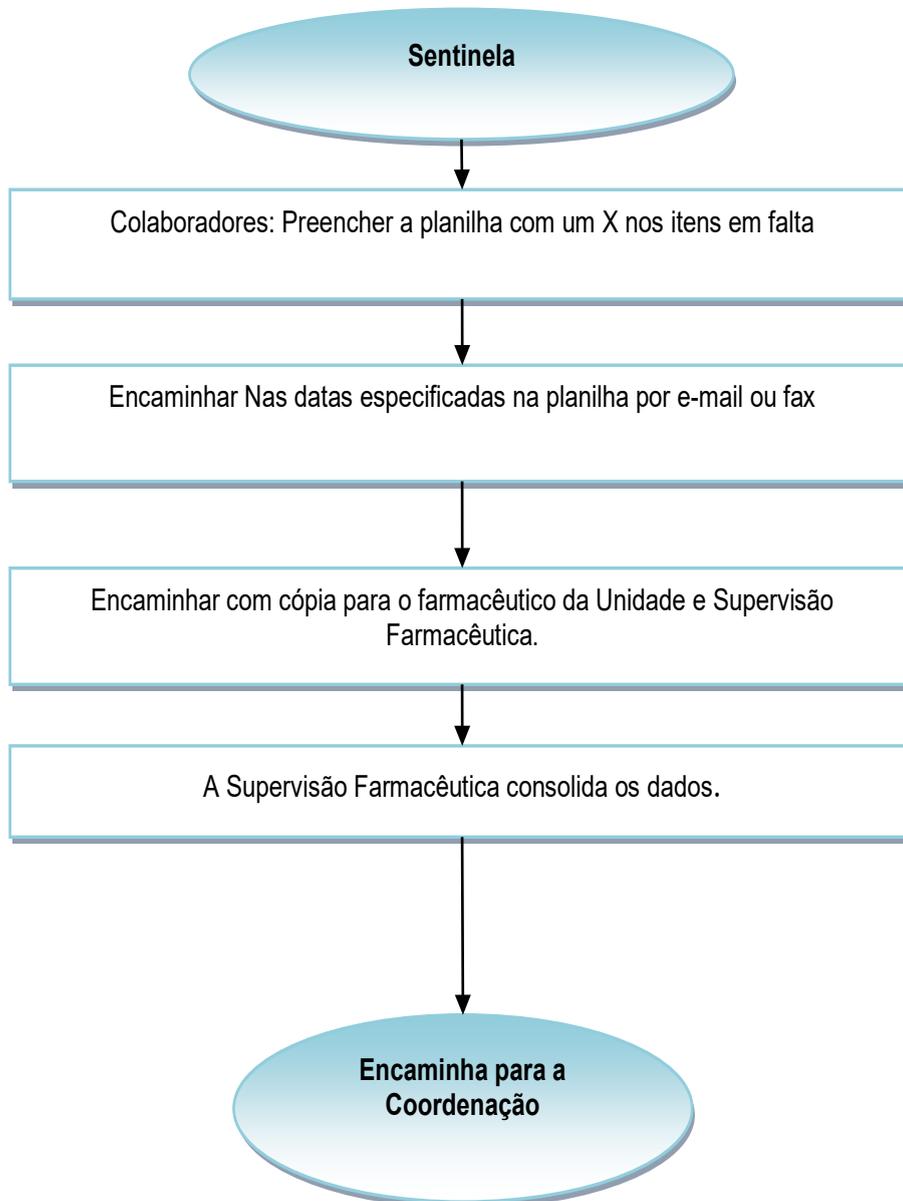
## Inventário



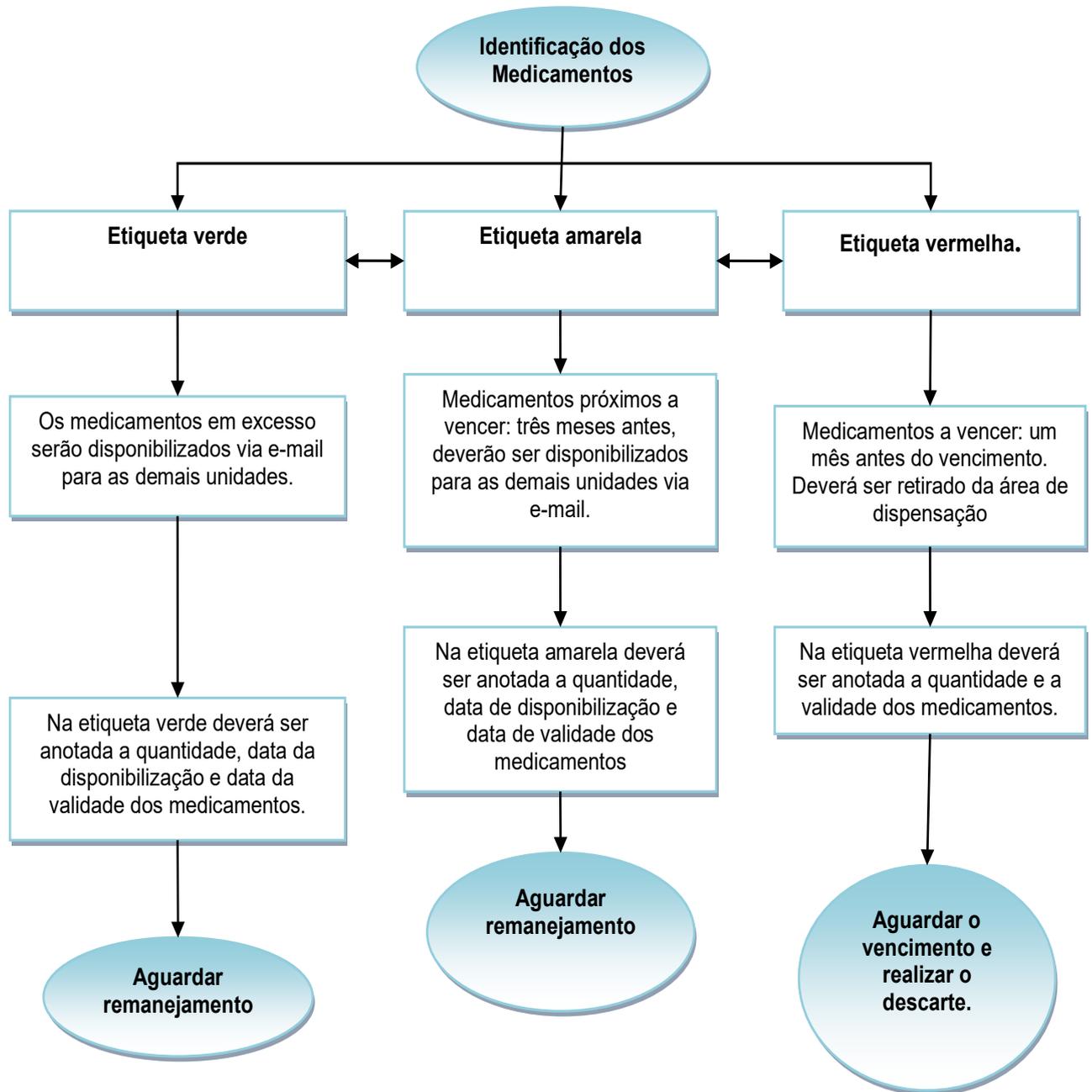
## Solicitações



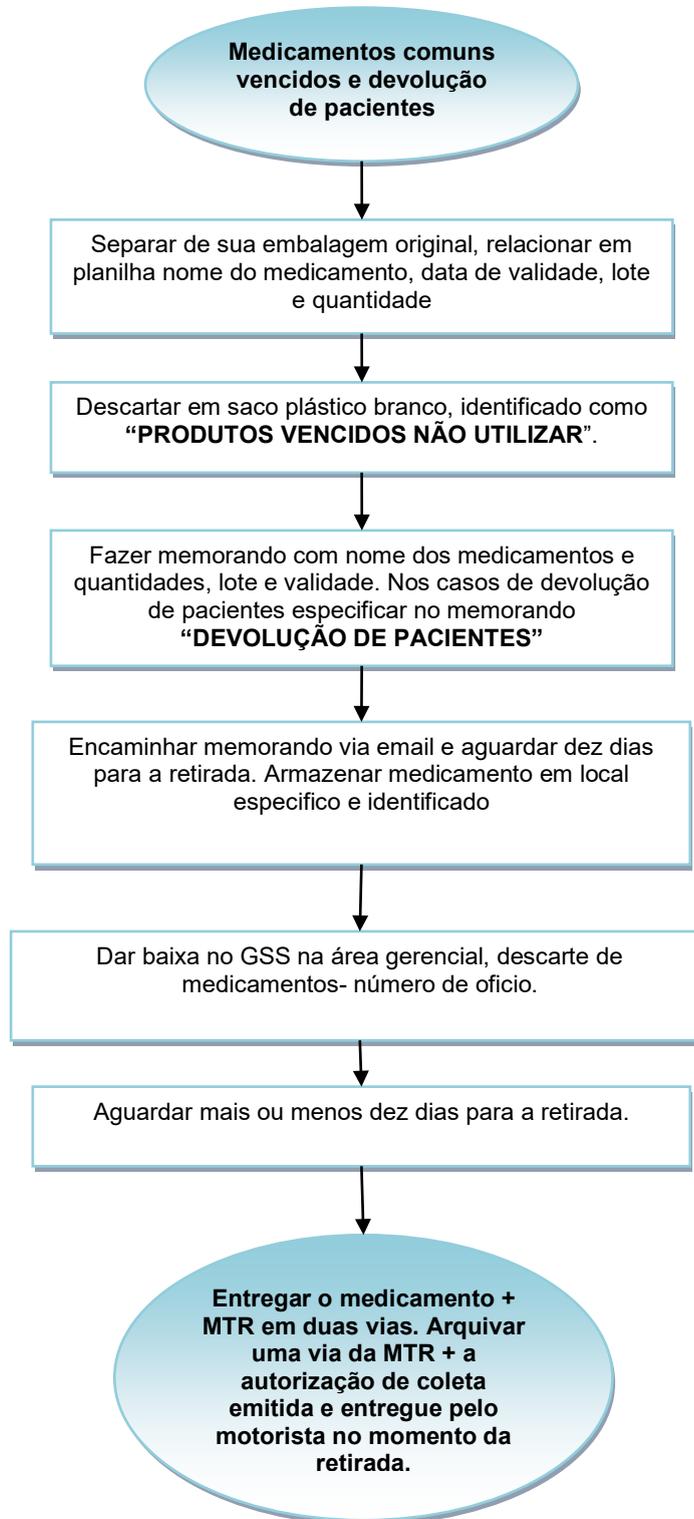
## Sentinela



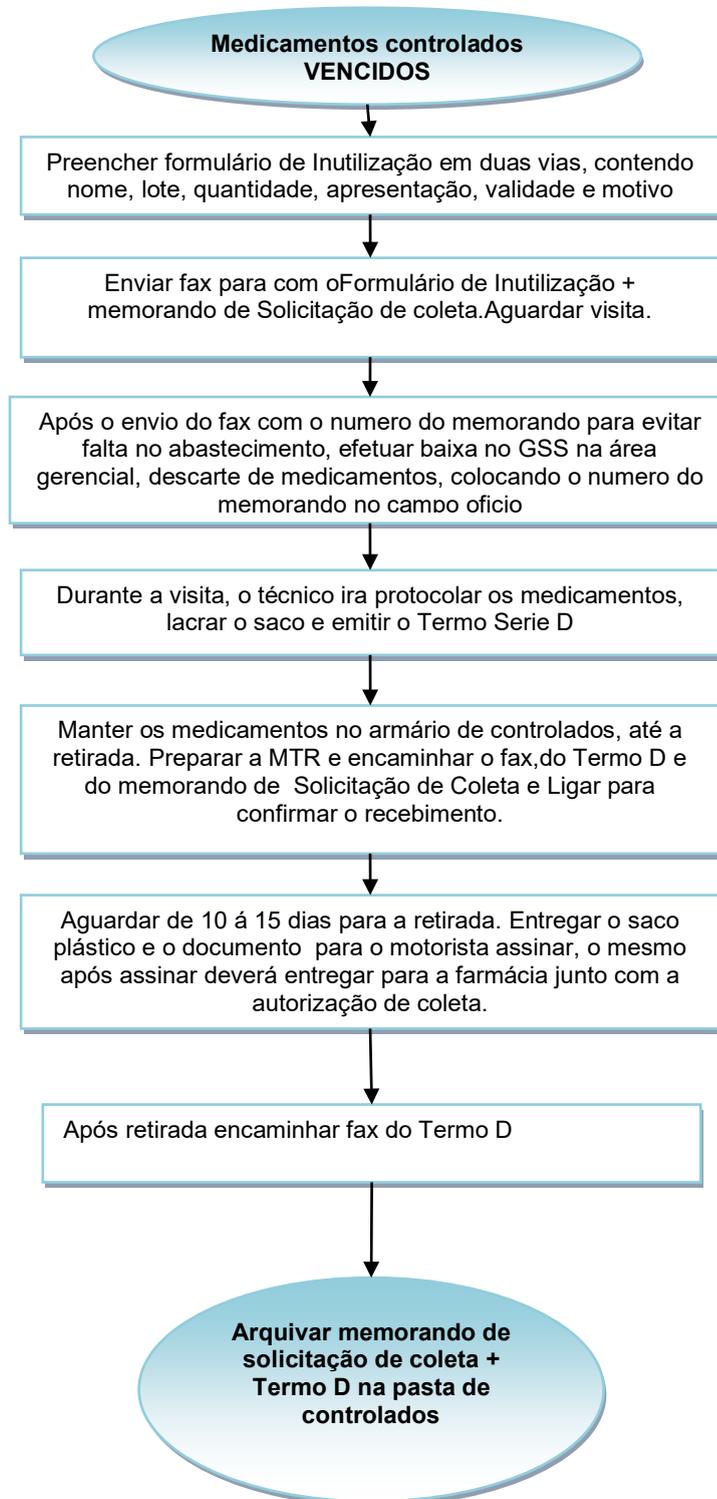
## Identificação dos Medicamentos



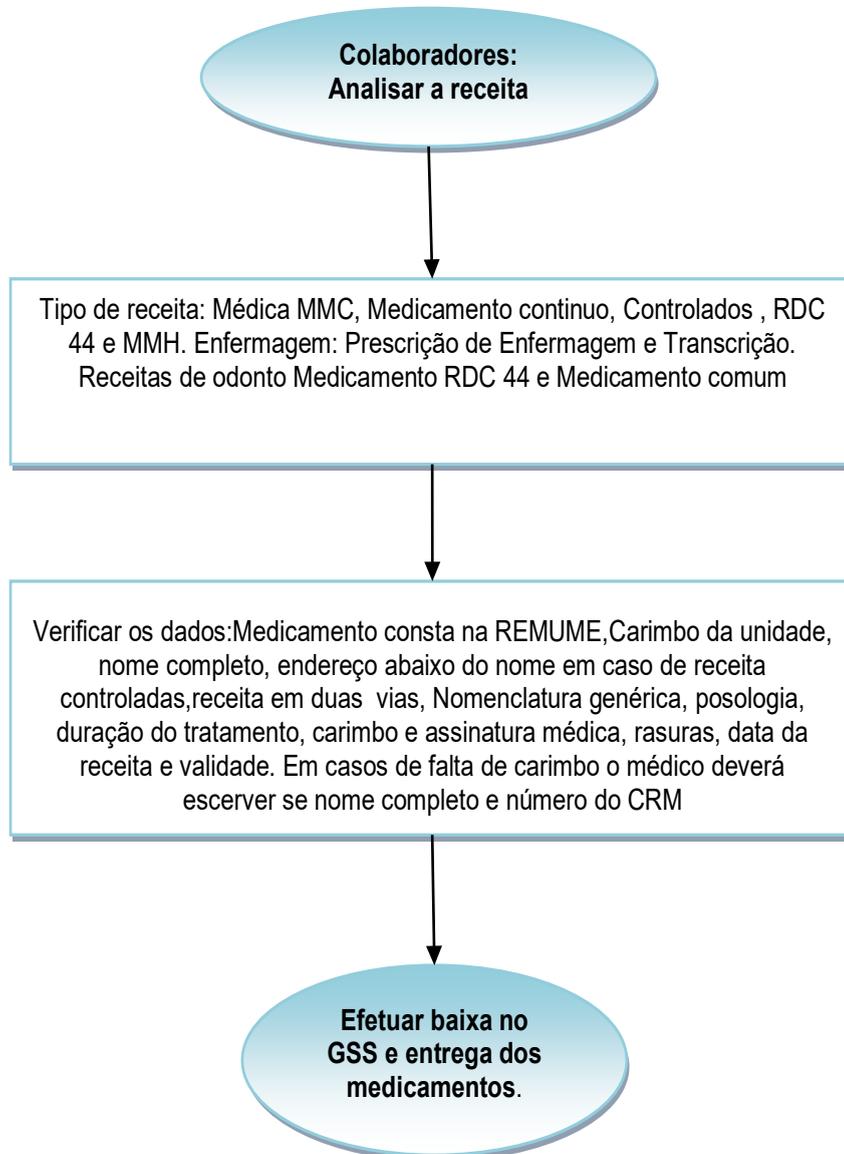
## Medicamentos Vencidos e devolvidos

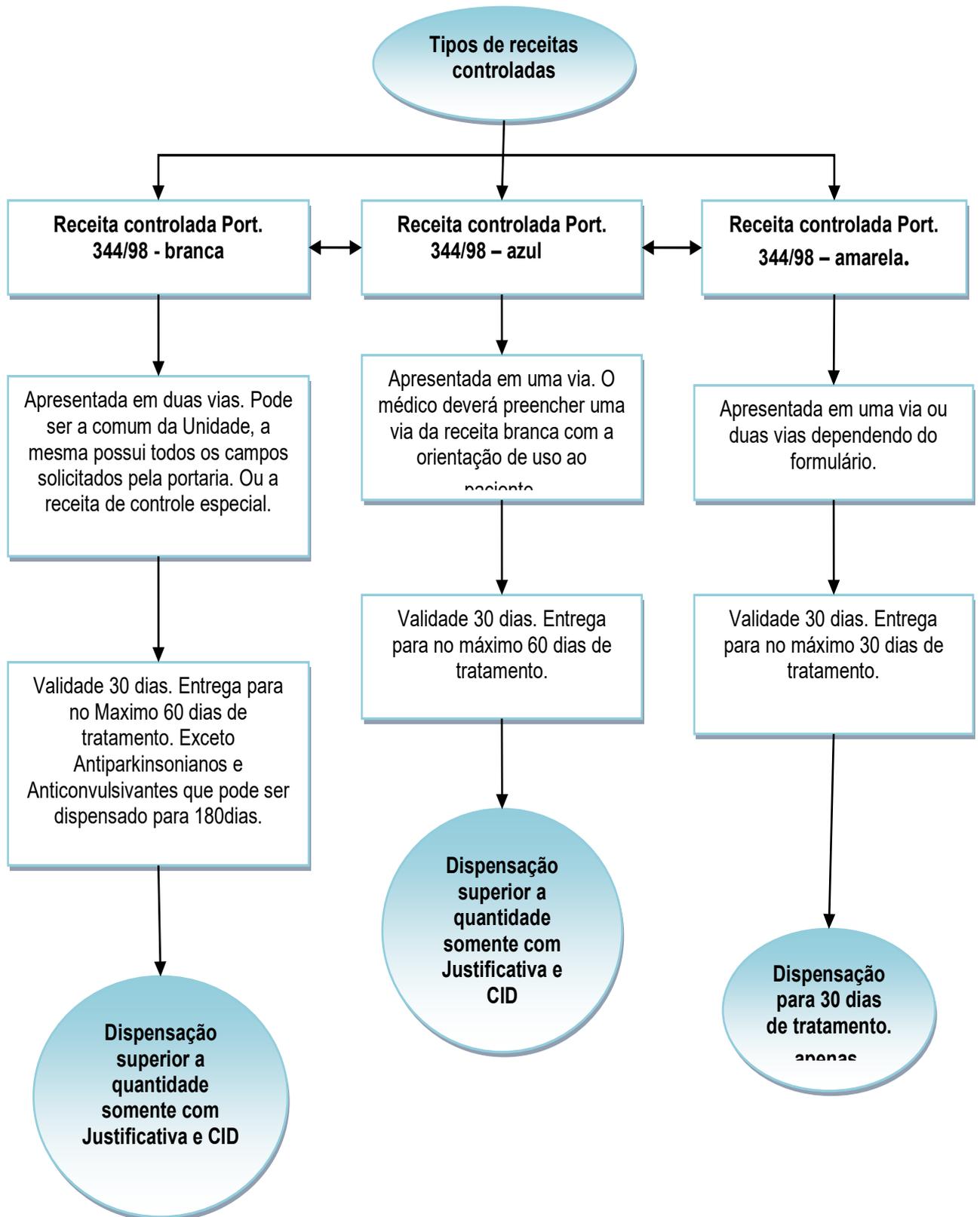


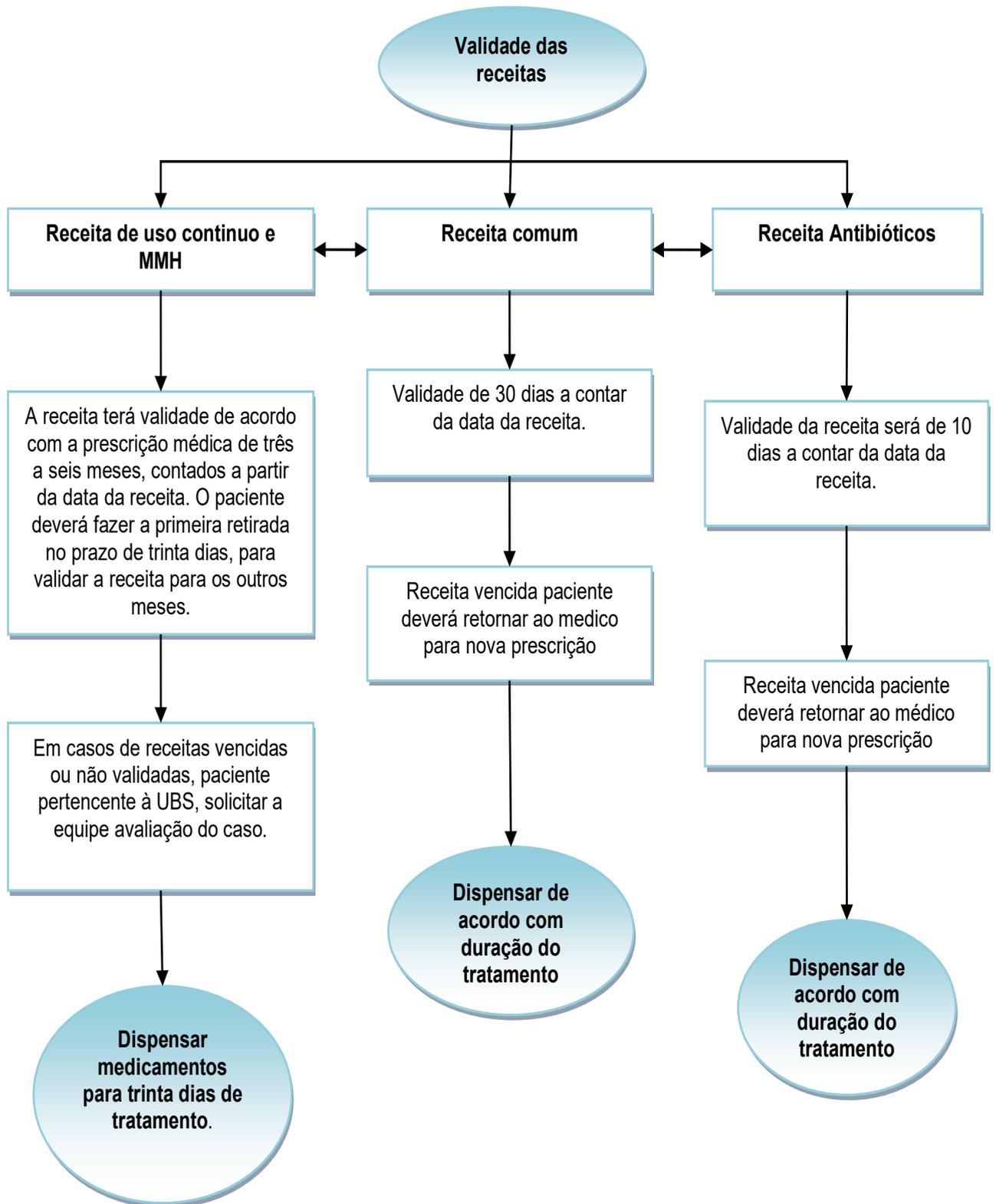
## Medicamentos Controlados Vencidos

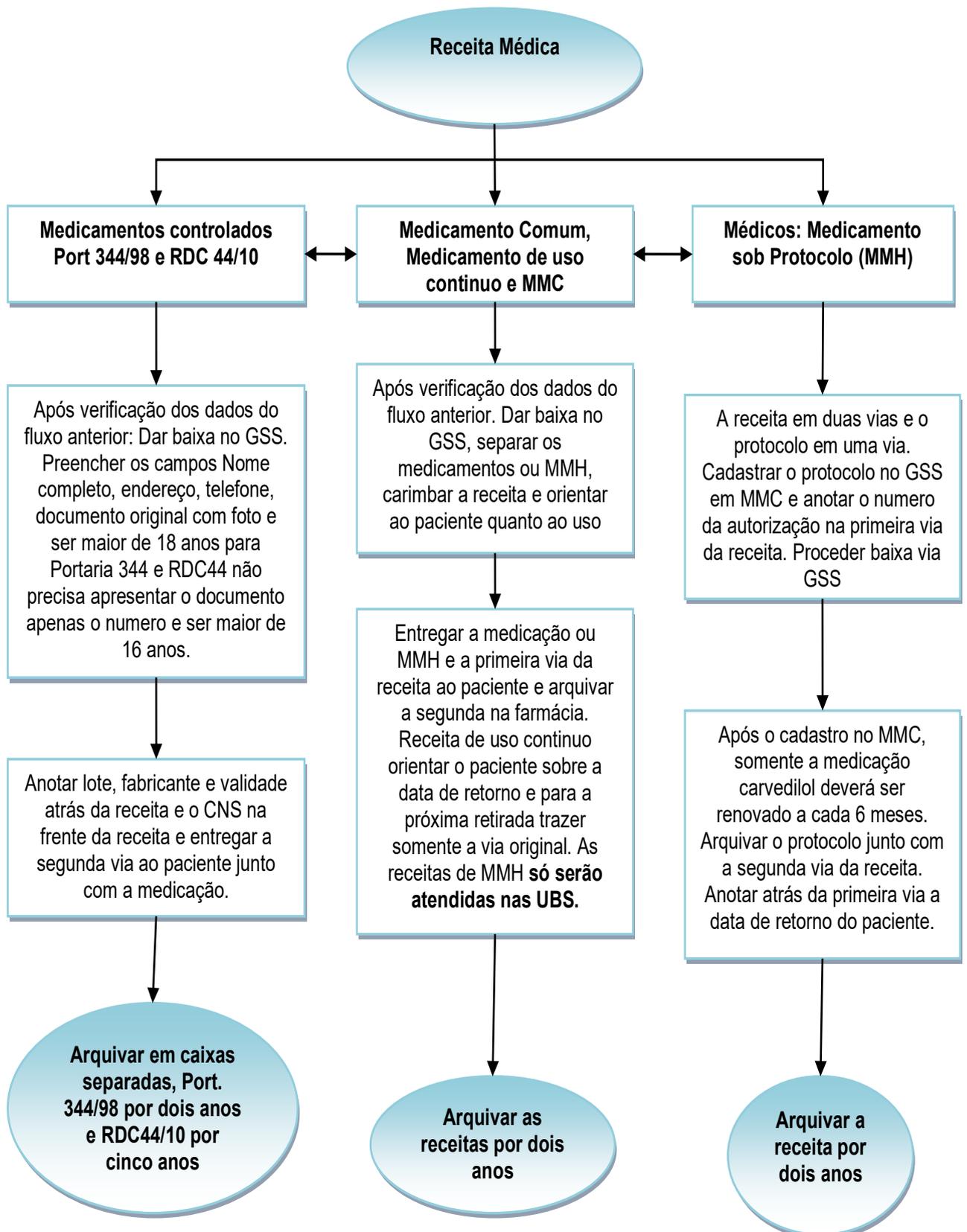


## Dispensação de Medicamentos pela Farmácia:

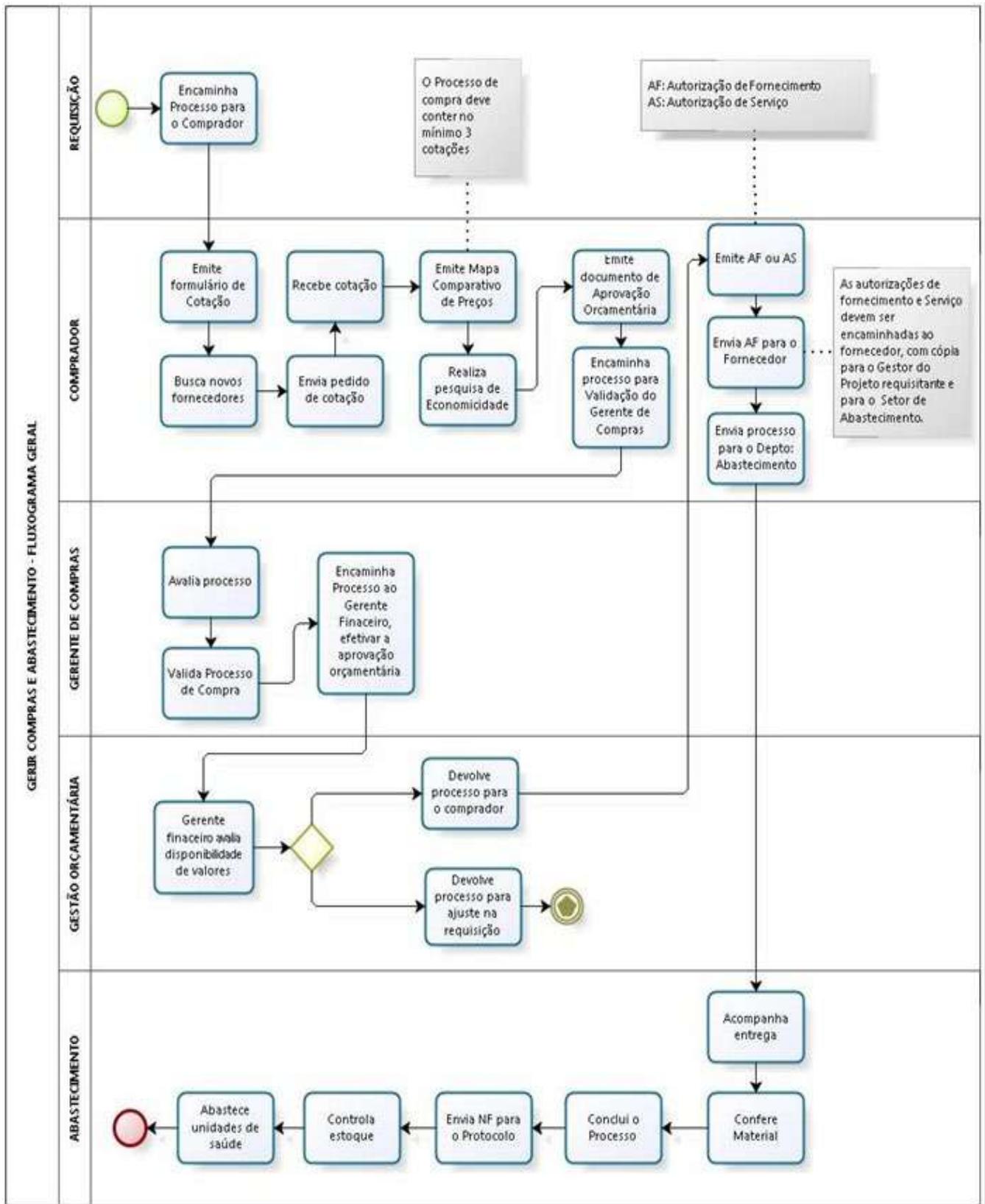




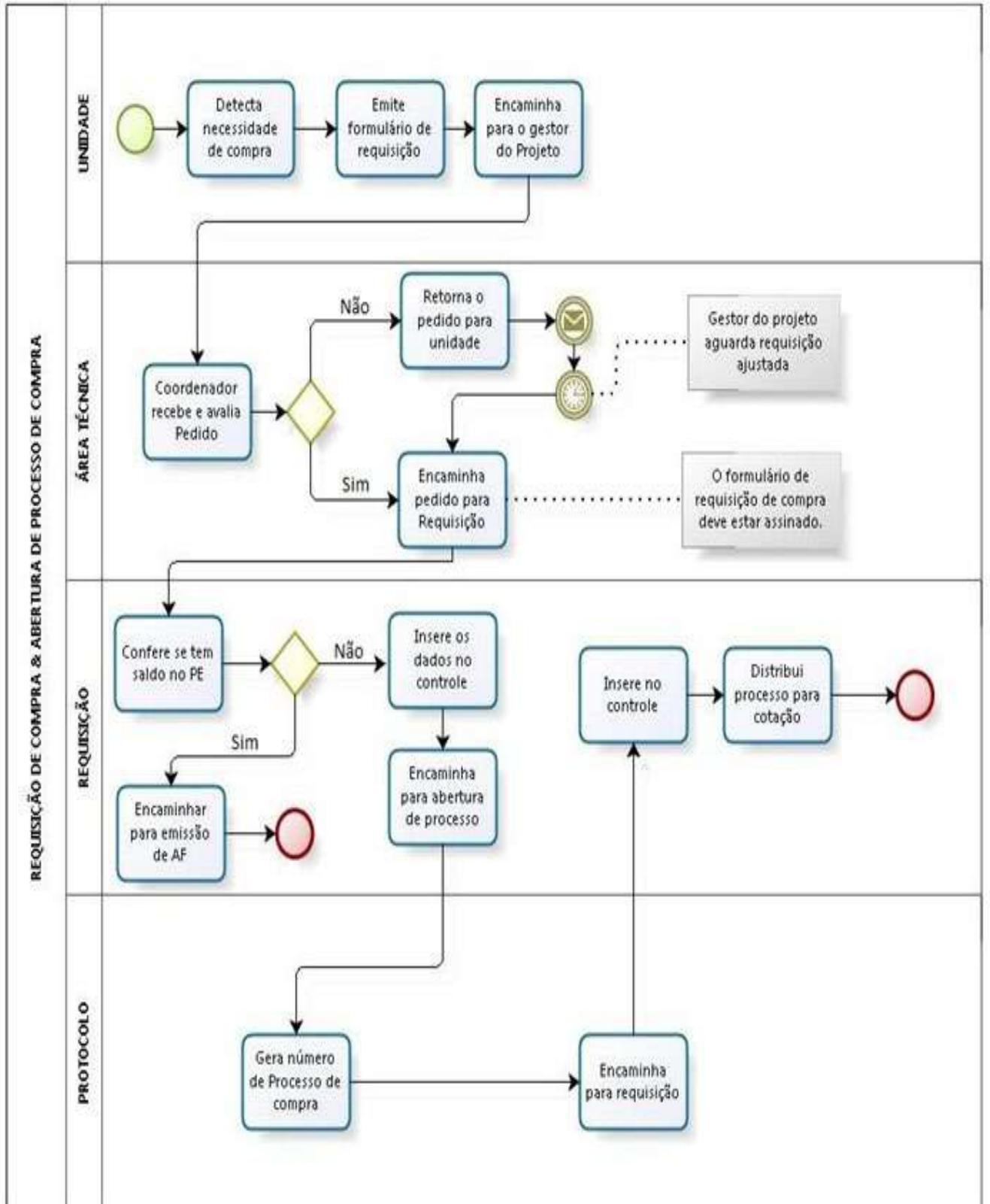




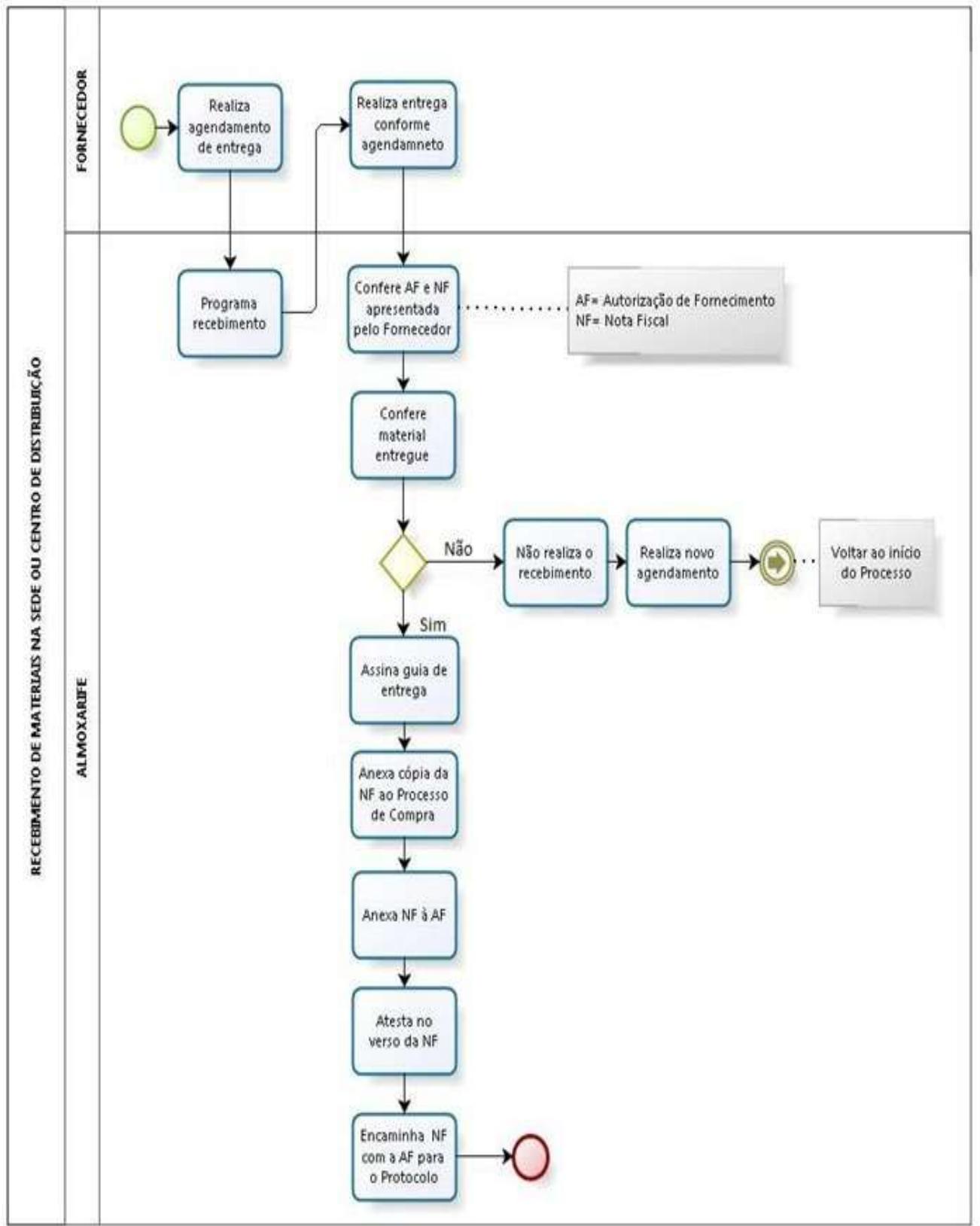
## Fluxograma de Geral – Departamento de Compras e Abastecimento



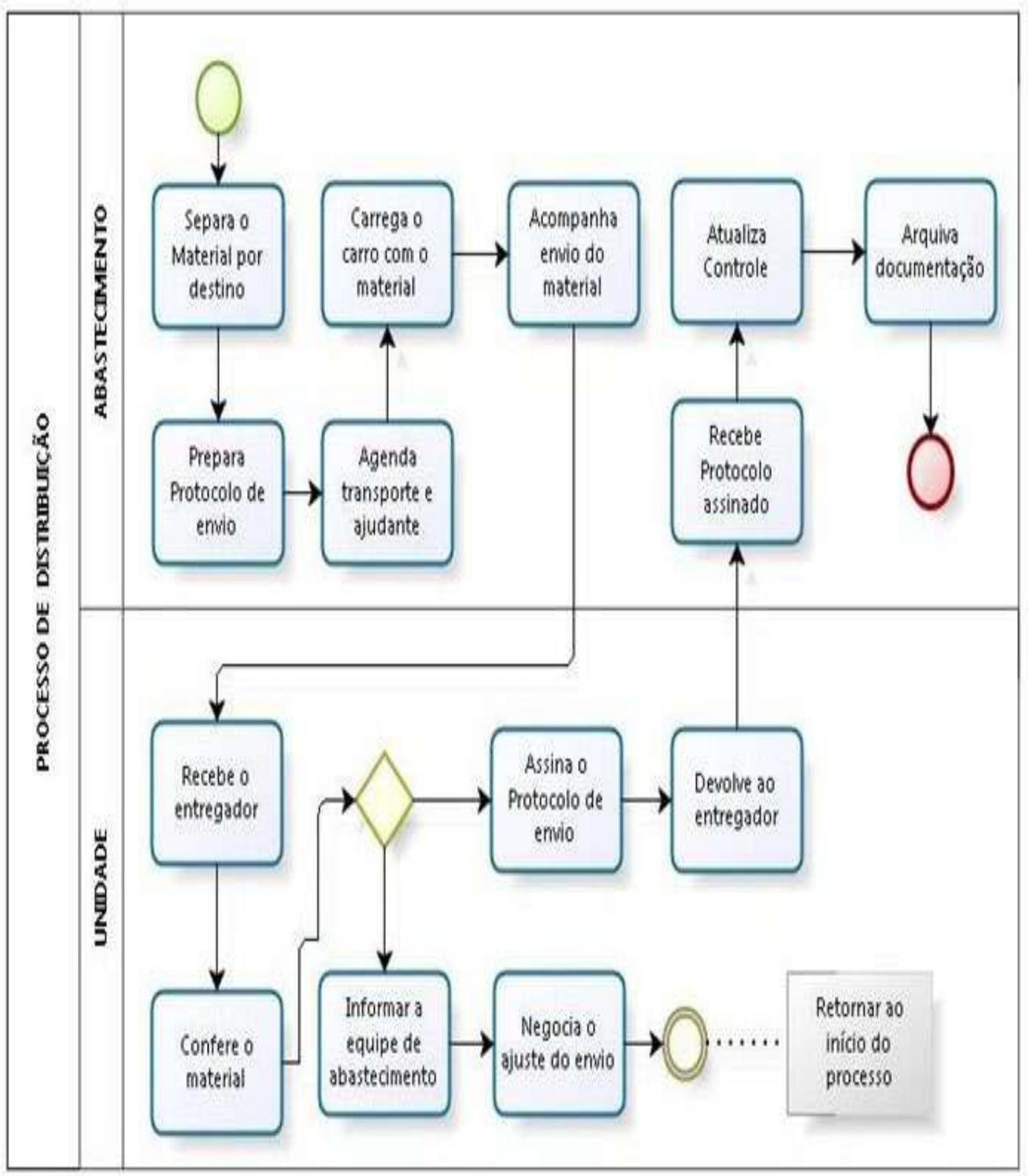
## Requisição de Compras



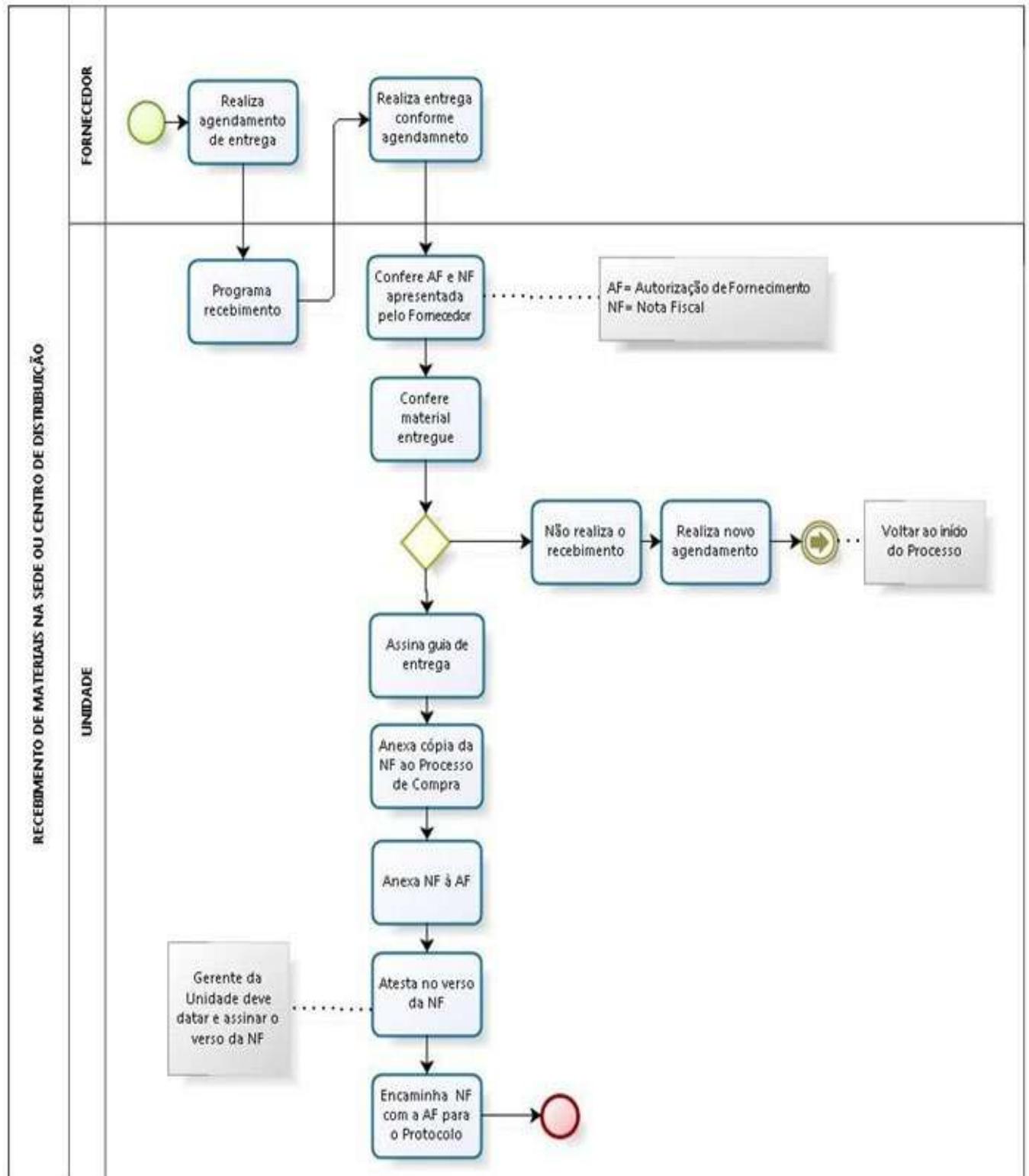
## Recebimento na Sede



## Distribuição



## Recebimento na Unidade



## **GESTÃO INTEGRADA E RASTREABILIDADE**

Os gestores do IIFHES, manterão uma Central de Suprimentos para aquisição e armazenamento e distribuição de materiais e medicamentos da unidade. Os fornecedores deverão estar cadastrados e habilitados tecnicamente ao fornecimento de insumos devidamente registrados no Ministério da Saúde e a decisão de compra se dará sempre através da melhor equação custo benefício.

O estoque de materiais, medicamentos e outros insumos destas Centrais seguirá a padronização orientada por Portarias e Regulamentos técnicos estaduais e municipais específicas.

A unidade, contará com farmacêuticos e auxiliares de farmácia, distribuídos sob regime de plantão, na cobertura das farmácias satélites, de medicamentos suficiente para atender a demanda e suas características, tanto para o atendimento ao usuário interno quanto ao fornecimento à população.

A farmácia terá um farmacêutico local para realizar o controle do estoque dos insumos, organizar e informar à Central de Compras as necessidades de reposição. Deverá manter relatórios estatísticos atualizados de utilização e distribuição de insumos, prestando contas ao gestor.

A Dispensação de materiais e medicamentos ao corpo técnico da unidade se dará através de solicitação escrita/ prescrição médica e solicitação via sistema de informação,

daseguinte forma:

A dispensação de medicamentos, conforme dose prescrita e manipulados sob condições adequadas para o horário correto de administração, é realizada a cada 12 horas, período que permite identificar grande parte das alterações que são feitas na prescrição médica, evitando, desta forma, a perda de medicamentos manipulados e o retrabalho na reversão dos medicamentos não utilizados pelo paciente.

A “Atenção à Prescrição” será estruturada para que a atenção farmacêutica em tempo real seja implantada com eficiência e agregue valor à prescrição médica em relação ao uso seguro do medicamento.

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. Visa a adequação do trabalho da Farmácia aos padrões estabelecidos pela Joint Commission on International Accreditation (JCIA) e também segue as recomendações da American Society of Health - System Pharmacists - (ASHP).

Todo o Serviço de Farmácia estará disponível por 24h através do farmacêutico de plantão.

## **SETORES**

### **Recebimento**

Setor responsável pelo recebimento de todos os produtos utilizados na unidade, como materiais médico, medicamentos e equipamentos, bem como todos os itens comprados de maneira esporádica.

### **Codificação em Barras – Rastreabilidade**

Setor responsável pela identificação com etiqueta de código de barras interno. Esta rotina será implantada para todos os medicamentos padronizados e alguns materiais médicos. Este processo permite que os medicamentos identificados possam ser localizados rapidamente via sistema informatizado dentro da unidade, e ainda possibilita resgatar todas as movimentações que um determinado lote de algum item teve enquanto disponível no estoque (inclusive pacientes que possam ter utilizado).

## Distribuição

Setor responsável pela estocagem, distribuição e controle de medicamentos e materiais médico. Efetua o atendimento às farmácias satélites e demais setores através de requisições efetuadas pelos solicitantes em sistema informatizado.

## INÍCIO DO PROCESSO DE RASTREABILIDADE

- ✓ Conferência no ato da entrega do pedido x NF x produtos.
- ✓ Inclusão da Nota Fiscal no Sistema:
- ✓ Produto
- ✓ Lote

## Validade



## FRACIONAMENTO / UNITARIZAÇÃO / DOSE INDIVIDUALIZADA

- \* Emissão da etiqueta com código de barra
- \* Etiquetagem



## RASTREABILIDADE: ETIQUETA CODE 128

- Lote Interno
- Descrição
- Descrição Complementar
- Validade
- Lote Resp. Técnico
- CRF
- Sequência

Escanear o código de barras



## CONSULTAR DADOS DO PRODUTO

Código CHIM1	NOME DO MEDICAMENTO	QTD. ACTUAL	QTD. MÁXIMA	QTD. A PEDIR	ESTADO
10000927	Ácido fusídico 2 mg/0,2 g Col, susp. Recip. unid. 0,2 g	13	N.D.	6	✓
10000034	Fiecalmida 10 mg/ml Sol. inj.	15	N.D.	5	⚙️
10000582	Betametasona 1 mg/g Cr. Bism. 30 g	0	1	1	⚙️
10001809	Insulina humana 100 U.I./ml Acção curta Sol. inj. Fr. 10 ml IV SC	0	1	1	⚙️
10002512	Paracetamol 500 mg Comp.	5	N.D.	6	⚙️
10005330	Cloreto de sódio 4,5 mg/ml Sol. inj. Fr. 500 ml IV	0	3	3	⚙️
10005405	Cloreto de sódio 9 mg/ml Sol. inj. Fr. 100 ml IV	17	20	3	⚙️
10005490	Cloreto de sódio 9 mg/ml Sol. inj. Fr. 500 ml IV	9	10	1	⚙️
10006261	Ambroxol 6 mg/ml Xar. Fr. 200 ml		1	1	⚙️
10009631	Glucose 50 mg/ml Sol. inj. Fr. 500 ml IV		10	10	⚙️
10010985	Etofenamato 50 mg/g Gel. Bism. 100 g		1	1	⚙️
10016373	Glucose 50 mg/ml Sol. inj. Fr. 100 ml IV		6	6	⚙️

## PROJETO CÓDIGO DE BARRAS

O Projeto Código de Barras tem o intuito de reestruturar e aprimorar seu atendimento e controlar de forma eficaz seu nível de estoque proporcionando aos usuários segurança e agilidade.



## PROBLEMAS RECORRENTES SEM A UTILIZAÇÃO DO PROJETO

- ✓ Não atendimento das solicitações nos horários;
- ✓ Excesso de solicitações na urgência;
- ✓ Excesso de devoluções (retrabalho);
- ✓ Troca de materiais entre pacientes;
- ✓ Falhas no processo de cobrança;
- ✓ Acúmulo de trabalho em um período na Farmácia;

- ✓ Não confiabilidade nos níveis de estoques na Farmácia;
- ✓ Consumo excessivo de papel e tonner.

## **PREMISSA BÁSICA: PRESCRIÇÃO PARA 24 HORAS**

### **OBJETIVO**

- Dispensar materiais / medicamentos a cada 24 horas;
- Atender as solicitações de materiais e medicamentos nos horários e quantidades corretos;
- Evitar acúmulo de produtos nas unidades;
- Atender as mudanças de prescrição de forma imediata;
- Melhorar o fluxo de trabalho na Farmácia;
- Eliminar gastos com a impressão das requisições.

### **VANTAGENS**

- Controlar a movimentação de materiais e medicamentos de forma eficaz;
- Evitar perdas;
- Reduzir devoluções;

- Reduzir solicitações de urgência;
- Retirar estoques nas Unidades;
- Eliminar empréstimos de produtos de outros pacientes;
- Otimizar o tempo de trabalho na Farmácia.

## **SISTEMA DE DISPENSAÇÃO**

Todo o processo de dispensação de medicamentos será acompanhado pelo profissional farmacêutico, garantindo a qualidade dos produtos dispensados, com os controles adequados. O farmacêutico revisará todas as prescrições médicas, mantendo um controle rigoroso do armazenamento e validade de todos os itens, acompanhando, orientando e monitorando a correta separação e manipulação dos medicamentos, supervisionará a dispensação de itens que necessitam de um controle especial (medicamentos termolábeis, medicamentos psicotrópicos e entorpecentes, medicamentos injetáveis multidose), conferência e validação de todo o processo antes da dispensação ao paciente

**PREMISSA BÁSICA: PRESCRIÇÃO PARA 24 HORAS**

## **OBJETIVO**

- Dispensar materiais / medicamentos a cada 24 horas;
- Atender as solicitações de materiais e medicamentos nos horários e quantidades corretos;
- Evitar acúmulo de produtos nas unidades;
- Atender as mudanças de prescrição de forma imediata;
- Melhorar o fluxo de trabalho na Farmácia;
- Eliminar gastos com a impressão das requisições.

## **VANTAGENS**

- Controlar a movimentação de materiais e medicamentos de forma eficaz;
- Evitar perdas;
- Reduzir devoluções;
- Reduzir solicitações de urgência;
- Retirar estoques nas Unidades;
- Eliminar empréstimos de produtos de outros pacientes;
- Otimizar o tempo de trabalho na Farmácia.

## **SISTEMA DE DISPENSAÇÃO**

Todo o processo de dispensação de medicamentos será acompanhado pelo profissional farmacêutico, garantindo a qualidade dos produtos dispensados, com os controles adequados. O farmacêutico revisará todas as prescrições médicas, mantendo um controle rigoroso do armazenamento e validade de todos os itens, acompanhando, orientando e monitorando a correta separação e manipulação dos medicamentos, supervisionará a dispensação de itens que necessitam de um controle especial (medicamentos termolábeis, medicamentos psicotrópicos e entorpecentes, medicamentos injetáveis multidose), conferência e validação de todo o processo antes da dispensação ao paciente

## **CAP - CENTRAL DE ATENÇÃO A PRESCRIÇÃO**

Analisa a transcrição da prescrição para verificar se a mesma foi feita corretamente. Realiza análise farmacêutica das prescrições médicas após a transcrição, verificando legibilidade, descrição completa e adequada dos itens, identificação do profissional prescritor, dose, via de administração, posologia, indicação do medicamento, tempo de tratamento, duplicidade terapêutica, diluição, horários de administração, alergias referidas pelo paciente, entre outros. Caso haja necessidade de análise específica e/ou verificação com o médico que demande ação imediata, solicita-se intervenção do farmacêutico.

## **Fracionamento**

O fracionamento de sólidos orais padronizados para atendimento às unidades de dispensação da instituição será realizado na Sala de Unitarização, onde de acordo com a característica do medicamento (classe farmacológica, forma farmacêutica, etc...) e consumo dentro da instituição, podem ser fracionados de duas formas:

- O Fracionamento mantendo o blister original.
- O Fracionamento retirando o medicamento de seu blister original

Em ambos os tipos de fracionamento, os sólidos orais são novamente reembalados em embalagem específica padronizada pela instituição para essa finalidade, garantindo a manutenção de suas características físico- químicas.

## **SISTEMA DE INFORMAÇÕES E SEGURANÇA DE MEDICAMENTOS**

Serviço de Informações e Segurança de Medicamentos. O SISM 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.

### **Treinamento e Desenvolvimento**

Suporte Técnico, capacitação, treinamento além desenvolvimento e implementação de protocolos rotinas.

### **Padronização de medicamentos**

Suporte a Comissão de Farmácia e Terapêutica por meio da:

- Análise do uso, consumo e 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.

## **Farmacovigilância**

A unidade fará parte da rede de Hospitais Sentinelas que integram o Programa Nacional de Farmacovigilância.

SISM é responsável pelo desenvolvimento, elaboração e repasse das informações sobre o trabalho de farmacovigilância. Suas atividades consistem em:

Notificação espontânea de Suspeita de Reação Adversa: por meio da atuação na coleta de informações, análise dos dados, elaboração de laudos e repasse das informações;

Atuação sobre os alertas recebidos pelo sistema Nacional de Farmacovigilância;

Busca ativa aos alertas sobre desvios técnicos de qualidade de medicamentos e farmacovigilância através da consulta as principais agencias regulamentadoras como Agencia Nacional de Vigilância Sanitária -ANVISA, Food and Drug Administration - FDA, European Medicines Agency - EMA e consulta aos Diários Oficiais;

Busca ativa a reações adversas: por meio da utilização de drogas “gatilho”;

Notificação de Desvio Técnico de Qualidade de Medicamentos: por meio do recebimento da notificação, levantamento das informações pertinentes a suspeita,

verificação junto ao fabricante, recolhimento e encaminhamento para análise quando necessário;

Prevenção de Eventos Adversos: através do trabalho e intervenção direta sobre a prescrição médica, prevenindo a ocorrência de eventos relacionados à utilização do medicamento.

### **NECESSIDADES**

- Investimento em tecnologia (Tablet, leitor de código de barras, computador);
- Rigoroso treinamento da equipe de enfermagem, do profissional encarregado da digitação da prescrição e dos funcionários da Farmácia;
- Acompanhamento da implantação e da etapa inicial do processo para que não haja retrocessos; (Consultoria Farmacêutica)
- Controlar as solicitações feitas como “urgente” ou “se necessário”, para que não haja desvio de finalidade.

## **RECURSOS HUMANOS**

*01 FARMACÊUTICO*

*01 CHEFE DE FARMÁCIA*

05 FARMACÊUTICOS (PLANTÃO 12X36)

05 TÉCNICOS DE FARMÁCIA – FARMÁCIA SATÉLITE (03) (PLANTÃO 12X36)

## **SISTEMA**

Módulo de Interação Medicamentosa Módulo de Farmacoeconomia

## **FLUXO DE DADOS**

Unidade - Digital Prescrição

Farmácia - Dados

## **FATOR DECISIVO**

- Contribuição dos colaboradores:

- Enfermagem.

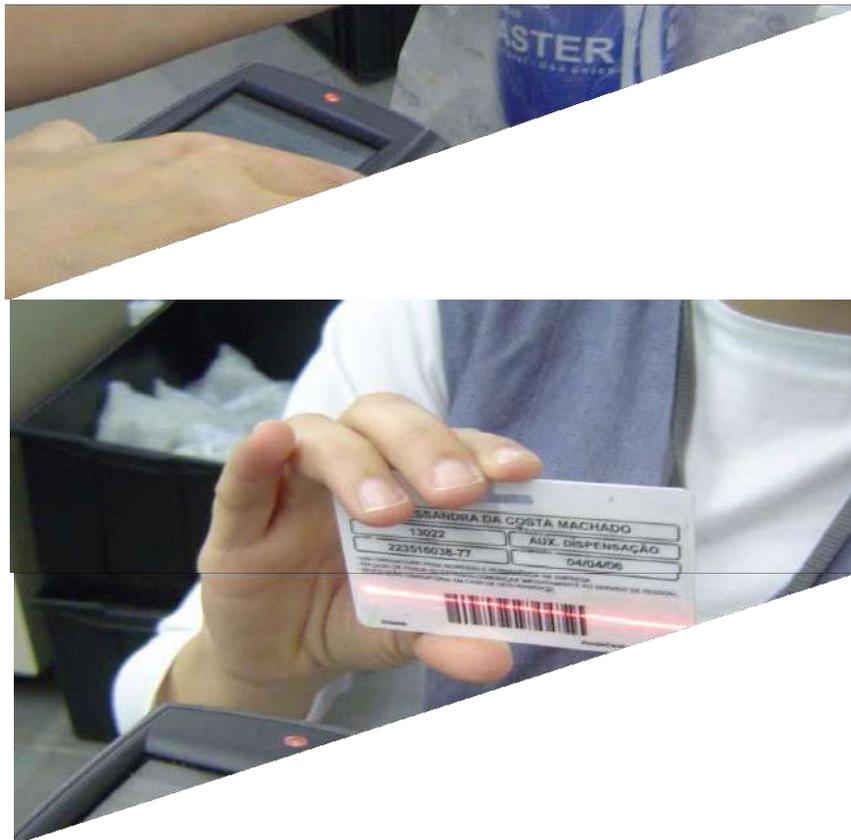
- Informática.

- Equipe da farmácia.

### **GARANTIA DO SUCESSO**

- Conscientização da Equipe;
- Planejamento das ações;
- Adaptação às mudanças;
- Divulgação do novo trabalho (marketing);
- Execução do novo projeto;
- Acompanhamento do desenvolvimento do trabalho;





### **Serviço de Farmácia Perfil**

A Farmácia tem a finalidade de prestar assistência farmacêutica aos profissionais médicos e enfermeiros na administração de medicamentos, armazenar, dispensar e controlar medicamentos e produtos afins utilizados na unidade. É também responsável pela informação técnica, científica e controle de qualidade de medicamentos e correlatos utilizados pela unidade.

### **Atribuições Gerais**

- ✓ Assessorar o corpo clínico com relação aos aspectos farmacológicos dos medicamentos;

- ✓ Estabelecer um sistema de recebimento, estocagem e distribuição de medicamentos, seguro e eficiente, capaz de suprir as unidades de assistência com os medicamentos prescritos pelo corpo clínico da unidade;
- ✓ Exercer de forma efetiva o gerenciamento do estoque de medicamentos e produtos afins, mantendo registro de consumo, perda e extravio de medicamentos;
- ✓ Controlar a movimentação de medicamentos e correlatos, e em especial, dos entorpecentes e psicotrópicos;
- ✓ Aviar as receitas formuladas pelo corpo clínico da unidade;
- ✓ Colaborar em pesquisas de assuntos farmacêuticos;
- ✓ Assessorar no controle de qualidade dos produtos químicos adquiridos para utilização na unidade. Os procedimentos operacionais de Farmácia estão descritos em anexo.

O Serviço de Farmácia será regido com base na Padronização de Medicamentos. Esta é uma listagem dos fármacos disponíveis identificados pela nomenclatura genérica (nome farmacológico), conforme Denominação Comum Brasileira (DCB) e acrescida pelas formas de apresentação, concentrações, e suas respectivas indicações.

A padronização objetiva facilitar a prescrição médica, otimizar recursos e qualificar a assistência por meio de orientação e informações ao corpo técnico.

## **Rotinas / Fluxo Operacional**

O Serviço de Farmácia será um órgão de abrangência assistencial e administrativa, onde serão desenvolvidas atividades ligadas à produção, armazenamento, controle, dispensação e distribuição de medicamentos e correlatos à unidade de saúde.

Será igualmente responsável pela orientação de usuários internos e ambulatoriais, visando sempre à eficácia da terapêutica, além da redução dos custos. Servirá ao usuário, objetivando dispensar medicações seguras e oportunas.

O fornecimento de medicamentos incluirá:

- Conhecimento da dinâmica da demanda;
- Aquisição de medicamentos e matérias primas, produção e transformação de medicamentos;
- Sequência logística da administração, controle de estoques e relatórios gerenciais;
- Controle de qualidade;
- Sistema racional de distribuição de fármacos.

**A eficácia terapêutica depende do bom funcionamento dos seguintes aspectos:**

- Acompanhamento e discussão permanente, com os profissionais envolvidos,

sobre a mais adequada utilização dos medicamentos e possíveis resultados do tratamento;

- Disposição e fornecimento de informações sobre conservação, dosagem, substitutos similares (genéricos), interações, efeitos colaterais;
- Manutenção de sistemas de farmacovigilância;
- Reciclagem e educação continuada dos funcionários.

#### Atividades

Caberá ao Serviço de Farmácia:

- Atuar nas comissões hospitalares (padronização de medicamentos e controle de infecção hospitalar);
- Orientar a compra de medicamentos;
- Controle de eficácia terapêutica e da qualidade;
- Controlar medicamentos entorpecentes e psicotrópicos, de acordo com a Lei;
- Emitir relatórios técnicos e administrativos;
- Fornecer medicamentos aos usuários internados;
- Informar sobre medicamentos;
- Orientar os usuários;

- Promover a estocagem de medicamentos em condições adequadas;
- Promover a manipulação de medicamentos;
- Registrar a movimentação do estoque

### **Dispensação e distribuição**

Entende-se por dispensação de medicamentos o ato farmacêutico associado à entrega e distribuição mediante análise prévia das prescrições médicas, de modo a oferecer informações da boa atualização da Farmácia, bem como da preparação das doses que devem ser administradas. A ordem de dispensação obedecerá à norma do estoque mais antigo em primeiro lugar.

A medicação será dispensada em dose individualizada, que consiste no atendimento individualizado das prescrições, no qual a medicação é fornecida por um período, em geral, de 24 horas.

Este método tem como vantagens a diminuição dos erros de medicação, dos estoques setoriais, melhorando a conservação de medicamentos; e das perdas e desvios.

Será utilizado o sistema de distribuição de medicamentos por dose unitária que consiste em dispensar, a partir da interpretação da ordem médica por parte do farmacêutico, as doses de medicamentos necessárias para cada usuário, previamente

preparadas para que cubram um período determinado.

Vantagens do método: as doses são preparadas na medida exata para cada medicamento e usuário; diminui-se o número de erros de medicação, a enfermagem não tem que fazer o pedido nem preparar a medicação que deve administrar aos usuários; a enfermagem se sente apoiada pelo Serviço de Farmácia e pode dedicar mais tempo aos enfermos; o farmacêutico se integra na equipe assistencial, conseguindo, desta forma, a possibilidade de incidir na racionalização do uso dos medicamentos; pode haver maior conhecimento do custo da medicação por enfermo; e é possível o aumento da segurança e qualidade terapêutica do usuário.

#### **Ambientes:**

- Recebimento e quarentena;
- Área geral e estocagem;
- Termolábeis;
- Controlados;
- Inflamáveis.

#### **Aspectos Construtivos /Considerações Ambientais**

O espaço ocupado deve ter o máximo de flexibilidade, isto é, ajustar-se às necessidades e ocupar um mínimo de espaço.

As paredes devem ser laváveis. O piso deve ser lavável e antiderrapante. O ar deve circular sem anteparos por toda a seção.

A luminosidade deve ser bem distribuída, permitindo boa visualização dos itens e respectiva identificação, mas disposta de modo que não incida diretamente sobre os produtos armazenados; não deve haver incidência direta de luz solar sobre os produtos.

- Temperatura ambiente (entre 15° e 30°C).
  
- Proteção contra incêndio.
  
- Proteção contra insetos e roedores;
  
- Proteção contra roubos e furtos.

### **Equipamento/Mobiliário**

- Estantes;
  
- Pallet;
  
- Rede de frio (geladeira doméstica, freezer, refrigerador, câmara fria);
  
- Escada;
  
- Carrinho de transporte;
  
- Cesta de dispensação interna;
  
- Termômetro de geladeira;

- Termômetro para ambiente.

### **Ordenação dos Produtos**

- Ordem alfabética do nome genérico
- Ordem alfabética do nome comercial
- Grupo farmacológico
- Forma farmacêutica
- Código do produto
- Ordem de entrada

### **Cuidados Gerais**

- Dispensar o estoque mais antigo em primeiro lugar;
- Estoques que vencem primeiro devem ficar na frente;
- A arrumação dos itens deve facilitar sua localização;
- Observar o espaçamento para as paredes;
- Os produtos não devem ser colocados diretamente sobre o piso;
- Observar as condições de estocagem conforme a monografia de cada produto;

- Respeitar o empilhamento máximo;
- Observar sinais de instabilidade;
- Observar a rotulagem, principalmente dos produtos embalados;
- Informar ao cliente os cuidados necessários;
- Com relação à embalagem, o recipiente deve ser o correto e o fechamento adequado.

### **Sistema de Informação**

Tem a função de promover informações concisas, oportunas e atualizadas sobre os estoques de matérias, destacando o que há, quando, onde, qual o valor e quem fornece tal item:

- Transações realizadas com materiais:
- Quem solicitou o quê, quando, de onde, qual a quantidade;
- Quem recebeu o quê, quando, de onde, qual a quantidade e qual tem sido a utilização do material (em unidades e valor).

Para sinalização da proximidade de vencimento do prazo de validade será adotado o sistema de alerta por cores. A cor vermelha indicará o medicamento com vencimento no próximo mês e a cor amarela os medicamentos com vencimento em até dois meses. Este controle será realizado através de um programa informatizado que

emitirá o alerta com a quantidade, o número de lote e a localização nas prateleiras.

### **Regras de Decisão**

Têm a função de governar a administração de materiais a fim de otimizá-la (reposição de pedidos), ou seja, quem deve ter, o que se deve ter, onde, quando, quanto.

### **Recebimento de Materiais**

Todo o produto deve vir acompanhado de um documento de entrega: Nota fiscal (empresa) ou Guia de Remessa (órgãos públicos);

É preciso também confrontar o documento de entrega com o pedido feito pela Farmácia - especificações, preços e situações gerais (prazo de entrega, laudo analítico, etc).

Deve-se realizar a conferência física:

- Verificar se os volumes em bom estado sem sinais de violação;
- Número e peso dos volumes de acordo com Nota Fiscal (NF) ou Guia de remessa (GR);
- Assinar canhoto da NF ou GR após conferência;
- Atestar as vias restantes da NF e GR.

Caso seja verificada qualquer irregularidade quanto à violação, quantidade e peso, não receber a mercadoria e anotar o fato no conhecimento do transporte. Caso haja irregularidades quanto a especificações (concentração, apresentação, prazo de validade e aspecto):

Anotar divergência no conhecimento de transporte, receber os volumes e liberar o transportador.

Se as irregularidades forem percebidas após a saída do transportador, comunicar o fato ao farmacêutico para contato com o fornecedor, antes de efetuados os trâmites para o pagamento.

## **ASSISTÊNCIA SOCIAL**

O Serviço Social constitui uma atividade profissional desenvolvida junto aos programas de saúde. O Assistente Social atua na intersecção, entre o usuário e a instituição de saúde, objetivando facilitar sua participação no processo de assistência global, procurando assegurar melhores condições de atendimento, bem-estar, tratamento e recuperação de saúde, bem como seu envolvimento na busca de soluções dos problemas decorrentes das condições do sistema de saúde.

A importância deste serviço se constitui no desenvolvimento de programas de saúde, tendo em vista os problemas de ordem social, seja de natureza individual ou coletiva.

## **Finalidades**

O Serviço Social tem por finalidade:

- I. A integração do usuário aos bens e serviços oferecidos pela instituição hospitalar, compreendendo sua dinâmica e organicidade, bem como colaborar no limite de sua competência para que os objetivos sejam obtidos de forma adequada e satisfatória;
- II. A interferência entre a Unidade e o usuário, visando prestar serviços que propiciem a esse usuário;
- III. A participação de forma criativa e ativa na Unidade;
- IV. Desenvolvimento de grupos populacionais e técnicos da saúde por melhores condições de vida e saúde;
- V. Aprender a globalizar o fato de que a atenção que lhe é prestada na saúde se concretiza pelo exercício de sua cidadania e participação;
- VI. A contribuição para a elevação dos níveis de saúde da população, atuando nas variáveis sociais que direta ou indiretamente se relacionam com o processo saúde-doença.

**VII.** Desenvolvimento de formulação de política de saúde;

**VIII.** A participação de programas de treinamento e desenvolvimento de recursos humanos de saúde.

### **Estrutura Orgânica**

O profissional que compõe o Serviço Social é o seguinte:

I. Assistente Social

### **Organização**

O Serviço Social encontra-se organizado da seguinte forma:

I. Serviço Social para pacientes/comunidade;

II. Serviço Social para colaboradores.

### **Requisitos**

**O RESPONSÁVEL** setor de Serviço Social deveser possuir os seguintes requisitos:

- I. Diploma ou certificado de conclusão de curso superior de Ciências Sociais, em instituição reconhecida pelo ministério da Educação;
- II. Inscrição no Conselho Regional de Assistente Social;
- III. Experiência profissional comprovada;
- IV. Instrução e conhecimento básicos em informática.

### **Atribuições**

O Serviço Social possui as seguintes atribuições:

- I. **Junto ao paciente e sua rede de relacionamento (Pronto-Socorro, Ambulatório, Internação):**
  - a) Atividades Assistenciais;
  - b) Atividades Preventivas ou Educativas;
  - c) Atividades Terapêuticas;
  - d) Atividades Promocionais ou conscientizadas.
  
- II. **Junto a Unidade Hospitalar:**

- a) Planejamento de Programas e formulação de normas;
- b) Assessoria à Administração – modificação, ampliação ou supressão de certos procedimentos;
- c) Planejamento e execução de programas de Serviço Social;
- d) Incentivo de programas com equipe de tratamento;
- e) Participação de programas com outros profissionais: equipe interdisciplinar;
- f) Participação em pesquisas médicas e sociais;
- g) Estágio regular para estudantes de Serviço Social;
- h) Dinamismo do leito Hospitalar- diminuir a média de permanência.

**III. Junto aos colaboradores da Unidade:**

- a) Fator de humanização na Unidade;
- b) Orientação, valorização e treinamento;
- c) Plano de auxílio sócio-econômico;
- d) Programas de formação, atualização e aperfeiçoamento profissional.

**IV. Junto à Comunidade:**

- a) Entrosamento com todos os recursos existentes;
- b) Criação de novos recursos; convalescentes, idosos, reabilitação;
- c) Participação em programas de saúde;
- d) Ação social preventiva e educativa;
- e) Integração da Unidade na comunidade.

### **Competências**

#### **Compete à ASSISTENTE SOCIAL:**

- I. Solucionar o problema ou as dificuldades apresentadas pelo paciente, na área humana ou social;
- II. Atender às necessidades, problemas sociais e humanos que estiverem interferindo na situação médica;
- III. Estudar os problemas dos pacientes atendidos na Unidade, procurando solucioná-los de acordo aos recursos disponíveis na comunidade;
- IV. Planejar e executar programas sociais;

- V. Acompanhar os aspectos médico-sociais das atividades em desenvolvimento na Unidade e na Comunidade;
- VI. Entrevistar o paciente, familiares ou responsáveis para orientação quanto às normas de funcionamento da Unidade;
- VII. Encaminhar o paciente a entidades sociais da comunidade que mantêm convênio ou entrosamento com a Unidade;
- VIII. Elaborar mensalmente relatório setorial descrevendo as atividades desenvolvidas.

### **Normas**

Os colaboradores do Serviço Social obedecerão às seguintes Normas Administrativas:

- I. Todos cumprirão o horário de trabalho estabelecido;
- II. As horas extras só poderão ser autorizadas pela Diretoria;
- III. É obrigatório o uso de crachá nas dependências;
- IV. Não será permitida a entrada de estranhos no serviço, sem autorização do Coordenador do Serviço;

- V. Todo caso social atendido deverá ser elaborado e arquivado no setor;
- VI. O atendimento de caráter social prestado ao colaborador da Unidade deverá ser enviado cópia do relatório ao Departamento De Recursos Humanos;
- VII. Os casos de alta complexidade e difícil solução deverão ser discutidos com a Diretoria, evitando que casos fiquem parados sem solução.

#### ❖ **POP SERVIÇO SOCIAL**

##### Definição

O Serviço Social realiza um trabalho essencialmente socioeducativo e está qualificado para atuar nas diversas áreas ligadas à condução das políticas sociais públicas e privadas, tais como planejamento, organização, execução, avaliação, gestão, pesquisa e assessoria. O seu trabalho tem como principal objetivo responder às demandas dos usuários dos serviços prestados, garantindo o acesso aos direitos assegurados na Constituição Federal de 1988 e na legislação complementar. Para isso, o assistente social utiliza vários instrumentos de trabalho, como entrevistas, análises sociais, relatórios, levantamento de recursos, encaminhamentos, visitas domiciliares, dinâmicas de grupo, pareceres sociais, contatos institucionais, entre outros. O assistente social é responsável por fazer uma análise da realidade social e institucional, e intervir para melhorar as condições de vida do usuário.

**c). MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) ENFERMAGEM**

**POP 1 - CONTENÇÃO DO PACIENTE**

**POP 2 - IRRIGAÇÃO VESICAL**

**POP 3 - ASSISTÊNCIA A ENFERMAGEM NO AUXÍLIO A ALIMENTAÇÃO**

**POP 4 - CATETERISMO VESICAL**

**POP 5 - MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA NÃO INVASIVA**

**POP 6 – OXIGENOTERAPIA**

**POP 7 - TESTE DE EQUIPAMENTOS**

**POP 8 - TRANSPORTE DO PACIENTE**

**POP 9 - VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA**

**POP 10- ATENDIMENTO AO PACIENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

**POP 11 - COLETA DE URINA**

**POP 12 - AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS**

**POP 13 - COLETA DE SANGUE VENOSO**

**POP 14 - TROCA DA BOLSA DE COLOSTOMIA**

**POP 15 - PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA**

**POP 16 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA PERCUTÂNEA (SC, ID, IM)**

**POP 17 -ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO – CATETER NASAL E MÁSCARA DE OXIGÊNIO**

**POP 18 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS**

**POP 19- VIA ORAL ATRAVÉS DE SONDAS (NASOGASTRICA OU NASOENTERAL)**

**POP 20 - ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

**POP 21- ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO BANHO DE ASPERSÃO E NO LEITO**

**POP 22 - ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO ASSISTENCIAL E DO ENFERMEIRO LÍDER**

**POP 23 - SONDAGEM GÁSTRICA**

**POP 24 -SUTURA**

**POP 25 - TROMBÓLISE**

**POP 26- HIGIENE ORAL DO PACIENTE INTUBADO SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA**

**POP 27 -COLETA DE SANGUE E URINA**

**POP 28 - ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES E NA ASPIRAÇÃO DE VIAS AEREAS INFERIORES**

**POP 29** – ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

**POP 30** - ATENDIMENTO INICIAL PELA ENFERMAGEM AO PACIENTE  
POLITRAUMATIZADO

**POP 31** - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA INTUBAÇÃO DE ADULTOS

**POP 32** – DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS HOSPITALARES

**POP 33** - MONTAGEM E SUBSTITUIÇÃO DA CAIXA DE MATERIAL PERFURO  
CORTANTE

**POP 34** – ABORDAGEM AO POLITRAUMATIZADO

**POP 35** - SEQUENCIA RAPIDA DE INTUBAÇÃO

**POP 36** – ASSISTENCIA DA ENFERMAGEM NO MOMENTO DA INTUBAÇÃO EM  
ADULTO

**POP 37** – ROTINA DE TROCAS DE DISPOSITIVOS E ARQUIVOS

**POP 38** - USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL E ROTINAS DE  
ISOLAMENTOS/PRECAUÇÕES

**POP 1 - CONTENÇÃO DO PACIENTE**

**OBJETIVO**

Orientar os profissionais de saúde sobre as necessidades de utilização da contenção física no qual deve ser utilizada somente quando todas as opções terapêuticas de abordagem se mostrar insuficientes no paciente, bem como a utilização de técnica adequada, fazendo necessário assim uma avaliação criteriosa e global da situação em que o paciente se encontra.

Proteger o paciente com alterações de comportamento ou consciência contra lesões e traumas tipo: (Quedas, contaminação de cateteres, dispositivos, feridas, extubação; deslocamento de dispositivos usados no tratamento, como sondas, drenos, cateteres, etc.) provocados por ele mesmo ou a outros e que gera a interrupção do tratamento a que vem sendo submetido.

Visar à integralidade física, psíquica e moral dos pacientes e dos profissionais de saúde, que prestam assistência a esse paciente. E que o procedimento seja realizado de forma normativa, sequenciada, protocolizada e humanizada.

## **PROCESSOS RELACIONADOS**

- Atendimento Ambulatorial/Atendimento;
- Atendimento em Assistência Fisioterápica

- Atendimento em Assistência Psicológica;
- Atendimento em Emergência Adulto;
- Internação Adulto;

## **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

### **ATIVIDADES PRIMORDIAIS ANTES DA CONTENÇÃO**

As Técnicas de contenção física que envolve o uso de dispositivos manuais para limitar as ações do paciente, quando esse oferece perigo para si e para terceiros. Devem seguir as seguintes etapas:

#### **- Observar o paciente:**

Diante de situações de agressividade ou de comportamento de risco, deve-se considerar e particularizar os fatores ambientais, recursos físicos, técnicos e humanos disponíveis em cada unidade para atendimento às situações de urgência;

Diagnosticar a etiologia do comportamento agressivo avaliando de forma rigorosa e global a situação de crise.

**–Abordar o paciente:**

Abordar o paciente com manifestação de comportamento agressivo com técnicas de comunicação clara, firme, transmitindo o desejo de ajudá-lo, estimulando-o a falar sobre seus sentimentos, tentando acalmá-lo; Procurar manter distância adequada para proteção de ambos, pois independentemente do diagnóstico a violência pode representar um movimento defensivo do paciente contra sentimentos como o medo, fragilidade, desproteção, desamparo, violação ou abuso físico;

Manter a intervenção verbal antes, durante e após todo o processo de contenção, explicando ao paciente o que está sendo feito, o motivo, os objetivos de tal procedimento. A comunicação terapêutica contribui para a excelência da prática da e cria oportunidade de aprendizagem para o paciente podendo estimular sentimentos de confiança entre ele e a equipe, permitindo-lhe experimentar a sensação de segurança e apoio;

Preservar a privacidade do paciente durante todo o procedimento de contenção física;

Manter o paciente contido em ambiente terapêutico em companhia permanente do acompanhante (quando possível) e sob supervisão da equipe de enfermagem para

minimizar sua agressividade e tranquilizá-lo; Prestar cuidados de enfermagem como: vigilância constante do paciente, proporcionando conforto e proteção, avaliação de sinais vitais, avaliação da perfusão sanguínea, avaliação da presença de comorbidades clínicas, eficácia da restrição, presença e necessidade de manutenção ou associação de outras medidas terapêuticas, de 30 em 30 minutos;

A retirada da contenção física deve ser realizada na presença de vários membros da equipe (após orientações ao paciente e na presença do acompanhante, se possível);

As informações relativas à indicação e a técnica de contenção física, utilizada e todo plano assistencial e as ações da equipe multidisciplinar, devem ser detalhadamente registradas no prontuário do paciente, como sinais vitais, condições de conforto, segurança e eventuais intercorrências durante todo o procedimento (em impresso próprio); Sabendo-se que a contenção física é um evento Adverso.

## **INDICAÇÃO DA CONTENÇÃO**

A contenção física deverá ser realizada após discussão e avaliação da equipe presente quando da situação de urgência sendo prescrita pelo enfermeiro no prontuário do paciente, sendo prescrito pelo médico na prescrição e prontuário do paciente.

Identificar lesões e/ou edemas e reavaliar necessidade da manutenção da contenção, caso necessário, modificar local da contenção;

Comunicar intercorrências ao médico plantonista;

Pacientes com agitação psicomotora, confusão mental, agressividade/violência em relação a si próprio e/ou a outros (membros da equipe, familiares, e outros pacientes e que não responderam as intervenções menos restritivas);

Imobilização para prevenção de quedas após sedações (prescrita pelo médico) ou quadros de confusão mental; Alto risco de degradação do ambiente como janela, mobiliários, equipamentos, dentre outros;

Por solicitação do próprio paciente e ou família para garantir diagnóstico e tratamento adequados, quando há agitação psicomotora ou risco dela;

Para evitar quedas, seja em crianças, idosos, pacientes agitados, semiconscientes, inconscientes ou com convulsões; Nos casos de agitação pós-operatória, como em craniotomia;

Para pacientes não colaborativos na manutenção oxigênio terapia, sondas, cateteres, drenos, curativos, em uso de Ventilação Mecânica Invasiva ou não Invasiva, etc.

## **ABORDAGEM E AVALIAÇÃO INICIAL AO PACIENTE AGITADO**

- Colher o máximo de informações a respeito do paciente antes de abordá-lo;
- Estar alerta a riscos de violência iminente;
- Manter outra pessoa presente durante a entrevista com o paciente;
- Procurar criar aliança terapêutica com o paciente;
- Tudo para ser evitada a contenção.

### **A avaliação inicial**

Inclui anamnese, exame físico e do estado mental. Deve-se pesquisar o histórico de alergias, reações adversas a medicamentos, doenças de base e uso de substâncias (lícitas e ilícitas), além de pesquisar o histórico pessoal e familiar para transtornos mentais; Deve-se desta forma investigar a causa da agitação, alguns sinais são indicativos e reforçam a hipótese de causa orgânica para a agitação, como ausência de transtornos psiquiátricos prévios, início agudo do quadro, flutuação do nível de consciência, desorientação temporal ou espacial e doença clínica subjacente conhecida (Lindenmayer e cols., 2004).

### **Anamnese**

- ✓ Avaliação Psiquiátrica inicial: pelo menos diagnóstico diferencial dos grandes grupos nosológicos;(Orgânico, sintomático, álcool e drogas, distúrbio psiquiátrico primário) Sinais vitais;
- ✓ História progressa, exame físico, prontuário, familiares, outros informantes;Sinais vitais.
- ✓ Intervenção inicial (Enfermeiro e Psicologia);
- ✓ Escuta e acolhimento do paciente;
- ✓ Tentativa de continência pela palavra e por outros recursos como mudança de ambiente (quando possível), privacidade, retirar dos agentes estressores como familiares a fim de manter um ambiente terapêutico, ter um cuidado específico nos casos de contenção em crianças e adolescentes;
- ✓ Oferecer assistência e cuidados em geral;Acolhimento, hospitalidade;
- ✓ Avaliar se o paciente está em risco de passagem ao ato, agressividade e agitação intensa;
- ✓ Considerar os seguintes recursos frente ao risco de passagem ao ato de agressividade;Abordagem pela palavra;
- ✓ Limitar o espaço físico;

- ✓ Tranquilização rápida preferencialmente medicamentos; Contenção física.

## **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PARA TÉCNICA DE CONTENÇÃO FÍSICA**

### Seguem-se 10 etapas para a contenção física:

1. A contenção física é um procedimento limite utilizado unicamente para a segurança do paciente, da equipee dos outros pacientes. Considerado um evento, será monitorado na unidade pelo preenchimento do Formulário de Notificação de Risco, Incidente sem dano e Evento Adverso. Tal procedimento deve ser realizado dentro de uma lógica clínica com responsabilização coletiva, respeito pelos pacientes e familiares. Sua utilização implicará na discussão pelas equipes, no sentido de esclarecer o procedimento para cada paciente, suas consequências do mesmo e seus efeitos;
2. Compete ao psicólogo, enfermeiro, auxiliares/técnicos de enfermagem orientar ao paciente, aos familiares ou acompanhantes quanto à necessidade da contenção física.
3. A contenção apenas será realizada a partir de prescrição médica e por tempo determinado, mudando a contenção ou decúbito a cada 2 horas.

4. Nomear o condutor do processo de preferência um profissional experiente e Enfermeiro sendo esta referência para o paciente. É o único profissional que se dirige ao paciente, explicando-lhe o que está ocorrendo, o porquê de tal medida, sempre abordando verbalmente o paciente;
5. Necessário a presença dos profissionais para a realização da contenção, de preferência (enfermeiro e técnico), se responsabilizando por um membro. O enfermeiro condutor do processo de contenção é responsável por proteger a cabeça do paciente, monitorar vias aéreas e dados vitais, durante todo o procedimento.

A contenção poderá ser realizada de 4 a 5 pontos da seguinte forma abaixo:

**Contenção de tórax:**

- ✓ Dobrar o lençol em diagonal e redobrá-lo até formar uma faixa;
- ✓ Colocar a faixa sob as costas do paciente passando-a pelas axilas;
- ✓ Cruzar as pontas sob o travesseiro e amarrá-las no estrado da cabeceira da cama.

**Contenção do abdome:**

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

### **Contenção dos joelhos:**

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

### **Contenção de punhos e tornozelos – MMSS E MMII:**

- ✓ Utilizar ataduras para conter os pacientes. Pegar as pontas pelos dois centros;
- ✓ Formar com as mesmas um laço com nó;
- ✓ Fixar as pontas da faixa no estrado da cama.

### **Contenção das mãos – Luva ou Mitene**

- ✓ Colocar o algodão na parte interna das mãos;
- ✓ Fechar a mão do paciente;
- ✓ Proceder ao enfaixamento com crepom.

### **Deixar o cliente confortável e o ambiente em ordem**

- ✓ Avaliar a necessidade de elevação da cabeceira da cama nas seguintes condições. Pacientes em quadro de confusão mental;
- ✓ Pacientes sedados com sobrepeso, apresentando roncos ou com dificuldades respiratórias;

**Avaliar nesses casos a possibilidade de também conter o paciente na posição de decúbito lateral direito ou esquerdo para evitar a aspiração e a asfixia (contenção de apenas um MS e um MI);**

- ✓ Monitoramento dos dados vitais, perfusão sanguínea, observação do local da restrição (dor, calor, edema e ferimento) do paciente contido no ato da contenção, 30 minutos após e no ato da retirada da contenção;
- ✓ A Enfermagem deverá registrar todos os dados no prontuário, relatando os fatos com clareza e objetividade (quadro apresentado, medidas tomadas, hora de contenção, cuidados prestados e hora da retirada da contenção);

### **Registros:**

Os registros devem permanecer junto a cada posto de Enfermagem da unidade, na Sala dos Supervisores de Enfermagem; Anotação da enfermagem.

### **CONTENÇÃO DOS PACIENTES NO LEITOMATERIAL**

- ✓ Compressas de algodão ortopédico; Loção ou creme hidratante (s/n);
- ✓ Atadura crepe;
- ✓ Esparadrapo ou fita hipoalergênica (s/n).

### **PRÉ - EXECUÇÃO**

- ✓ Avaliar a necessidade de contenção do paciente;

- ✓ Orientar o paciente e familiares/acompanhante quanto ao uso de contenção, as razões do seu uso, duração e possíveis complicações;
- ✓ Higienizar as mãos;
- ✓ Reunir o material;
- ✓ Inspecionar a região onde será feita a contenção.

## **EXECUÇÃO**

### **Restrição Física**

Imobilizar fisicamente o paciente com auxílio da equipe, evitando causar traumas ao paciente.

### **Restrição Mecânica**

- ✓ Lavar e secar a área a ser restringida;
- ✓ Aplicar loção ou creme hidratante sobre a pele (s/n);

- ✓ Dobrar a compressa do algodão em três no sentido do comprimento e enrolar com atadura ao redor do punho ou tornozelo do paciente;
- ✓ Prender o conjunto com outra atadura, pegar as pontas pelos dois centros, formando um laço com um nó e prender as pontas soltas da atadura na cama.

## **PÓS EXECUÇÃO**

Avaliar o paciente periodicamente a cada duas horas quanto ao seu comportamento, eficácia da restrição, presença de complicações e necessidade de manutenção ou associação de outras medidas terapêuticas; anotar no prontuário do paciente informação com motivo das restrições, horário e tipo das restrições, reação do paciente, cuidados com as restrições e os membros restritos.

## **DEFINIÇÃO**

Não se aplica.

## **OBSERVAÇÕES GERAIS**

- ✓ Prescrever a contenção do paciente no leito.

- ✓ Avaliar as restrições no mínimo 1 vez no plantão e troca as contenções 1vez ao dia ou se estiver suja, ajudaro paciente em relação a suas necessidades de nutrição, excreção, hidratação, higiene e etc;
  
- ✓ Monitorar as condições de pele e circulação nos locais e membros contidos, retirar as restrições do paciente.

## **POP 2 - IRRIGAÇÃO VESICAL**

### **OBJETIVO**

Remover sedimentos, coágulos, urina em decomposição ou fins terapêuticos.

### **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

#### **Material:**

- ✓ Bandeja;

- ✓ Frasco graduado;
- ✓ Folha de papel;
- ✓ 1 (um) par de luvas estéreis;
- ✓ Recipiente para lixo;
- ✓ Bolas de algodão embebidas em álcool 70%;
- ✓ Seringa de 50ml;
- ✓ Soro fisiológico de 250ml ou conforme prescrição;
- ✓ Pacote de irrigação (cuba rim e cúpula).

**Descrição Técnica:**

- ✓ Fazer o planejamento;Lavar as mãos;
- ✓ Reunir o material na bandeja, levar à unidade do paciente, colocá-lo sobre a mesa de cabeceira;
- ✓ Colocar o frasco graduado e a comadre sobre o papel na mesa de mayo;
- ✓ Expor a conexão da sonda com prolongamento;
- ✓ Colocar o pacote de irrigação sobre a cama próxima conexão;

- ✓ Abrir o pacote de irrigação, colocando a sonda vesical e parte do prolongamento sobre a extremidade do campo estéril;
- ✓ Colocar a solução fisiológica na cuba rim;
- ✓ Abrir o pacote da seringa, colocando-a no campo. Calçar as luvas;
- ✓ Retirar a cúpula de dentro da cuba rim; Montar a seringa;
- ✓ Desconectar a sonda, colocando sua extremidade proximal dentro da cuba rim e a extremidade do prolongamento sobre o campo estéril, atrás da cuba rim;
- ✓ Aspirar com a seringa a solução fisiológica e proceder a lavagem da sonda, injetando o soro e aspirando em seguida;
- ✓ Repetir a operação quantas vezes forem necessárias;
- ✓ Conectar cuidadosamente a sonda ao prolongamento;
- ✓ Transferir o líquido da cuba rim para o frasco graduado;
- ✓ Retirar as luvas;
- ✓ Reunir o material e levá-lo coberto ao expurgo;
- ✓ Proceder às anotações de enfermagem.

## **DEFINIÇÃO**

É a lavagem da mucosa que reveste a bexiga POI: Pós Operatório Imediato.

## **OBSERVAÇÕES GERAIS**

- ✓ Sinais de obstrução como distensão abdominal, dor, e não drenagem na bolsa coletora. Comunicar ao médico, realizar medidas para desobstrução e registrar o ocorrido.
- ✓ Em prescrição médica de retirada da irrigação, o procedimento deve ser estéril, e após a assepsia da conexão deve ser colocado uma tampa para oclusão da terceira via da sonda.
- ✓ Não deixar muito lento a irrigação no POI (de acordo com a prescrição médica);
- ✓ Atentar para trocar o frasco de solução antes que ele fique completamente vazio;
- ✓ Realizar balanço hídrico.

## **POP 3 - ASSISTÊNCIA A ENFERMAGEM NO AUXÍLIO A ALIMENTAÇÃO**

### **OBJETIVO**

Auxiliar na alimentação do paciente que encontra-se incapacitado de alimentar-se sem ajuda, fornecendo dieta e favorecendo sua aceitação.

## **PROCESSOS RELACIONADOS**

Cuidados Assistenciais de Enfermagem

## **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

### **Materiais para a dieta:**

- ✓ Cuba rim;
- ✓ Bacia;
- ✓ Jarro com água;
- ✓ Sabonete
- ✓ Escova e dentífrico;
- ✓ Toalha;
- ✓ Mesinha de refeição.

### **Descrição do procedimento**

- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Colocar o paciente em posição confortável (cabeceira elevada);

- ✓ Oferecer material para higiene das mãos;
- ✓ Proteger o paciente com guardanapo;
- ✓ Conferir a dieta;
- ✓ Colocar os alimentos sobre a mesa de refeição;
- ✓ Servir os alimentos de forma atraente;
- ✓ Oferecer alimentos devagar e em pequenas quantidades;
- ✓ Secar ao redor da boca do paciente, sempre que necessário;
- ✓ Oferecer material para higiene oral;
- ✓ Organizar o ambiente;
- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Realizar anotação de enfermagem.

### **OBSERVAÇÕES GERAIS**

São fatores que favorecem o apetite:

- ✓ Ambiente limpo;
- ✓ Conforto físico e mental;
- ✓ Temperatura adequada e aparência agradável do alimento;
- ✓ Adequar à preferência do cardápio (respeitando preferências individuais).

### **São fatores que afetam o apetite:**

- ✓ Restrição de certos alimentos na dieta;
- ✓ Sabor do alimento;
- ✓ Alteração na atividade do paciente (soro, tração em membros);
- ✓ Ambiente sujo ou com odor desagradável;
- ✓ A alimentação tem como finalidade: a reposição das perdas calóricas e a adaptação dieta x doença.

### **DEFINIÇÃO**

Os processos vitais de um organismo vivo dependem de uma boa nutrição.

Nutrição é o processo pelo qual o organismo utiliza o alimento para sua sobrevivência e para a manutenção de suas funções. Os nutrientes contidos nos alimentos fornecem energia para o trabalho celular, para a formação e a restauração dos tecidos e para o equilíbrio necessário ao bom funcionamento celular.

Por ser uma das necessidades básicas do ser humano, a alimentação é considerada de fundamental importância no tratamento e na evolução de uma doença.

## **POP 4 - CATETERISMO VESICAL**

### **OBJETIVO**

- ✓ Possibilitar controle hídrico. Monitorar débito urinário;
- ✓ Obter amostra de urina para exames Tratar retenção urinária.

### **PROCESSOS RELACIONADOS**

Cuidados Assistenciais de Enfermagem

### **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

#### **PROCEDIMENTOS:**

#### **Materiais para o procedimento:**

- ✓ Luva estéril;
- ✓ Bandeja de cateterismo vesical;
- ✓ Sonda folley adequada ao tamanho da paciente Sonda uretral;
- ✓ Gel anestésico (xylocaína a 2%);
- ✓ Ampola de água destilada Seringa;

- ✓ Solução anti-séptica;
- ✓ Fita adesiva;
- ✓ Coletor de urina sistema fechado;
- ✓ Recipiente para lixo;
- ✓ Compressa de gazePinça;
- ✓ Campo fenestradoBiombo.

**Técnica para cateterismo no sexo feminino:**

- ✓ Explicar à paciente o procedimento que será realizado (se lúcida) separando seu leito com biombo;
- ✓ Realizar higiene íntima se necessário;
- ✓ Lavar as mãos, conforme protocolo, com água e sabão líquido, por 30 segundos. Secar e após friccionar álcool a 70% glicerinado por 30 segundos;
- ✓ Colocar a paciente em decúbito dorsal, com os joelhos flexionados, e os pés apoiados sobre a cama e as pernas afastadas;
- ✓ Abrir as ampolas de água destilada, deixando-as fora do campo com a sonda vesical estéril e bolsa dedrenagem urinária estéril;
- ✓ Abrir a bandeja de cateterismo vesical;

- ✓ Retirar a seringa da embalagem original, dispondo sobre este campo juntamente com a agulha;
- ✓ Expor a região perineal;
- ✓ Despejar o anti-séptico na cuba redonda. Calçar luvas estéreis com técnica asséptica;
- ✓ Aspirar para o interior da seringa o volume necessário de água destilada indicada na sonda para introduzir nobalonete, cuidado para não contaminar as luvas. Deixar sobre o campo estéril;
- ✓ Retirar a sonda vesical da embalagem e colocar sobre o campo estéril (sem contaminar ambos). Com a pinça, gaze embebida em anti-séptico fazer anti-sepsia da região perineal;
- ✓ Afastar os lábios da vagina com a mão sem pinça, utilizando o polegar e o primeiro ou segundo dedos (com uma gaze em cada lado para não deslizar);
- ✓ Friccionar o anti-séptico iniciando pelos grandes lábios e meato uretral, utilizando gaze por vez, aplicando do púbis em direção ao ânus; esperar secar;
- ✓ Desprezar a pinça;
- ✓ Colocar o campo fenestrado sobre a paciente, de maneira a permitir a visualização do meato urinário através da janela;
- ✓ Colocar a cuba rim, próxima as nádegas da paciente, para receber o fluxo

de urina que drenará pela sondavesical;

- ✓ Lubrificar a ponta da sonda com anestésico (xilocaína 2%), estéril;
- ✓ Introduzir a sonda vesical, até iniciar drenagem de urina e então avançar a sonda cerca de 03 cm. Insuflar o balonete, com a quantidade de água destilada indicada na sonda;
- ✓ Conectar a sonda vesical ao sistema da bolsa de drenagem urinária. Fixar o cateter com a fita adesiva na face interna da coxa;
- ✓ Retirar o campo fenestrado e as luvas;
- ✓ Fixar na cama do paciente a bolsa de drenagem urinária, em nível inferior ao da bexiga. Anotar na bolsa de diurese a data do cateterismo;
- ✓ Recolher o material utilizado e encaminhar ao centro de material;
- ✓ Registrar o procedimento, dificuldades, sangramentos, quantidade de urina drenada;
- ✓ Técnica para cateterismo no sexo masculino;
- ✓ Explicar ao paciente o procedimento que será realizado (se lúcido) separando seu leito com biombo;
- ✓ Realizar higiene íntima se necessário;
- ✓ Lavar as mãos, conforme protocolo, com água e sabão líquido, por 30 segundos. Secar e após friccionar álcool a 70% glicerinado por 30 segundos;
- ✓ Colocar o paciente em decúbito dorsal, com as pernas estendidas;

- ✓ Abrir as ampolas de água destilada, deixando-as fora do campo com a sonda vesical estéril e bolsa de drenagem urinária estéril;
- ✓ Abrir a bandeja de cateterismo vesical;
- ✓ Retirar a seringa da embalagem original, dispondo sobre este campo juntamente com a agulha;
- ✓ Expor a região pubiana e pênis. Despejar o anti-séptico na cuba redonda;
- ✓ Calçar luvas estéreis com técnica asséptica;
- ✓ Aspirar para o interior da seringa o volume necessário de água destilada indicada na sonda para introduzir o balonete, cuidado para não contaminar as luvas. Deixar sobre o campo estéril;
- ✓ Retirar a sonda vesical da embalagem e colocar sobre o campo estéril (sem contaminar ambos). Com a pinça, gaze embebida em anti-séptico fazer anti-sepsia na seguinte sequência;
- ✓ Meato urinário, glândula (abaixar o prepúcio), pênis e região pubiana. Segurar o corpo do pênis (com a mão não-dominante) elevando-o a uma posição quase vertical;
- ✓ Colocar o campo fenestrado sobre o paciente, de maneira a expor o pênis. Colocar a cuba rim, próxima a região peniana;
- ✓ Lubrificar a ponta da sonda com anestésico (xilocaína 2%), estéril;
- ✓ Introduzir a sonda vesical na uretra; caso haja resistência no esfíncter

externo, aumentar levemente a tração sobre o pênis e solicitar ao paciente (se lúcido) que faça um leve esforço para ajudar a relaxar o esfíncter;

- ✓ Insuflar o balonete, com a quantidade de água destilada indicada na sonda. Conectar a sonda vesical ao sistema ao sistema da bolsa de drenagem urinária;
- ✓ Fixar o cateter com a fita adesiva na parte lateral da coxa (região inguinal) ou na região inferior da parede abdominal;
- ✓ Retirar o campo fenestrado e as luvas;
- ✓ Fixar na cama do paciente a bolsa de drenagem urinária, em nível inferior ao da bexiga. Anotar na bolsa de diurese a data do cateterismo;
- ✓ Recolher o material utilizado e encaminhar ao centro de material;
- ✓ Registrar o procedimento no prontuário via sistema, as dificuldades, se houve sangramentos, a quantidade de urina drenada.

## **OBSERVAÇÕES GERAIS**

Não se aplica.

## **DEFINIÇÃO**

O cateterismo vesical consiste na introdução de um cateter estéril na bexiga, através da uretra, com técnica asséptica com a finalidade de drenar a urina.

## **POP 5 - MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA NÃO INVASIVA**

### **OBJETIVO**

Destina-se a todas as condições em que arritmias, alterações pressóricas ou hipoxemia que colocam a vida do paciente em risco, apresentem uma possibilidade de serem um sintoma ou uma complicação.

Ex.: Síndrome Coronariana Aguda (SCA), suspeita de SCA, ressuscitação recente de PCR, insuficiência cardíaca, choque de qualquer causa, intoxicações, miocardite, crise hipertensiva e alterações do padrão respiratório.

### **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

1. Explicar o procedimento ao paciente e ao acompanhante;
2. Lavar as mãos;
3. O paciente deve estar em posição confortável, de preferência em leito horizontal e em decúbito dorsal;
4. Deve-se observar a superfície torácica e retirar sujidades ou possíveis pelos

que venham atrapalhar a aderência dos dispositivos e suas respectivas leituras. Para essa limpeza sugere-se fricção local com álcool egaze

5. Mudar os eletrodos a cada 24 a 48 h e examinar a pele quanto à presença de irritação e aplicar os eletrodos sobre áreas diferentes a cada vez que são mudados;

6. Considerando cabos com 5 derivações:

1° Eletrodo na região infra clavicular Esquerda – cor BRANCO

2° Eletrodo na região infra clavicular Direita– cor VERDE

3° Eletrodo na região infra mamária esquerda em espaço intercostal – cor VERMELHO

4° Eletrodo na região infra mamária direita em espaço intercostal - cor PRETO

5° Eletrodo na região mediastinal espaço central – cor AMARELO ou AZUL

- Ligar o aparelho pressionando a tecla liga e desliga;
- Selecionar a derivação (geralmente DII é a derivação mais solicitada);
- Selecionar a velocidade (geralmente de 25 a 50);
- Observar o traçado ECG, e certificar se o traçado do monitor não apresenta alterações que podem ser causadas por posicionamento inadequado dos eletrodos, defeito no aparelho ou interferência de outros

aparelhos;

- Adequar os níveis de alarme do aparelho às necessidades do paciente;
- Manter o alarme sempre ligado;
- Comunicar aos plantonistas alterações detectadas no monitor e registrar no plano terapêutico;
- Realizar a troca dos eletrodos sempre que necessário;
- Lavar as mãos.

6° O manguito de PNI (Pressão Não – Invasiva) deve ser devidamente conectado ao seu canal correspondente e acomodado no braço do paciente. Nele encontramos uma seta que deve apontar para o leito anatômico da artéria braquial.

7° As mensurações da tensão arterial podem ser configuradas no próprio monitor para o intervalo de tempo de preferência do profissional;

8° O oxímetro de pulso deve estar devidamente conectado ao seu canal correspondente e configurado. A oximetria é percebida através de um terminal colocado em algum dedo da mão, dedo do pé, septo nasal ou lóbulo da orelha sendo transmitido por um cabo de fibra óptica que a traduz em ondas digitais. A oximetria representa o percentual de saturação de oxigênio pela hemoglobina.

9° O terminal de oximetria não deve ser colocado no mesmo membro em que há o manguito de PNI e muitas vezes a presença de artefatos na unha devem ser retirados, pois podem prejudicar a leitura. (Ex.: esmalte, unhas artificiais, etc.).

10° Para a mensuração da frequência respiratória bastam os eletrodos estarem perfeitamente conectados no tórax do paciente. Eles são sensíveis às variações da expansão torácica, considerando uma excursão respiratória o intervalo médio dessas variações. As variações de expansão torácica podem ser visualizadas em ondas digitais no monitor caso esteja configurado.

## **OBSERVAÇÕES GERAIS**

O eletrodo descartável já é provido da quantidade suficiente de gel condutor, no entanto o uso contínuo e a redução desta quantidade de gel podem sugerir alterações no traçado, que desaparecem quando esta situação é corrigida.

## **DEFINIÇÃO**

Trata-se de um método contínuo de registro das condições hemodinâmicas

do paciente em plataforma digital, incluindo frequência cardíaca, pressão arterial, saturação de oxigênio e frequência respiratória.

## **POP 6 - OXIGENOTERAPIA**

### **OBJETIVO**

Administração de oxigênio em uma concentração maior do que a encontrada na atmosfera, com intuito de elevar ou manter a saturação de oxigênio acima de 90%, corrigindo os danos da hipoxemia.

### **PROCESSOS RELACIONADOS**

- ✓ Cuidados Assistenciais Clínicos – Pediátrico;
- ✓ Cuidados Assistenciais de Enfermagem.

### **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

## **EXECUTANTE**

Enfermeiro/ Técnico de enfermagem

## **INDICAÇÃO E CONTRA-INDICAÇÃO**

### **Indicação**

*Paciente com prescrição médica*

### **Contra-indicação**

Taquicardia, tremores e ansiedade

## **ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PRÉ-PROCEDIMENTO**

Informar ao paciente o procedimento a ser realizado conforme o nível de compreensão.

## **MATERIAL NECESSÁRIO**

1. Copo nebulizador;
2. Máscara;
3. Medicação prescrita;
4. Conexão para tubo orotraqueal (Peça T).

## **DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES**

### **Pré-procedimento**

1. Lavar as mãos;
2. Explicar o procedimento a ser realizado;
3. Higienizar as mãos;
4. Reunir os materiais necessários e encaminhá-los a unidade;
5. Paramentar-se com os EPIs;
6. Preparar a medicação prescrita no copo nebulizador, observando a dose, nome paciente, data e hora;
7. Checar a pulseira de identificação do paciente;
8. Caso o paciente esteja entubado, conectar a peça T ao Tubo orotraqueal.

### **Procedimento**

1. Regular o fluxo (5 a 10 litros/ min);
2. Orientar sobre a colocação da máscara na face do paciente;
3. Orientar o paciente a manter respiração nasal durante a inalação do

medicamento.

### **Pós- procedimento**

1. Ao término, oferecer papel toalha para o paciente secar a umidade do rosto;
2. Colocar copo e máscara de nebulização para lavagem e desinfecção;
3. Lavar as mãos.
4. Anotar, assinar e carimbar em prontuário/ receituário/via sistema, comunicando ao médico prescritor, caso haja necessidade de avaliação após procedimento.
5. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

### **PONTOS CRÍTICOS**

Avaliar o nível de compreensão do paciente para realização deste procedimento. Caso o paciente esteja entubado, deverá redobrar a tenção quanto a conexão do micronebulizador, para que não haja extubação acidental. Após utilização, deverá realizar desinfecção do equipamento

### **CUIDADOS PÓS – PROCEDIMENTOS**

A troca do equipamento deverá ocorrer há cada 24 horas e o extensor (chicote) deve ser limpo com álcool 70% diariamente. Orientar o paciente e acompanhantes a não fumar (risco de explosão) e observar rigorosamente o volume de oxigênio prescrito.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Permeabilidade respiratória

## **REGISTRO**

Registrar o procedimento no impresso de evolução de enfermagem e/ou via sistema.

## **OBSERVAÇÕES GERAIS**

Itens de verificação para administração segura de medicamentos:

### **Paciente certo**

- ✓ Perguntar ao paciente, o nome completo dele, antes de administrar o medicamento e utilize no mínimo dois identificadores para confirmar o paciente certo;
- ✓ Verificar se o paciente corresponde ao Nome identificado na pulseira, no leito e no prontuário;

- ✓ Evitar dentro do possível, que dois pacientes com o mesmo nome fiquem internados simultaneamente no mesmo quarto ou enfermaria.

Obs: Caso o paciente apresente baixo nível de consciência, impossibilitando-o de confirmar o nome completo, a equipe assistencial deverá conferir o nome do paciente descrito na prescrição com a pulseira de identificação, devendo associar pelo menos mais dois identificadores diferentes.

### **Medicamento certo**

- ✓ Receber os medicamentos dispensados pela farmácia conferindo juntamente se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito;
- ✓ O nome do medicamento deve ser confirmado com a prescrição antes de ser administrado;
- ✓ Conferir se o paciente não é alérgico ao medicamento prescrito;
- ✓ Identificar o paciente alérgico no prontuário, na placa de identificação e na pulseira de alergia.

## Via Certa

- ✓ Identificar a via de administração prescrita.
- ✓ Verificar se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento.
- ✓ Lavar as mãos antes do preparo e administração do medicamento.
- ✓ Verificar se o diluente (tipo e volume) foi prescrito e se a velocidade de infusão foi estabelecida, analisando sua compatibilidade com a via de administração e com o medicamento em caso de administração de por via endovenosa.
- ✓ Avaliar a compatibilidade do medicamento com produtos para a saúde utilizados para a sua administração (seringas, cateteres, sondas, equipes e outros).
- ✓ Identificar no paciente qual a conexão correta para a via de administração prescrita.
- ✓ Realizar a antisepsia do local da aplicação para administração de medicamentos por via parenteral, quando for o caso.

- ✓ Esclarecer todas as dúvidas com a supervisão de enfermagem, prescritor ou farmacêutico.

### **Hora Certa**

- ✓ Preparar o medicamento de modo a garantir a sua administração seja feita sempre no horário correto, para garantir adequada resposta terapêutica;
- ✓ Preparar o medicamento no horário oportuno e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade;
- ✓ A antecipação ou o atraso da administração em relação ao horário predefinido somente poderá ser feito com o consentimento do enfermeiro e do prescritor;

Obs: levar a medicação em bandejas separadas por paciente.

### **Dose Certa**

- ✓ Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento;
- ✓ Certificar de que a infusão programada é a prescrita para aquele paciente;
- ✓ Verificar a unidade de medida utilizada na prescrição;

- ✓ Conferir a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das bombas de infusão contínua em caso de medicamentos em infusão contínua;
- ✓ Realizar dupla checagem dos cálculos para o preparo e programação de bomba para administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância;
- ✓ Em caso de dúvidas ou medidas imprecisas (colher de chá, colher de sopa, ampola), consultar o prescritor e solicitar a prescrição de uma unidade de medida do sistema métrico.

Obs: Não deverão ser administrados medicamentos em caso de prescrições vagas. (Solicitar complementação do prescritor em caso de orientações vagas, tais como “fazer se necessário”, “conforme ordem médica” ou “a critério médico”.)

### **Registro certo da administração**

- ✓ Registrar na prescrição o horário da administração do medicamento;
- ✓ Checar o horário da administração do medicamento a cada dose;
- ✓ Registrar todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos

(adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos).

### **Orientação correta**

- ✓ Orientar e instruir o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização;
- ✓ Garantir ao paciente o direito de conhecer o aspecto (cor e formato) dos medicamentos que está recebendo, a frequência com que será ministrado;
- ✓ Esclarecer dúvidas sobre a razão da indicação do medicamento, sua posologia ou outra informação antes de administrá-lo ao paciente junto ao prescritor.

### **Forma Certa**

- ✓ Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via de administração prescrita e se elas estão apropriadas à condição clínica do paciente.

- ✓ Sanar as dúvidas relativas à forma farmacêutica e a via de administração prescrita junto ao enfermeiro, farmacêutico ou prescritor.

### **Resposta Certa**

- ✓ Manter clara a comunicação com o paciente e/ou cuidador;
- ✓ Observar cuidadosamente o paciente e relato do mesmo e/ou cuidador para identificar, se o medicamento teve o efeito desejado, incluindo respostas diferentes do padrão usual;
- ✓ Registrar em prontuário e informar ao prescritor, todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperado para o medicamento;
- ✓ Registrar todos os parâmetros de monitorização adequados (sinais vitais, glicemia capilar).

### **4. DEFINIÇÃO**

É uma máscara facial acoplada no fluxômetro de oxigênio com o objetivo de trazer um maior conforto ao paciente em crises respiratórias e administrar medicamentos prescritos.

## **POP 7 - TESTE DE EQUIPAMENTOS**

### **OBJETIVO**

Avaliar o funcionamento dos equipamentos para que estejam disponíveis e em condições de uso sempre que necessário.

### **PROCESSOS RELACIONADOS**

- ✓ Cuidados Assistenciais de Enfermagem;
- ✓ Gestão da Estrutura Físico Funcional;
- ✓ Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar.

### **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

#### **Teste de Equipamentos:**

- ✓ Ventilador de pressão/volume:
- ✓ Ligar e checar fonte de oxigênio;
- ✓ Checar integridade e montagem dos circuitos e traqueias;
- ✓ Checar se o aparelho está ciclando;
- ✓ Fazer anotações necessárias.

### **Monitor Cardíaco:**

- ✓ Conectar os eletrodos aos cabos;
- ✓ Ligar o aparelho e observar traçados e registro numérico no visor;
- ✓ Checar integridade dos cabos;
- ✓ Realizar anotações necessárias.

### **Aspirador:**

- ✓ Checar conexão de borracha e a sonda de aspiração;
- ✓ Trocar a água do frasco de sucção, quantidade de 100ml (master vácuo descartável);
- ✓ Ligar e checar pressão do vácuo;
- ✓ Realizar anotações necessárias.

### **Eletrocardiógrafo:**

- ✓ Conectar os cabos, eletrodos e “pêra”;
- ✓ Ligar e calibrar o aparelho;
- ✓ Checar traçado da agulha, cabos e eletrodos;
- ✓ Checar fita de ECG e fazer anotações necessárias.

## **Cardioversor**

- ✓ Checar pás e cabos;
- ✓ Ligar e proceder a seleção da energia em 30 joules;
- ✓ Pressionar a carga e aguardar, quando a luz acender, disparar a carga observando a descarga;
- ✓ Desligar o aparelho e fazer anotações necessárias.
- ✓ Todos os equipamentos checados deverão ter impresso próprio com data, hora e assinatura;
- ✓ Quando detectado problema, registrar e encaminhar à chefia do setor;
- ✓ O cardioversor deverá ser testado sempre com 30 joules de carga para não danificar o equipamento.

**Os equipamentos deverão ser checados diariamente.**

## **OBSERVAÇÕES GERAIS**

Identificar possíveis falhas nos equipamentos médico-hospitalares, realizando a manutenção preventiva dos mesmos.

## **DEFINIÇÃO**

A necessidade de realizar manutenção e calibragem nos equipamentos médicos, são apresentados por razões de segurança, normas médicas, éticas e

econômicas. A atenção das instituições da área da saúde deve ser dedicada à inspeção dos equipamentos médicos hospitalares, com intuito de evitar acidentes que coloquem em risco a vida do paciente e/ou operador.

Para realizar o trabalho de manutenção, calibração e realizar testes em equipamentos médicos, o prestador de serviço tem que ser qualificado e certificado para atender às normas específicas e executar com eficiência o trabalho. Com o tempo, o desempenho e a funcionalidade dos equipamentos podem ser comprometidos, por isso é imprescindível fazer a verificação do instrumento utilizado afim de prevenir ou seja, evitar algum dano.

## **POP 8 - TRANSPORTE DO PACIENTE**

### **OBJETIVO**

Transportar o paciente em cadeira de rodas, maca ou leito com a técnica adequada e segura nas dependências da unidade.

### **PROCESSOS RELACIONADOS**

- ✓ Cuidados Assistenciais de Enfermagem;
- ✓ Gestão de Acesso;
- ✓ Segurança do Paciente.

## **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

### **Transporte em cadeira de rodas, maca ou leito:**

#### **Responsabilidade do maqueiro:**

- ✓ Calçar luvas de procedimento;
- ✓ Fazer o transporte acompanhado da equipe de enfermagem e/ou médica;
- ✓ Conduzir o paciente empurrando a cadeira de rodas, maca ou leito lentamente até o local desejado;
- ✓ Travar as rodas da cadeira de rodas, maca ou leito ao parar;
- ✓ Auxiliar a saída do paciente da cadeira de rodas, maca ou leito;
- ✓ Retirar luvas de procedimento.

#### **Responsabilidade da enfermagem:**

- ✓ Identificar o paciente;
- ✓ Orientar o paciente explicando a finalidade do procedimento e solicitar sua colaboração;
- ✓ Calçar luvas de procedimento;

- ✓ Verificar a permeabilidade de drenos, sondas, cateteres, soro e etc;
- ✓ Prender bolsas coletoras à tubulação da cadeira de rodas, maca ou leito;
- ✓ Certificar da acomodação do paciente na cadeira de rodas, maca ou leito:  
mãos, braços, pernas e pés apoiados devidamente;
- ✓ Levantar as grades quando transportar em maca ou leito;
- ✓ Assegurar a integridade física do paciente e a necessidade de cobri-lo com lençol durante o transporte;
- ✓ Retirar luvas de procedimento.

## **DEFINIÇÃO**

É a transferência do paciente de um local para o outro, utilizando-se de cadeira de rodas, maca ou leito, de acordo com a demanda e a necessidade do paciente.

## **OBSERVAÇÕES GERAIS**

- ✓ Trave as portas vaivém, antes de ultrapassá-las;
- ✓ Certifique-se durante o transporte os drenos, sondas e soros estão bem fixados;

- ✓ Avalie o nível de consciência do paciente;
- ✓ Não deixe o paciente sozinho na cadeira de rodas ou maca;
- ✓ Atentar para o risco de queda / contusões.

## **POP 9 - VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA**

### **OBJETIVO**

Fornecer oxigênio por fluxo contínuo para pacientes apresentando desconforto respiratório.

### **PROCESSOS RELACIONADOS**

- ✓ Cuidados Assistenciais Clínicos – Pediátrico;
- ✓ Cuidados Assistenciais de Enfermagem.

### **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

### **EXECUTANTE**

Médico / Enfermeiro

## **INDICAÇÃO E CONTRA-INDICAÇÃO**

### **Indicação:**

Hipoventilação pulmonar, expansibilidade torácica reduzida, sons pulmonares reduzidos ou abolidos, crepitações finais no final da inspiração, discinesia diafragmática, condições de imobilização, pós-operatório de cirurgia torácica ou abdominal alta, atelectasia pulmonar, presença de doença neuromuscular comprometendo a musculatura respiratória e possibilidade de extubação precoce.

### **Contra-indicação:**

Parada respiratória, Instabilidade cardiovascular, Paciente não-colaborador, pós-operatóriorecente de cirurgia facial, esofágica ou gástrica, Trauma / queimadura facial, Risco de aspiração / dificuldade de manipulação de secreções, Incapacidade de manter permeabilidade de vias aéreas, Alterações anatômicas da nasofaringe.

## **ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PRÉ-PROCEDIMENTO**

Informar ao paciente o procedimento a ser realizado conforme o nível de compreensão.

## **MATERIAL NECESSÁRIO**

- ✓ Ventilador mecânico;
- ✓ Luvas de procedimento;
- ✓ Esparadrapo.

**Máscaras nasais, oro-nasal e facial total** Suportes de fixação das máscaras

**Oxímetro de pulso**

## **DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES**

### **Pré-procedimento**

- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Explicar o procedimento a ser realizado e sua finalidade ao cliente;
- ✓ Paramentar-se com os EPI (máscara, avental, luvas de procedimento e óculos)
- ✓ Ligue o ventilador mecânico e certifique-se sobre os parâmetros para iniciar a ventilação não invasiva. Ajuste os seguintes parâmetros:

Pressão de pico < 35 cm H<sub>2</sub>O; Volume corrente 8 – 10 ml/kg;

PEEP – aposte em 5 cm H<sub>2</sub>O (inicialmente), de modo que possibilite SatO<sub>2</sub> > 92%, com uma FiO<sub>2</sub> < 50%; Freqüência respiratória do aparelho = 0 (zero); PSV 10 – 20 cmH<sub>2</sub>O; FiO<sub>2</sub> ≤ 50%.

- ✓ Ajustar alarmes de segurança; Back up de apnéia de 10 segundos;
- ✓ Reavaliar na primeira hora de aplicação.

### **Procedimento**

Aproxime de maneira calma e cautelosa a máscara de encontro a face do paciente, afim de evitar surpresas esensações de fobia.

Inicialmente não fixe a máscara com suporte (cabresto), pois essa atitude a princípio pode levá-lo a agonia. Deixe o paciente sentir segurança e conforto com o procedimento.

Estabeleça sempre que possível de maneira amigável o tempo de aplicação da VMNI, lembrando que esse tempo varia de acordo com o quadro clínico e objetivo principal da aplicação. Utilize o maior tempo possível, principalmente nas primeiras 24 horas.

### **Pós- procedimento**

- ✓ Paciente que não apresentar melhora na primeira hora de uso raramente se

beneficia com VMNI.Recompor o ambiente;

- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Realizar anotações de enfermagem.

## **PONTOS CRÍTICOS**

Pacientes que não apresentam melhora na PRIMEIRA HORA de uso RARAMENTE vão beneficiar-se da VNI.

## **CUIDADOS PÓS – PROCEDIMENTOS**

Piora das condições clínicas e/ou trocas gasosas, Aparecimento de qualquer um dos critérios listados comocontra-indicação.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Conforto para o paciente

## **REGISTRO**

Registrar o procedimento no impresso de evolução de enfermagem e /ou via sistema.

## **OBSERVAÇÕES GERAIS**

Não se aplica.

## **DEFINIÇÃO**

Consiste na administração de oxigênio suplementar por máscara facial conectado ao ventilador mecânico.

## **POP 10- ATENDIMENTO AO PACIENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

### **OBJETIVO**

Garantir atendimento a vítima que sofreu violência sexual para redução dos agravos, permitindo, assim, acesso imediato aos cuidados de saúde, à prevenção de doenças e gravidez indesejada.

### **PROCESSOS RELACIONADOS**

Internação Obstétrica

## **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

### **Materiais e Medicamentos**

- ✓ Consultório, respeitando a privacidade da paciente;
- ✓ SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).
- ✓ Medicamentos

### **Tarefas**

#### **Realizar classificação de risco**

##### - Coletar histórico da vítima:

- ✓ Local, dia e hora aproximada da violência;
- ✓ Tipo de violência sofrida;
- ✓ Forma de constrangimento;
- ✓ Tipificação do número de autores;
- ✓ Órgão que realizou o encaminhamento;
- ✓ Realizar Classificação de Risco pelo ACCR Obstétrico;
- ✓ Encaminhar para atendimento médico pela equipe da Obstetria para

a realização do exame físico ginecológico, garantindo prioridade e privacidade;

- ✓ Providenciar a anticoncepção de emergência; Realizar profilaxia antiHIV;
- ✓ Providenciar profilaxia para DST's;
- ✓ Encaminhar para realizar profilaxia para anti hepatite B;
- ✓ Orientar a vítima à delegacia para lavrar a ocorrência, após atendimento;
- ✓ Fica a critério da delegacia encaminhar a vítima ao IML para submeter-se a exame pericial e coleta de material, após atendimento;
- ✓ Se necessário encaminhar para o atendimento psicológico ambulatorial;
- ✓ Preencher adequadamente o SINAN e encaminhar ao NVH;
- ✓ Orientar e encaminhar para unidade básica de atendimento para acompanhamento.

## **DEFINIÇÃO**

### **Suspeita ou confirmação de violência.**

Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder,

real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002). Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intra familiar, sexual, auto provocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extra familiar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.(SINAM/2015).

## **OBSERVAÇÕES GERAIS**

Qualquer vítima de violência sexual do sexo feminino ao ser acolhida na Classificação de Emergência deverá ser encaminhada para o Atendimento Médico pela Obstetrícia.

Anticoncepção de emergência: desnecessária se a mulher estiver usando método anticoncepcional eficaz. Realizar o quanto antes possível no limite de 5 dias;

Profilaxia para DSTs não virais: gonorréia, sífilis, infecção por clamídia,

tricomoníase e cancro mole podem ser prevenidos com eficácia. Quando ocorrer uso de preservativo em todo o crime sexual, não se recomenda esta profilaxia. Para evitar o uso concomitante de diversas medicações que poderia levar a intolerância gástrica e baixa adesão, deve-se optar pela via parenteral para administrar antibióticos, os quais devem ser administrados no primeiro dia de atendimento. Pelo baixo impacto da tricomoníase na saúde da mulher e por apresentar reações adversas e interações significativas, a administração profilática de metronidazol é facultativa ou pode ser postergada.

### **Profilaxia para hepatites:**

#### **Vacinação**

Mulheres imunizadas contra hepatite B, com esquema vacinal completo, não necessitam de reforço ou do uso de imunoglobulina humana contra hepatite B (IGHAHB);

Mulheres não imunizadas ou que desconhecem seu status vacinal devem receber a primeira dose da vacina e completar o esquema posteriormente, considerando o intervalo de um e seis meses;

Mulheres com esquema vacinal incompleto devem completar as doses recomendadas;

A vacina deve ser aplicada no músculo deltóide (0, 1 e 6 meses após a violência sexual);

### **Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite B (IGHAHB)**

Receber dose única de IGHAB 0,06 ml/kg em glúteos. Se o volume ultrapassar 5ml, deve-se dividir a aplicação em 2 áreas corporais diferentes. Pode ser administrada até 14 dias após a violência, embora seja recomendada nas primeiras 48 horas. A administração de IGHAB está indicada para todas as mulheres em situação de violência sexual, não imunizadas, com esquema vacinal incompleto ou que desconhecem seu status vacinal;

A gravidez em qualquer idade gestacional, não contra indica a imunização para a hepatite B e nem a oferta de IGHAB;

Não deverão receber a imunoprofilaxia contra hepatite B: exposição repetida ao mesmo agressor, uso de preservativos.

### **Profilaxia anti-HIV**

Recomenda quando violência sexual com penetração vaginal e/ou anal desprotegida com ejaculação sofrida há menos de 72 horas;

A profilaxia ARV do HIV deve ser considerada uma emergência e iniciada imediatamente após a violência, ainda nas primeiras 24 horas. O esquema deve ser mantido sem interrupção por quatro semanas consecutivas.

Atenção: Qualquer exposição é considerada agravo!

## **POP 11 - COLETA DE URINA PARA COLETA**

### **OBJETIVO**

-Detectar e identificar a presença de microorganismos patogênicos.

### **PROCESSOS RELACIONADOS**

-Internação Obstétrica

### **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- ✓ Materiais e Medicamento 01 cuba rim ou bandeja; Álcool à 70%;
- ✓ Álcool glicerinado à 70%; Luvas de procedimento;
- ✓ Material para higiene genital, preferencialmente clorexidine degermante;

Etiqueta de identificação do material;

- ✓ 01 seringa de 20 ml estéril para coleta da urina, quando necessário;
- ✓ Agulha estéril para coleta de urina, quando necessário (preferencialmente agulha 30x7);-Material para cateterismo vesical intermitente, se necessário;
- ✓ Requisição do exame devidamente preenchido pelo profissional médico.

Tarefas;

- ✓ Ler o pedido de exame do paciente;
- ✓ Fazer a etiqueta de identificação do material contendo nome completo do paciente, registro, enfermaria, leito, data e hora da coleta;
- ✓ Realizar higienização das mãos com água e sabão; Separar uma bandeja ou cuba rim para o procedimento;
- ✓ Fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento trêsvezes e aguardando a secagem espontânea;
- ✓ Higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- ✓ Separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- ✓ Colocar a etiqueta de identificação no frasco de coleta do material. Não

colocar na tampa;Levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;

- ✓ Checar os dados de identificação na pulseira do paciente; Avaliar a capacidade do paciente para realizar o procedimento;Orientar o paciente;
- ✓ Promover privacidade;
- ✓ Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento;Higienizar as mãos com álcool glicerinado;
- ✓ Calçar as luvas de procedimentos, se indicador;Realizar higiene genital;
- ✓ Desprezar o primeiro jato de urina e fornecer o jato intermediário;
- ✓ O paciente deve ser orientado a urinar diretamente no coletor de urina  
Desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- ✓ Retirar as luvas de procedimento;
- ✓ Realizar higienização das mãos com água e sabão;
- ✓ Realizar as anotações necessárias, incluindo as características da urina, assinando e carimbando o relato.

## **DEFINIÇÃO**

Não se aplica

## **OBSERVAÇÕES GERAIS**

O procedimento deve ser realizado com técnica asséptica, quando observar contaminação, repetir o procedimento com novo material.

Quando a amostra do material tiver uma quantidade insuficiente deve-se repetir o procedimento.

## **POP 12 - AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS**

### **OBJETIVO**

Verificar os sinais vitais (pulso, temperatura, frequência respiratória e pressão arterial), obtendo valores fidedignos para embasamento das ações de enfermagem, classificação de risco e condutas de enfermagem e médicas.

### **PROCESSOS RELACIONADOS**

- ✓ Assistência Hemoterápica;
- ✓ Atendimento Ambulatorial Atendimento Cirúrgico;
- ✓ Atendimento em Emergência Adulto Atendimento em Emergência Obstétrico

Atendimento em Emergência Pediátrico Atendimento Neonatal;

- ✓ Diagnóstico por Imagem Internação Adulto Internação Obstétrica Internação Pediátrica;
- ✓ Método Diagnósticos e Terapêuticos Método Endoscópicos e Videoscópicos
- ✓ Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar Processamento de Materiais e Esterilização;
- ✓ Processos Pré Analíticos, Analíticos e Pós Analíticos Terapia Dialítica;
- ✓ Tratamento Intensivo Adulto Tratamento Intensivo Pediátrico Triagem de Doadores e Coleta.

## **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

### **ATIVIDADES:**

- ✓ Higienizar as mãos;
- ✓ Reunir o material; Identificar o paciente;
- ✓ Explicar ao paciente sobre o procedimento; Colocar o paciente em posição confortável.

## **AFERIÇÃO DE TEMPERATURA**

- ✓ Realizar a desinfecção do termômetro com algodão embebido em álcool a 70% na direção da Ponta para o bulbo em movimento único;
- ✓ Secar a região axilar do cliente se necessário;
- ✓ Colocar o bulbo do termômetro na região axilar do cliente, dobrando seu braço sobre o peito;
- ✓ Manter o termômetro por 3 a 5 minutos ou até que seja emitido sinal sonoro do equipamento; Realizar a leitura da temperatura;
- ✓ Realizar a desinfecção do termômetro com álcool a 70% e guardá-lo em local adequado.

### **AFERIÇÃO DO PULSO**

- ✓ Com os 02 (dois) dedos médios da mão, localizar a artéria escolhida (radial, braquial, carótida, femoral, pediosa);
- ✓ Não pressionar o local da artéria, apenas apoiar os dedos para senti-la;
- ✓ Contar o pulso durante 1 minuto;
- ✓ Sinalizar em caso de eventuais anormalidades, tais como: arritmias, taquicardias, bradicardias entre outras anormalidades relacionadas ao pulso;

- ✓ Se necessário, aferir a frequência apical com estetoscópio posicionado acima do ápice do coração por um minuto.

### **AFERIÇÃO DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA**

- ✓ Contar durante 1 minuto os movimentos respiratórios;
- ✓ Sinalizar em caso de eventuais anormalidades, tais como: assimetria, bradipnéia, taquipnéia, apnéia, entre outras anormalidades relacionadas à frequência respiratória.

### **AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL**

- ✓ -Certificar-se de que o paciente não está:
- ✓ Com a bexiga cheia, se praticou exercícios físicos há pelo menos 60 Minutos, ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos ou fumou nos 30 minutos anteriores e nesses casos, deverá deixá-lo em repouso por 30 minutos;  
Instruir o paciente a não conversar durante a medida;
- ✓ Posição do paciente: sentado, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado e relaxado, braço na altura do coração (nível médio do

esterno ou 4º espaço intercostal), apoiado, com a palma da mão voltado para cima e cotovelo ligeiramente fletido;

- ✓ Selecionar o manguito: Largura da bolsa de borracha 40% da circunferência do braço, Comprimento deve envolver pelo menos 80%;
- ✓ Posicionar a circunferência aproximadamente no meio do braço;
- ✓ Posicionar 2 a 3 cm acima da fossa cubital, Centralizar a parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial e insuflar através do dispositivo apropriado;
- ✓ Posicionar o estetoscópio na altura da artéria braquial, na fossa cubital.
- ✓ Inflar 20 a 30 MMHG do nível estimado da sistólica e em seguida proceder à deflação;
- ✓ Determinar a sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de korotkoff);
- ✓ Determinar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff);
- ✓ Auscultar cerca de 20 a 30 MMHG abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento. Anotar valores da sistólica/diastólica.;
- ✓ Informar valores ao paciente, registrar e realizar desinfecção do

estetoscópio.

## **DEFINIÇÃO**

Os sinais vitais (SSVV) são indicadores do estado de saúde e da garantia das funções circulatórias, respiratória, neural e endócrina do corpo. Podem servir como mecanismos de comunicação universal sobre o estado do paciente e da gravidade da doença.

## **OBSERVAÇÕES GERAIS**

Não se aplica

## **POP 13 - COLETA DE SANGUE VENOSO**

### **OBJETIVO**

-Coleta de amostra de sangue para avaliação laboratorial.

### **PROCESSOS RELACIONADOS**

- ✓ Atendimento em Emergência Adulto Atendimento em Emergência Obstétrico  
Atendimento em Emergência Pediátrico Atendimento Neonatal;
- ✓ Internação Adulto Internação Obstétrica Internação Pediátrica;

- ✓ Processos Pré Analíticos, Analíticos e Pós Analíticos Segurança do Paciente;
- ✓ Tratamento Intensivo Adulto Tratamento Intensivo Pediátrico Triagem de Doadores e Coleta.

## **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

### Materiais e Medicamentos

- ✓ Bandeja
- ✓ Luvas de procedimento não estéril; Cateter intravenoso;
- ✓ Bolas de algodão embebidas em álcool a 70%; Garrote;
- ✓ Uma gaze;
- ✓ Equipamentos de proteção individual Curativo transparente/micropore/esparadrapo;
- ✓ Cateter ou sistema a vácuo ( suporte e agulha descartável) Pinça para desconexão de agulha ou material compatível Tubos para coleta;
- ✓ Grade ou recipiente para acondicionamento dos tubos Requisição dos exames;
- ✓ Etiquetas para identificação dos tubos ações e complicações (hematoma e

equimose) Vasos mais calibroso;

- ✓ Local de maior conforto e segurança;
- ✓ Evitar locais com possíveis fatores de risco (cateteres pré-existentes, deformidade anatômica);
- ✓ É proibida a punção de membros com esvaziamento ganglionar (mastectomizadas) , fístula arterio-venosa e veia esclerosada.

### Tarefas

- ✓ Explicar o procedimento ao paciente;
- ✓ Identificar o paciente e os exames solicitados, proceder à identificação dos tubos
- ✓ Calçar luvas de procedimento;
- ✓ Preparar a seringa e a agulha;
- ✓ Garrotear 5 cm acima do local de coleta, pedir ao paciente para fechar a mão e escolher a veia mais proeminente apalpando-a (mediana, basilíca, cefálica);
- ✓ Fazer a assepsia, esperar secar, fixar a veia (distendendo a pele do paciente).  
Introduzir a agulha de uma só vez atingindo o interior da veia;

- ✓ Pedir a paciente para abrir a mão e colher o volume desejado. Soltar o garrote e só depois retirar a agulha;
- ✓ Fazer compressão com o algodão distribuir o sangue nos frascos adequados;
- ✓ Homogeneizar o tubo por inversão de 5 a 8 vezes suavemente, mantendo o tubo em posição vertical por 30 minutos em grade para acondicionamento;
- ✓ Desprezar o material adequadamente;
- ✓ Encaminhar as amostras de acordo com os fluxos estabelecidos.

A ordem nos casos de coleta à vácuo:

- ✓ Tubo com gel (Bioquímica);
- ✓ Tubo com anticoagulante (roxo)3- tubo com citrato (azul).

## **DEFINIÇÃO**

Não se aplica

## **OBSERVAÇÕES GERAIS**

- Coletar amostra de sangue para:

- ✓ Determinar compatibilidade de grupo e fatores sanguíneos;

- ✓ Obter material para análise bioquímica hormonal e hematológica;
- ✓ Realizar dosagem sérica de drogas;
- ✓ Auxiliar no diagnóstico e avaliar a terapêutica implementada.

## **POP 14 - TROCA DA BOLSA DE COLOSTOMIA**

### **OBJETIVO**

- ✓ Controlar o débito da drenagem e proteger a pele contra a ação dos sucos digestivos;
- ✓ Possibilitar a drenagem do conteúdo intestinal e criar uma ostomia para controlar os sintomas e tratar ou evitar as complicações.

### **PROCESSOS RELACIONADOS**

- ✓ Atendimento Cirúrgico Atendimento em Emergência Adulto;
- ✓ Cuidados Assistenciais de Enfermagem Tratamento Intensivo Adulto.

### **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

Material:

- ✓ Kit de bolsa de colostomia; Luva estéril;
- ✓ Máscara;
- ✓ Soro fisiológico 0,9%; Pacotes de gaze; Biombo

Ação:

- ✓ Higienizar as mãos;
- ✓ Reunir o material na bandeja, colocar o carro de curativos e leva-lo ao quarto do paciente; Confirmar o paciente e o procedimento a ser realizado;
- ✓ Explicar o procedimento ao paciente;
- ✓ Promover a privacidade do paciente, colocando o bímbo e/ou fechando a porta do quarto; Higienizar as mãos;
- ✓ Posicionar o paciente em decúbito dorsal;
- ✓ Colocar a máscara e calçar as luvas de procedimento; Esvazear a bolsa, se houver fezes, em comadre;
- ✓ Remover a bolsa coletora, descolando uma pequena parte do adesivo na parte superior. Amparar a pele com gaze umedecida com água morna e descole

suavemente o adesivo e a barreira protetora de cima para baixo; Descarte o material em lixeira de saco branco;

- ✓ Limpar o estoma e a pele ao redor com gaze umedecida em água morna e sabonete, removendo todas as fezes e resíduos de placa da pele;
- ✓ Secar toda área da pele, ao redor do estoma;
- ✓ Aparar os pêlos, em pele próxima ao estoma, utilizando tesoura ou tricomatizador, se necessário;
- ✓ Medir o estoma com escala de medição de estoma, régua ou faça um molde, colocando um plástico sobre o estoma, desenhando seu contorno;
- ✓ Desenhar o molde, da medida do estoma sobre o papel protetor da placa adesiva;
- ✓ No sistema coletor de 1 peça, afaste a parte plástica da bolsa da placa adesiva, evitando o recorte acidental do plástico quando recortar a placa;
- ✓ Recortar a placa adesiva de acordo com o desenho do molde; Retirar o papel que protege a barreira;
- ✓ Coletor de 1 peça: Ajustar a placa ao estoma, segurando-a pela borda da barreira ou adesivo. Se houver a partição drenável da bolsa, deve estar voltada para os pés (em pacientes que deambulam) ou voltada para o mesmo lado do

estoma ou em sentido digonal (em pacientes acamados);

- ✓ Coletor de 2 peças: Ajustar a placa ao estoma, segurando -a pela borda da barreira ou adesivo, se houver. Deve-se encaixar a sobre o flange da placa , segurando-a pela pestana com a abertura voltada para os pés (empacientes que deambulam) ou voltada para o flanco do mesmo lado do estoma ou em sentido diagonal (em pacientes acamados), fazendo pressão sobre o aro da bolsa coletora e a flange da placa. Na flange flutuante, coloca-se os dedos sob esta e os polegares sobre o aro da bolsa para finalizar o encaixe da bolsa na placa.
- ✓ Fazer pressão suave sobre a placa adesiva para melhor aderir a pele;
- ✓ Retirar o papel que protege o adesivo microporoso, se houver e faça leve pressão sobre este, para melhor aderir à pele;
- ✓ Fechar a abertura da bolsa coletora com a presilha, fazendo uma dobra na extremidade desta sobre a haste interna da presilha;
- ✓ Deixar o paciente confortável;
- ✓ Recolher o material do quarto, mantendo a unidade organizada;
- ✓ Encaminhar o material permanente e os resíduos para o expurgo, descartando - os adequadamente; Lavar a bandeja com água e sabão, seque com papel toalha

e aplique álcool 70;

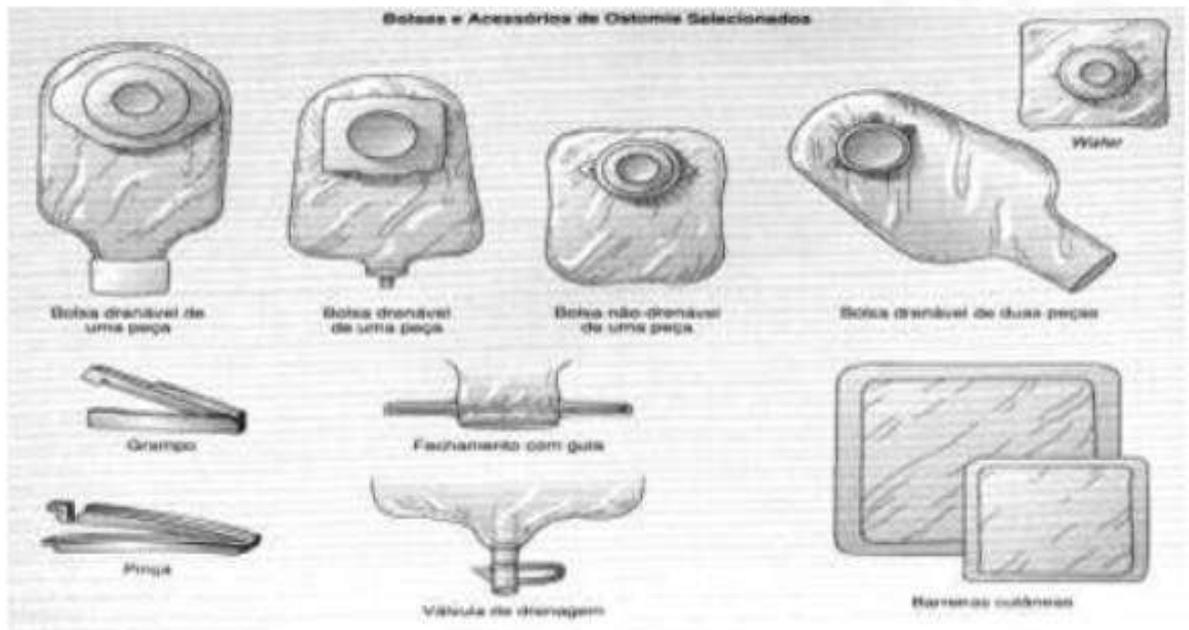
- ✓ Higienizar as mãos;
- ✓ Checar a prescrição de enfermagem e anotar o procedimento realizado registrando o aspecto do estoma, pele ao redor e do efluente drenado no espaço de anotação de enfermagem na prescrição de enfermagem.

## **DEFINIÇÃO**

A colostomia é uma abertura cirúrgica do cólon, permanente ou transitória, através da parede abdominal.

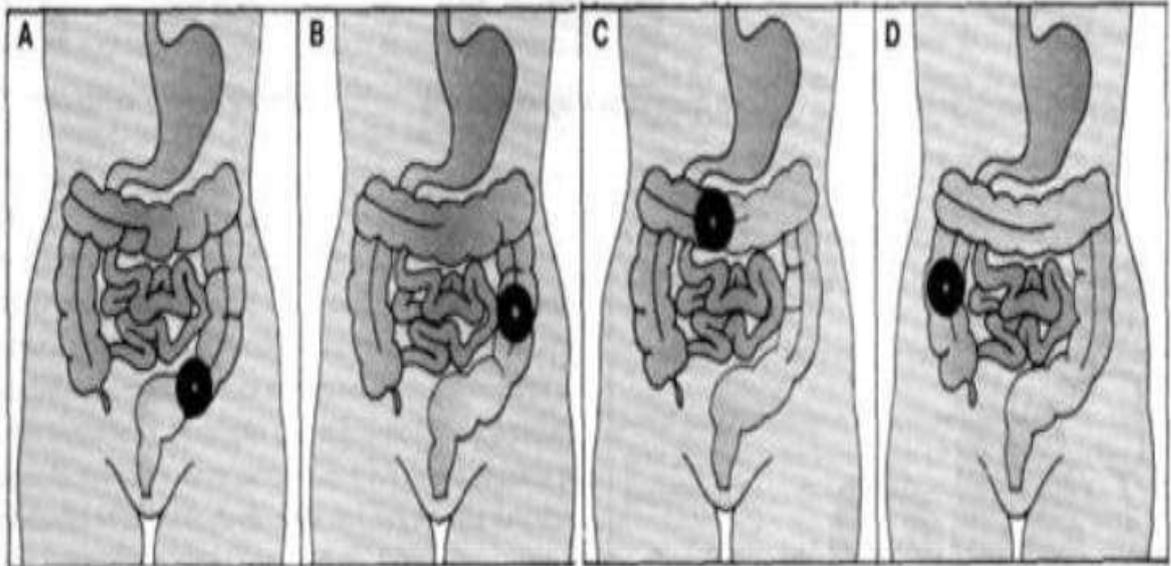
## **OBSERVAÇÕES GERAIS**

Deve ser estabelecido um esquema regular para trocar a bolsa, antes que ocorra o vazamento. Trocar um dispositivo de colostomia é necessário para evitar o extravasamento.



São necessários cuidados com o estoma para manter os tecidos saudáveis, pois a região em torno da abertura fica em contato com fezes líquidas ou semilíquidas. O paciente com colostomia não tem controle esfinteriano.

No estômago, pode haver problemas de: vazamento, odor desagradável e irritação da área circunjacente. Há vários locais comuns de colostomia, variando de acordo com a porção ressecada do intestino:



Com uma colostomia de sigmóide (A), as fezes são sólidas. Com uma colostomia descendente (B), as fezes são formadas. Com uma colostomia transversa (C), as fezes são semi líquidas. Com uma colostomia ascendente (D), as fezes são líquidas.

#### Complicações:

Ao realizar a troca da bolsa, deve-se estar sempre atento a possíveis complicações como: necrose, dermatite periestomal, edema, infecção, hemorragia, retração, colapso e distensão abdominal, bem como parada de eliminação de flatos e conteúdo intestinal.

Aplicação da Bolsa de Colostomia tem por finalidade: Controlar o débito da drenagem; e proteger a pele contra a ação dos sucos digestivos.

A bolsa deve ser trocada sempre que houver saturação da barreira protetora de pele ao redor do estoma (placacomeça a descolar da pele);

Nunca esperar que a bolsa descole ou apresente vazamento;

O esvaziamento da bolsa devem ser realizados, sempre que as fezes ocupem um terço da capacidade da bolsa; Para o procedimento não é necessário material e técnica estéreis. Utilizar preferencialmente material não estéril;

A troca da bolsa coletora deve ser realizada distante dos horários das refeições;

Durante a higienização, remova todo o resíduo de sabonete na pele evitando assim, dermatite química. Não utilize antissépticos ou solventes na pele ao redor do estoma;

Não utilize lâmina de barbear tipo gilette, para remoção de pêlos, pois tal ação predispõe a formação de foliculite.

Seque bem a pele próxima ao estoma, pois a placa não tem boa aderência em pele úmida, além de evitar amaceração.

O estoma encontra-se edemaciado nas primeiras 6 a 8 semanas de formação, regredindo do tamanho após esse período;

O recorte da placa não deve ultrapassar 3 mm entre o estoma e a placa adesiva de bolsa coletora, evitando assim o contato com as fezes na pele;

Barreira protetora de pele em pó deve ser usada em presença de lesão de pele exsudativa ao redor do estoma (dermatites) para permitir adesão do dispositivo

coletor.

Barreira de pele em pasta pode ser usada para corrigir irregularidade da pele e em casos nos quais a aderência do dispositivo é dificultada por complicações da pele ou estoma, ou por localização inadequada.

O suporte de alça (dispositivo que permanece até décimo dia do pós-operatório em estoma em alça) deve ser acomodado dentro da bolsa coletora. Atentar para que a barreira não seja colocada sobre o suporte.

A fístula mucosa (boca distal em estomas em bocas separadas) deve ser protegida com gaze umedecida, não há necessidade de adaptação de bolsa coletora

## **POP 15 - PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA**

### **OBJETIVO**

Proporcionar acesso venoso periférico para administração de drogas, reposição de volume e hemoderivados, sendo o último realizado apenas em unidades de referência.

### **PROCESSOS RELACIONADOS**

- ✓ Cuidados Assistenciais de Enfermagem;
- ✓ Segurança do Paciente.

## DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

### Material/Equipamentos a ser utilizado:

- ✓ Bandeja;
- ✓ Dispositivo intravenoso, compatível com o acesso venoso do paciente:  
    Agulhado (scalp) ou sobre agulha (jelco);
- ✓ Garrote;
- ✓ Gaze ou bolas de algodão;
- ✓ Luva de procedimento;
- ✓ Solução anti-séptica álcool a 70% ou clorexidina solução alcoólica (0,5%);
- ✓ Adesivo para fixação do cateter (indica-se em ordem preferencial o curativo transparentesemipermeável estéril, micropore e esparadrapo);
- ✓ Foco de luz (opcional);
- ✓ Oleado (opcional);
- ✓ Tala (evitar);
- ✓ Tesoura;
- ✓ Sabão líquido e papel toalha;

- ✓ Equipamento de proteção individual (máscara cirúrgica, óculos de proteção e luva de procedimento);
- ✓ Extensor de 20 cm (ou polifix preferencialmente de duas vias infantil);
- ✓ Seringa de 10 mL;
- ✓ 01 flaconete de soro fisiológico a 0,9%.

### **Descrição Técnica**

- ✓ Ler a prescrição médica;
- ✓ Higienizar as mãos com água e sabão;
- ✓ Separar o material necessário;
- ✓ Realizar a desinfecção da bandeja ou cuba rim com álcool a 70%;
- ✓ Realizar a higienização das mãos com álcool a 70% glicerinado;
- ✓ Preparar o material, preencher o extensor com soro fisiológico e manter seringa com a solução acoplada;
- ✓ Apresentar-se ao paciente e acompanhante;
- ✓ Checar a identificação do paciente;
- ✓ Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;

- ✓ Posicionar o paciente em decúbito dorsal de modo confortável, com a área de punção exposta e sobreum protetor impermeável (preferencialmente);
- ✓ Inspeccionar e palpar a rede venosa dando preferência as veias mais proeminentes, firmes e menos tortuosas, priorizando a porção distal em sentido ascendente. Pode ser necessário garrotear o membro para facilitar a visualização da rede venosa. O garroteamento deve impedir o retorno venoso, mas não deve ocluir o fluxo arterial, é importante controlar o tempo do garroteamento e quando necessário soltar o garroteamento temporariamente;
- ✓ Colocar os equipamentos de proteção individual: a máscara cirúrgica e óculos de proteção;
- ✓ Higienizar as mãos com álcool glicerinado;
- ✓ Calçar as luvas de procedimento;
- ✓ Abrir a embalagem do cateter de forma estéril, deixando-o protegido;
- ✓ Garrotear o local para melhor visualizar a veia, 4 a 6 polegadas (10 a 15 cm) acima do local de inserção proposto;
- ✓ Fazer a antisepsia do local com algodão embebido em álcool a 70% ou

clorexidina alcoólica a 0,5%, no sentido do proximal para distal, três vezes;

- ✓ Realizar punção com o cateter escolhido, sempre com o bisel voltado para cima, introduzir a agulha no ângulo de 30 a 45;
- ✓ Ao visualizar o refluxo sanguíneo, estabilize o cateter com uma mão e solte o garroteamento com a outra mão. Aplique uma leve pressão com o dedo médio da mão não dominante 3 cm acima do local de inserção;
- ✓ Retirar o guia do dispositivo sobre agulha (jelco);
- ✓ Acoplar o polifix preenchido com solução fisiológica à 0,9% conjugado à seringa ao cateter;
- ✓ Testar o fluxo do acesso venoso, injetando solução fisiológica a 0,9%.  
Quando observar infiltração do acesso ou obstrução total do cateter, remover o cateter e repetir novo procedimento, com outro dispositivo;
- ✓ Salinizar o acesso com solução fisiológica a 0,9% e fechar o extensor. Caso seja indicado, conectar a hidratação venosa;
- ✓ Realizar fixação adequada com adesivo disponível;
- ✓ Identificar a punção: data, tipo/nº do dispositivo, hora do procedimento, nome e registro do profissional;

- ✓ Recolher o material, descartando os perfurantes em recipiente adequado.

Deixar o ambiente em ordem;

- ✓ Retirar as luvas;
- ✓ Higienizar as mãos com água e sabão;
- ✓ Realizar as anotações do procedimento, assinando e carimbando o relato.

## **OBSERVAÇÕES GERAIS**

### Indicação:

Administração de líquidos, medicamentos e para manutenção do acesso venoso no paciente. O acesso venoso periférico pode ser utilizado também para coleta de sangue para exames, apenas na primeira punção, e para a administração de hemoderivados e hemocomponentes, entretanto o paciente deve ser transferido para unidade de referência para realizá-lo.

### **Contra-indicação**

- ✓ Absoluta: fístula arteriovenosa, esvaziamento ganglionar (mastectomia),  
veia esclerosada
- ✓ Relativa: braço ou mão edemaciado ou que apresentem algum tipo de

comprometimento, presença de queimadura, plegias no membro a ser punccionado e área de fossa cubital.

- ✓ Os locais preferidos para a punção venosa periférica são as veias cefálicas e basilicas no antebraço; os locais que devem ser evitados são as veias da perna e do pé, por causa do maior risco de tromboflebite e infecção. As veias antecubitais podem ser utilizadas se não existir outro acesso venoso disponível;
- ✓ As venopunções subsequentes não devem ser realizadas próxima a uma veia previamente utilizada, ou lesionada;
- ✓ Ao perfurar a veia deve-se inserir o cateter por método direto (diretamente sobre a veia) para agulha de pequeno calibre, veias frágeis e ou tortas devem ser evitadas. O método indireto (na pele ao longo do lado da veia inserindo o cateter em seu ponto distal) pode ser usado em todas as punções;
- ✓ Pode-se proteger a área do garroteamento com gaze não estéril ou tecido fino (ex. manga da camisola) para proteção da pele frágil em pacientes pediátricos;

- ✓ Os últimos estudos científicos preconizam o uso de coberturas estéreis com membrana transparente semipermeável, quando não possível indica-se o uso do micropore;
- ✓ Quando utilizada cobertura não impermeável deve-se proteger o sítio de inserção do cateter com plástico durante o banho;
- ✓ Deve-se escolher um local de punção que não interfira nas atividades diárias do paciente ou procedimentos planejados, como exemplo preservar o membro com plegia para a realização da fisioterapia motora em pacientes hemiplégicos;
- ✓ Investigar a presença de alergia ao látex do cliente;
- ✓ O uso de cateter com agulha de aço deve ser limitado à administração de dose única e coleta de amostrade sangue para análise clínica;
- ✓ Quando utilizado o cateter com agulha de aço não é necessário do uso de extensor. De acordo com recomendações da ANVISA (2010) deve-se trocar o dispositivo em até 96 horas;
- ✓ O cateter periférico na suspeita de contaminação, complicações, mau funcionamento ou descontinuidade da terapia deve ser retirado;

- ✓ Em pacientes pediátricos os cateteres não devem ser trocados rotineiramente e devem permanecer até completar a terapia intravenosa, a menos que indicado clinicamente (flebite ou infiltração);
- ✓ Sempre que possível, indica-se cateteres periféricos providos de sistema de segurança para prevenir acidentes;
- ✓ Durante a escolha da veia, não faça uso de fricção vigorosa ou de múltiplas “batidinhas” para dilatar a veia. Isto pode causar hematoma e/ou constrição venosa, especialmente em crianças;
- ✓ Para promover a distensão venosa pode-se massagear a extremidade da região distal para a proximal (abaixo do local proposto para a punção venosa) e aplicar aquecimento à extremidade por alguns minutos (compressa morna);
- ✓ Deve-se monitorar diariamente o acesso venoso periférico, a fim de avaliar a presença de infecção no sítio de inserção do cateter.

Preconiza-se a utilização da escala de flebite da INS (Infusion Nursing Society / 2006):

<b>GRAU</b>	<b>SINAIS CLINICOS</b>
0	Sem sinais clínicos
1	Presença de eritema, com ou sem dor local
2	Presença de dor, com eritema e ou edema, com endurecimento e cordão fibroso palpável
3	Presença de dor, com eritema e ou edema, com endurecimento cordão fibroso palpável maior que 2,5cm de comprimento, drenagem purulenta

Escala de infiltração e extravasamento (INS, 2006):

GRAU	SINAIS CLINICOS
0	Sem sinais clínicos
1	Pele fria e pálida, edema menor que 2,5cm em qualquer direção, com ou sem dor local
2	Pele fria e pálida, edema entre 2,5 cm e 15 cm em qualquer direção, com ou sem dor local.
3	Pele fria, pálida e translúcida, edema maior que 15 cm em qualquer direção, dor local variando de média a moderada possível diminuição da sensibilidade.
4	Pele fria, pálida, translúcida, edema maior que 15 cm em qualquer direção, dor local variando de moderada a severa, diminuição da sensibilidade, comprometimento circulatório. Ocorre na infiltração de derivados sanguíneos, substâncias irritantes ou vesicantes

## **DEFINIÇÃO**

Consiste na introdução de um cateter venoso na luz de uma veia superficial, de preferência de grande calibre. Envolve a seleção de um dispositivo para venopunção e um local de inserção dependendo do tipo de solução a ser utilizada; da frequência e duração da infusão, da localização de veias acessíveis; da idade e do estado da criança; e, sempre que possível, serão levadas em consideração as preferências da criança.

## **POP 16 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA PERCUTÂNEA (SC, ID, IM)**

### **OBJETIVO**

Administração percutânea de medicamentos, conforme prescrição médica de acordo com o tratamento do paciente.

### **PROCESSOS RELACIONADOS**

Atendimento em Emergência Adulto Atendimento em Emergência Obstétrico  
Atendimento em Emergência Pediátrica Atendimento.

### **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

Materiais e Medicamentos:

- ✓ Prescrição médica legível; Bandeja ou cuba rim não estéril; Medicamento preparado;
- ✓ Luva de procedimento; Gaze não estéril;
- ✓ Almotolia com álcool a 70%;
- ✓ Almotolia com álcool a 70% glicerinado;
- ✓ Equipamentos de proteção individual (gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção); Caixa para descarte de material perfuro cortante;
- ✓ Agulha; Seringa.

Tarefas:

- ✓ Ler a prescrição do paciente
- ✓ Separar uma bandeja ou cuba rim para o procedimento;
- ✓ Fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando a secagem espontânea;
- ✓ Higienizar as mãos com álcool a 70% glicerinado; 5. Separar o medicamento preparado anteriormente; 6. Acrescentar identificação em medicamento preparado;
- ✓ Checar duas vezes a medicação (dose, via de administração, diluição, volume);

- ✓ Certificar-se da agulha adequada para realizar a administração, de acordo com a via prescrita e o paciente;
- ✓ Promover privacidade;
- ✓ Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento;
- ✓ Higienizar as mãos com álcool 70% glicerinado;
- ✓ Colocar equipamentos de proteção individual: o gorro, a máscara cirúrgica, óculos de proteção e as luvas de procedimento;
- ✓ Realizar antissepsia da pele com álcool a 70% onde será administrada a medicação;
- ✓ Introduzir a seringa do medicamento com agulha, colocando o bisel lateralizado e utilizando o ângulo indicado para cada via de administração;
- ✓ Aspirar o líquido para certificar-se da ausência de vasos, quando administração for por via IM;
- ✓ Aplicar o conteúdo da seringa lentamente no local adequado;
- ✓ Retirar a seringa com agulha do local de aplicação, descartando-a no coletor perfurocortante sem desconectar o conjunto;
- ✓ Desprezar os demais materiais utilizados em local apropriado;
- ✓ 19. Retirar a luva de procedimento;
- ✓ Realizar higienização das mãos com álcool glicerinado à 70%;
- ✓ Realizar as anotações necessárias, incluindo o medicamento administrado, a

dose, a via (o local de administração), a data, o horário administrado e assinatura/matricula (carimbo c/COREN) do responsável pela execução do procedimento.

## DEFINIÇÃO

## OBSERVAÇÕES GERAIS

Contra indicações:

- ✓ Presença de lesão ou edema na área de administração do medicamento, presença defístula arterio- venosa, quantidade reduzida de massa muscular e plaquetopenia.
- ✓ Atentar para os 9 certos (paciente certo, medicamento certo, dose certa, via de administração certa, horáriocerto, registro certo, devolução certa, orientação e informação certa ao paciente, compatibilidade certa);
- ✓ Os sinais vitais do paciente devem ser verificados antes da administração de medicamentos que possam afetá-los (ex:Antiarrítmicos, betabloqueadores, digitálicos, hipotensores, entre outros);
- ✓ Registrar as reações adversas que sobrevierem no prontuário e prescrição (farmacovigilância);4.Atentar para alergias do paciente, destacando no prontuário

e prescrição;

- ✓ Recomendação específica para cada uma das vias percutâneas:

## **INJEÇÕES SUBCUTÂNEAS**

Aplicação de medicamentos no tecido conjuntivo frouxo sob a derme, sendo que, a absorção do medicamento é realizada de forma lenta em comparação com a via intramuscular, em decorrência da menor quantidade de fluxo sanguíneo. Não é necessário aspirar após introduzir a seringa no local de administração do medicamento devido a pequena quantidade de vasos sanguíneos.

É recomendada a administração de pequenas doses de medicamentos hidrossolúveis, em decorrência do tecido ser sensível a soluções irritantes e grandes volumes de medicamentos. O volume a ser infundido não deve ultrapassar a 2 ml.

O peso corporal do paciente deve ser avaliado na escolha da agulha e do ângulo de inserção do medicamento; Recomenda-se o uso de seringas de 1 a 3 ml com agulha 25X7 com o ângulo de 45° ou para paciente com um peso médio pode ser utilizado a agulha 13X4,5 inserindo-a em um ângulo de 90°.

As regiões indicadas para injeções subcutâneas são: face posterior externa do braço, o abdome desde abaixo das margens costais até as cristas ilíacas, e as faces

anteriores das coxas. Outros locais alternativos incluem as áreas escapulares das costas e as regiões glúteas ventrais ou dorsais superiores.

## **POP 17 - ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO – CATETER NASAL E MÁSCARADE OXIGÊNIO**

### **OBJETIVO**

- ✓ Fornecer concentração adicional de oxigênio para facilitar adequada oxigenação tecidual.
- ✓ Promover a umidificação das secreções das vias aéreas, facilitar expectoração e promover broncodilatação.

### **PROCESSOS RELACIONADOS**

Atendimento em Emergência Adulto;

### **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

#### Materiais e Medicamentos:

- ✓ Fonte de oxigênio (unidade fixa na parede e/ou cilindro);
- ✓ 01 bandeja e/ou cuba rim;

- ✓ 01 fluxômetro de O<sub>2</sub>;
- ✓ 01 umidificador ou 01 macronebulizador completo;
- ✓ Almotolia com álcool a 70%;
- ✓ 01 conexão de látex;
- ✓ 01 frasco de água destilada 250 ml;
- ✓ Cateter nasal ou máscara de oxigênio compatível com o paciente;
- ✓ Gaze não estéril;
- ✓ Esparadrapo e/ou micropore;
- ✓ Luvas de procedimento;
- ✓ Lubrificante hidrossolúvel.

Tarefas:

- ✓ Ler a prescrição do paciente;
- ✓ Realizar higienização das mãos com água e sabão;
- ✓ Separar uma bandeja ou cuba rim para o procedimento;
- ✓ Fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando a secagem espontânea;

- ✓ Higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- ✓ Separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- ✓ Preparar o umidificador, colocando água destilada entre os níveis mínimo e máximo;
- ✓ Orientar o paciente;
- ✓ Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento.
- ✓ Higienizar as mãos com álcool glicerinado;
- ✓ Calçar as luvas de procedimentos;
- ✓ Avaliar os sinais de hipóxia e presença de secreção em vias aéreas, aspirando-o se necessário.
- ✓ Instalar oximetria de pulso, registrando o resultado inicial, se disponível;
- ✓ Elevar cabeceira do leito do paciente entre 30° a 45° ;
- ✓ Instalar o fluxômetro na fonte de O<sub>2</sub> e realizar o teste de funcionamento;
- ✓ Conectar o umidificador ao fluxômetro;
- ✓ Colocar o cateter nasal ou máscara de oxigênio.

Cateter Nasal (nasofaringe):

- ✓ Medir a distância do cateter entre a ponta do nariz e o lóbulo da orelha, identificando com esparadrapo para saber até que ponto o cateter será introduzido;
- ✓ Lubrificar a ponta do cateter, antes da introdução, com lubrificante hidrossolúvel;
- ✓ Introduzir o cateter nasal até local marcado;
- ✓ Fixar o cateter com esparadrapo e/ou micropore sobre a testa ou face do paciente, garantindo que o mesmo se sinta confortável.

#### Máscara de Oxigênio

- ✓ Colocar a máscara sob o nariz, a boca e o queixo;
- ✓ Puxar a faixa elástica para trás da cabeça e do pescoço e ajustá-la na lateral da face, até o ajuste confortável ao rosto e boca do paciente;
- ✓ Conectar o cateter ou máscara na extensão do umificador;
- ✓ Ajustar o volume de litros de O<sub>2</sub> conforme prescrição médica;
- ✓ Desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- ✓ Na ausência do médico e/ou prescrição médica ofertar até 4l/ min;
- ✓ Realizar higienização das mãos;
- ✓ Realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato no prontuário

do paciente.

## DEFINIÇÃO

Administração de oxigênio, a uma pressão maior que a encontrada no ar ambiente, para aliviar e/ou impedir hipóxia tecidual.

## OBSERVAÇÕES GERAIS

- ✓ Inserir o cateter sem forçar e, em caso de resistência não prosseguir;
- ✓ Proceder à troca do cateter de narina a cada 12 horas, se o oxigênio for contínuo, evitando ferimentos na mucosa nasal e obstrução do cateter por secreção;
- ✓ Avaliar os efeitos da oxigenioterapia em cada paciente. O oxigênio é uma medicação e tem efeitos colaterais perigosos como atelectasia e toxicidade do oxigênio;
- ✓ Trocar a água do umidificador de seis em seis horas ou sempre que necessário, desprezando toda a água residual do copo umidificador;
- ✓ Nunca completar o reservatório, aproveitando a quantidade de água que esteja no umidificador; Trocar o sistema de máscara de O<sub>2</sub> a cada 24 horas.

## **POP 18 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS**

### **OBJETIVO**

Padronizar condutas relacionadas às técnicas de aplicação de medicamentos por vias endovenosa, auricular, nasal, retal, intramuscular, intradérmica, ocular, oral, tópica e subcutânea; Relacionar os procedimentos necessários para a administração de medicamentos; Melhorar a segurança do cliente, minimizando erros na administração de medicamentos; Fornecer subsídios para implementação e acompanhamento da terapêutica medicamentosa.

### **PROCESSOS RELACIONADOS**

- ✓ Cuidados Assistenciais de Enfermagem;
- ✓ Cuidados Assistenciais Clínicos – Pediátricos.

### **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO VIA ENDOVENOSA**

Descrição do procedimento:

#### **Material**

- ✓ Seringa (de acordo com a quantidade de medicação a ser preparada);
- ✓ Agulha 40x12 (diluição) e 30x7 ou 25x7 (aplicação);

- ✓ Fita crepe para identificação;
- ✓ Bandeja;
- ✓ Algodão;
- ✓ Álcool;
- ✓ Luvas de procedimento;
- ✓ Medicamento prescrito;
- ✓ Prescrição médica.

## **PROCEDIMENTO**

- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Checar medicação prescrita, data, dose, via, nome do paciente;
- ✓ Selecionar a ampola ou frasco, observando nome, validade, alteração de cor e presença de resíduos;
- ✓ Escolher seringa de acordo com a quantidade de líquidos a ser administrado;
- ✓ Fazer o rótulo do medicamento contendo: nome do cliente, número do leito (se for o caso), nome do medicamento, dose, via e horário;
- ✓ Lavar as mãos;

- ✓ Instalar os EPI's;
- ✓ Fazer assepsia nas ampolas com auxílio do algodão e álcool 70%;
- ✓ Abrir a seringa e conectar a agulha 40x12;
- ✓ Preparar medicação, conforme técnica descrita;
- ✓ Realizar a substituição da agulha;
- ✓ Confirmar a identificação do paciente na pulseira de identificação, na prescrição médica e no rótulo do medicamento/ hemocomponente
- ✓ Explicar ao paciente o procedimento que será realizado;
- ✓ Calçar as luvas;
- ✓ Realizar antissepsia do conector do dispositivo;
- ✓ Posicionar seringa;
- ✓ Administrar a medicação lentamente, observando o retorno venoso, o paciente e as reações apresentadas;
- ✓ Retirar a seringa e colocar na bandeja o material a ser descartado - Nunca reencapar a agulha utilizada;
- ✓ Descartar material de acordo com a rotina de gerenciamento de resíduos.
- ✓ Retirar as luvas;

- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Realizar anotação de enfermagem no prontuário do cliente ou via sistema.

### **Atenção!**

Em pediatria, faz se necessário a confirmação do nome do acompanhante (Genitora, Genitor e etc.) antes da administração de medicamentos e prestação de cuidados gerais.

### **Observar a ocorrência de:**

- ✓ Hematomas;
- ✓ Flebites;
- ✓ Choques pirogênicos;
- ✓ Soroma.

### **Via Auricular**

#### Material

- ✓ Bandeja de inox;

- ✓ Medicação a ser administrada;
- ✓ Pacote de gaze estéril;
- ✓ Luvas de procedimentos.

## **PRODEDIMENTO**

- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Checar medicação prescrita, data, dose, via, nome do paciente;
- ✓ Reunir o material e levar ao leito do cliente;
- ✓ Checar a pulseira de identificação do paciente, prescrição médica e rótulo do medicamento;
- ✓ Orientar o cliente e/ou o acompanhamento sobre o que será feito;
- ✓ Calçar as luvas de procedimento;
- ✓ Colocar o cliente em decúbito dorsal com a cabeça lateralizada, deixando para cima o ouvido que receberá a medicação;
- ✓ Com a mão não-dominante, puxar suavemente a aurícula para cima e para trás (para maiores de 3anos) e para baixo para trás (para menores de 3 anos);
- ✓ Descansar o punho da mão dominante do lado da face do cliente próximo a área

temporal, gotear o número receitado de gotas no canal do ouvido sem tocar este com o frasco;

- ✓ Soltar o ouvido e remover o excesso de medicação ao redor do mesmo com a compressa de gaze estéril;
- ✓ Retirar as luvas e desprezá-las;
- ✓ Orientar o cliente a permanecer na posição por 3-5 minutos para absorção da medicação;
- ✓ Recompôr a unidade e recolher o material;
- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Anotar procedimento, em impresso próprio no prontuário do cliente ou via sistema.

### Via Intramuscular

#### Material

- ✓ Bandeja de inox;
- ✓ Luvas de procedimento;
- ✓ Medicação a ser administrada;
- ✓ Seringa identificada com nome do cliente, nome da medicação, leito e horário;

- ✓ Agulha encapada (adultos 30x7 ou 30x8);
- ✓ Almotolia com álcool 70%;
- ✓ Algodão;
- ✓ Biombos;
- ✓ Fita adesiva.

## **PRODEDIMENTO**

- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Checar medicação prescrita, data, dose, via, nome do paciente;
- ✓ Realizar o preparo da medicação no posto de enfermagem;
- ✓ Reunir o material e levar ao leito do cliente;
- ✓ Checar a pulseira de identificação do paciente, prescrição médica e rótulo do medicamento;
- ✓ Orientar o cliente e/ou o acompanhante sobre o que será feito;
- ✓ Colocar os EPI's;
- ✓ Preparar o ambiente solicitando a saída de acompanhantes e/ou posicionando o biombo de maneira que favoreça a privacidade do cliente, dependendo da área

escolhida para aplicação;

- ✓ Selecionar a área para a aplicação, preferencialmente a região glútea por ser um músculo de maiores proporções. O músculo deltoide será escolhido no caso de rodízio, ou de pequenos volumes. Evitar o músculo vasto lateral (aplicações costumam ser mais dolorosas) a não ser que seja necessário em caso de falta de opção de rodízio de locais;
- ✓ Posicionar o cliente de maneira confortável e de fácil visualização da área de injeção;
- ✓ Limpar a área com algodão embebido com álcool 70% com movimento único unidirecional de cima para baixo;
- ✓ Retirar a tampa da agulha;
- ✓ Colocar o dedo indicador da mão não dominante de um lado do local escolhido e o dedo polegar do outro lado formando um V;
- ✓ Afastar os dedos, tensionando a pele;
- ✓ Rapidamente, inserir a agulha em ângulo 90° com a mão dominante;
- ✓ Com os dedos que tensionam a pele, soltar a pele e segurar o corpo da seringa;
- ✓ Puxar o êmbolo para trás, com a mão dominante, e observar retorno sanguíneo

(caso ocorra retirar a agulha, pois um vaso foi atingido). Reiniciar o procedimento

neste caso, orientando o cliente sobre o motivo da nova administração

- ✓ Se não for observado retorno sanguíneo, empurrar o êmbolo suavemente enquanto se comunica com o cliente, para diminuir a ansiedade;
- ✓ Remover a agulha em movimento rápido e seguro em ângulo de 90°
- ✓ Aplicar pressão firme no local com algodão embebido com álcool 70%;
- ✓ Colocar a seringa na bandeja, sem encapar a agulha;
- ✓ Recompôr o cliente e a unidade;
- ✓ Descartar o material em caixa de perfuro cortante.
- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Anotar o procedimento no prontuário eletrônico do cliente ou via sistema.

### Via Nasal

#### Material

- ✓ Bandeja de inox;
- ✓ Luvas de procedimento;
- ✓ Medicação a ser administrada;

- ✓ Pacote de gaze estéril.

## **PRODEDIMENTO**

- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Checar medicação prescrita, data, dose, via, nome do paciente;
- ✓ Reunir o material e levar ao leito do cliente;
- ✓ Checar a pulseira de identificação do paciente, prescrição médica e rótulo de medicação;
- ✓ Orientar o cliente e/ou acompanhante sobre o que será feito;
- ✓ Colocar os EPI's;
- ✓ Orientar o cliente a assoar suavemente o nariz com a gaze estéril, caso não seja contra indicado;
- ✓ Colocar o cliente em decúbito dorsal, elevado 45° com a cabeça ligeiramente inclinada para trás;
- ✓ Apoiar a mão não dominante na testa do cliente, enquanto levanta a narina;
- ✓ Segurar o frasco de medicação próximo ao nariz em direção ao septo nasal com a mão dominante;

- ✓ Instalar o numero de gotas indicado;
- ✓ Orientar o cliente a permanecer na posição por 3-6 minutos;
- ✓ Recompôr a unidade a recolher o material;
- ✓ Retirar as luvas;
- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Anotar procedimento em impresso próprio, no prontuário do cliente ou via sistema.

#### Via Oral

- ✓ Material
- ✓ Bandeja de inox;
- ✓ Copo pequeno descartável, com medicação a ser administrada (Se a medicação estiver fora da embalagem), identificar com nome do cliente, nome da medicação, leito e horário;
- ✓ Copo com água filtrada;
- ✓ Canudinho, se necessário;
- ✓ Macerador de comprimido, se necessário;
- ✓ EPI's.

## POP 19 - VIA ORAL ATRAVÉS DE SONDAS (NASOGASTRICA OU NASOENTERAL)

### Material

- ✓ Seringa descartável de 20ml;
- ✓ Água filtrada para lavagem;
- ✓ Luvas de procedimento;
- ✓ Medicamento a ser administrado;
- ✓ Estetoscópio;
- ✓ Copo descartável com 50ml de água filtrada.

### PRODEDIMENTO

- ✓ Absorção e início dos efeitos: cerca de 30 minutos;
- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Checar medicação prescrita, data, dose, via, nome do paciente;
- ✓ Reunir o material e levar ao leito do cliente;

- ✓ Checar a pulseira de identificação do paciente e prescrição médica;
- ✓ Orientar o cliente e/ou o acompanhante sobre o que será feito;
- ✓ Colocar o cliente em decúbito dorsal, elevado 45°;
- ✓ Colocar os EPI's;
- ✓ Oferecer ao cliente a medicação conforme orientação em prescrição;
- ✓ Oferecer água ou líquido indicado ao cliente, orientando para este colocar a medicação na boca;
- ✓ Permanecer com o cliente até que toda medicação seja tomada;
- ✓ Recompôr o cliente e a unidade;
- ✓ Recolher o material;
- ✓ Retirar as luvas;
- ✓ Realizar a lavagem das mãos;
- ✓ Verificar após 30-60 minutos em média, a ocorrência de efeitos desejados e colaterais;
- ✓ Anotar o procedimento em Impresso próprio, no prontuário do cliente ou via sistema.

#### **VIA ORAL ATRAVÉS DE SONDAS (NASOGASTRICA OU NASOENTERAL)**

- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Identificar-se;
- ✓ Checar medicação prescrita, data, dose, via, nome do paciente;
- ✓ Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- ✓ Calçar as luvas;
- ✓ Elevar o decúbito do cliente;
- ✓ -Retirar o protetor da sonda e dobrá-la para fechar, conectar uma seringa com ar, injetar o ar enquanto auscultao borbulhar do mesmo, com o estetoscópio na região epigástrica.
- ✓ Dobrar a sonda para fechá-la, retirando a seringa utilizada para o teste;
- ✓ Conectar a seringa com a medicação e administrá-la lentamente;
- ✓ Lavar a sonda com a mesma seringa, aspirando água filtrada do copo e administrando quantidade compatível com tipo e tamanho da sonda;
- ✓ Fechar a sonda;
- ✓ Em caso de cliente com drenagem gástrica, abrir a sonda após 30 minutos;
- ✓ Manter o cliente confortável;
- ✓ Quando SNG: verificar se não há conteúdo gástrico com dieta do horário anterior

aspirando com aseringa de 20ml e verificando retorno (teste de refluxo);

- ✓ Ao término da medicação, realizar higienização da sonda através de lavagem com água filtrada em seringa ou por gavagem (atentar para restrições hídricas);
- ✓ Anotar ou checar o procedimento no sistema próprio e comunicar intercorrências ao enfermeiro de plantão.

### **Via Retal**

#### **Material**

- ✓ Bandeja de inox;
- ✓ Medicação a ser administrada;
- ✓ Pacote de gaze estéril;
- ✓ Luvas de procedimentos e EPI's;
- ✓ Biombo, se necessário.

#### **PROCEDIMENTO**

- ✓ Lavar as mãos;

- ✓ Checar medicação prescrita, data, dose, via, nome do paciente;
- ✓ Reunir o material e levar ao leito do cliente;
- ✓ Checar a pulseira de identificação do paciente e prescrição médica;
- ✓ Orientar o cliente e/ou o acompanhante sobre o que será feito;
- ✓ Preparar o ambiente solicitando a saída de acompanhantes e/ou posicionando o biombo de maneira que favoreça privacidade ao cliente;
- ✓ Calçar luvas de procedimentos e os EPI's;
- ✓ Posicionar o cliente em decúbito lateral com a perna superior em abdução;
- ✓ Remover o supositório do invólucro com uma gaze;
- ✓ Se a ponta estiver afiada, esfregar levemente com uma gaze para que esta fique arredondada;
- ✓ Afastar as nádegas com a mão não dominante;
- ✓ Orientar o cliente a respirar lenta e profundamente pela boca para facilitar relaxamento da musculatura;
- ✓ Inserir o supositório no reto, segurando com uma gaze, até se perceber o fechamento do ânus anal;
- ✓ Retirar e descartar as luvas de procedimentos;

- ✓ Orientar o cliente a comprimir as nádegas por 2-4 minutos e permanecer na mesma posição por 15-20 minutos para diminuir estímulo de soltar o supositório;
- ✓ Recompôr a unidade e recolher o material;
- ✓ Retirar as luvas;
- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Anotar o procedimento realizado em impresso próprio, no prontuário.

### **Via Subcutânea**

#### **Material**

- ✓ Luvas de procedimentos;
- ✓ Bandeja de inox;
- ✓ Medicação a ser administrada;
- ✓ Seringa de 1 ml ou 3 ml identificada: nome do cliente, nome da medicação, leito e horário;
- ✓ Agulha 13 x 4,5;
- ✓ Bola de algodão;
- ✓ Biombo, se necessário.

## PROCEDIMENTO

- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Checar medicação prescrita, data, dose, via, nome do paciente;
- ✓ Reunir o material e levar ao leito do cliente;
- ✓ Checar a pulseira de identificação do paciente e prescrição médica;
- ✓ Orientar o cliente e/ou o acompanhante sobre o que será feito;
- ✓ Preparar o ambiente solicitando a saída de acompanhantes e/ou posicionando o biombo de maneira que favoreça privacidade ao cliente; dependendo da área escolhida para a aplicação;
- ✓ Colocar os EPI's;
- ✓ Selecione um local de injeção apropriado (abdome, braços, coxa ou glúteo) observando o rodízio;
- ✓ Com a sua mão não dominante, agarre a pele ao redor do ponto de injeção firmemente para elevar o tecido subcutâneo, formando uma dobra de gordura de 2,5cm;

- ✓ Segurando a seringa com a mão dominante, insira a bainha da agulha entre os dedos anular e mínimo da sua outra mão enquanto agarra a pele ao redor do ponto da injeção. Puxe para trás a seringa com a sua mão dominante para descobrir a agulha agarrando a seringa como um lápis. Não troque a agulha;
- ✓ Posicione a agulha com o bisel para cima;
- ✓ Insira a agulha rapidamente em um único movimento. Libere a pele do cliente para evitar a injeção da medicação em um tecido comprimido e irritar as fibras nervosas;
- ✓ Após a injeção, remova a agulha delicadamente (mas de forma rápida) na mesma angulação utilizada para a inserção;
- ✓ Cubra o local com um chumaço de algodão seco e massageie delicadamente (a menos que você tenha injetado uma medicação que contra indique a massagem como a heparina e a insulina) para distribuir a medicação e facilitar a absorção;
- ✓ Colocar a seringa na bandeja, sem encapar a agulha;
- ✓ Reconstitua o cliente e a unidade;
- ✓ Descartar o material em caixa de perfuro cortante;
- ✓ Retirar as luvas;
- ✓ Lavar as mãos;

- ✓ Anotar procedimento no prontuário eletrônico do paciente.

### **Via Tópica**

#### Material

- ✓ Bandeja de inox;
- ✓ Luvas de procedimentos;
- ✓ Medicação a ser administrada;
- ✓ Biombos, se necessário;
- ✓ EPI's.

#### **PROCEDIMENTO**

- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Checar medicação prescrita, data, dose, via, nome do paciente;
- ✓ Reunir o material e levar no leito do cliente;
- ✓ Checar a pulseira de identificação do paciente e prescrição médica;
- ✓ Orientar o cliente e/ou o acompanhante o que será feito;
- ✓ Preparar o ambiente solicitando a saída do acompanhante e/ou posicionando o

biombo de maneira que favoreça privacidade ao cliente;

- ✓ Calçar as luvas de procedimento;
- ✓ Posicionar o cliente, expondo a região a ser aplicada o creme;
- ✓ Colocar a quantidade prescrita na superfície palmar;
- ✓ Espalhar levemente com os dedos ou palmas, massageando levemente a região até o produto ser absorvido ou de acordo com as orientações do medicamento ou da prescrição;
- ✓ Recompor a unidade e o cliente;
- ✓ Retirar e desprezar as luvas
- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Anotar o procedimento realizado no prontuário do cliente.

### **Via Intradérmica**

#### Material

- ✓ Bandeja de inox;
- ✓ Medicação a ser administrada;
- ✓ Luvas de procedimentos;

- ✓ Seringa de 1ml;
- ✓ Agulha 13x45;
- ✓ Fita para identificação.

## **PROCEDIMENTO**

- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Checar medicação prescrita, data, dose, via, nome do paciente;
- ✓ Realizar o preparo da medicação no posto de enfermagem;
- ✓ Reunir o material e levar ao leito do cliente;
- ✓ Checar a pulseira de identificação do paciente e prescrição médica;
- ✓ Orientar o cliente e/ou o acompanhante sobre o que será feito;
- ✓ Colocar os EPI's;
- ✓ Colocar o cliente em posição confortável e adequada;
- ✓ Expor a área de aplicação;
- ✓ Firmar a pele com o dedo polegar e indicador da mão não dominante;
- ✓ Com a mão dominante, segurar a seringa quase paralela à superfície da pele (15') e com o bisel voltado para cima, injetar o conteúdo;

- ✓ Retirar a agulha, sem friccionar o local;
- ✓ Colocar algodão seco somente se houver sangramento ou extravasamento da droga;
- ✓ Colocar a seringa na bandeja, sem encapar a agulha;
- ✓ Fazer o curativo no local de punção;
- ✓ Recompôr o cliente e a unidade;
- ✓ Descartar o material em caixa de perfuro cortante;
- ✓ Retirar as luvas;
- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Anotar o procedimento no prontuário eletrônico do cliente;.

## **OBSERVAÇÕES GERAIS**

Itens de verificação para administração segura de medicamentos:

- Paciente certo
- ✓ Perguntar ao paciente, o nome completo dele, antes de administrar o medicamento e utilize no mínimo dois identificadores para confirmar o paciente certo;
- ✓ Verificar se o paciente corresponde ao Nome identificado na pulseira, no leito e no

prontuário;

- ✓ Evitar dentro do possível, que dois pacientes com o mesmo nome fiquem internados simultaneamente no mesmo quarto ou enfermaria.

Obs: Caso o paciente apresente baixo nível de consciência, impossibilitando-o de confirmar o nome completo, a equipe assistencial deverá conferir o nome do paciente descrito na prescrição com a pulseira de identificação, devendo associar pelo menos mais dois identificadores diferentes.

- Medicamento certo

- ✓ Receber os medicamentos dispensados pela farmácia conferindo juntamente se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito.
- ✓ O nome do medicamento deve ser confirmado com a prescrição antes de ser administrado.
- ✓ Conferir se o paciente não é alérgico ao medicamento prescrito.
- ✓ Identificar o paciente alérgico no prontuário, na placa de identificação e na pulseira de alergia.

- Via Certa

- ✓ Identificar a via de administração prescrita;

- ✓ Verificar se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento;
- ✓ -Lavar as mãos antes do preparo e administração do medicamento.;
- ✓ - Verificar se o diluente (tipo e volume) foi prescrito e se a velocidade de infusão foi estabelecida, analisando sua compatibilidade com a via de administração e com o medicamento em caso de administração de por via endovenosa;
- ✓ Avaliar a compatibilidade do medicamento com produtos para a saúde utilizados para a sua administração (seringas, cateteres, sondas, equipes e outros);
- ✓ Identificar no paciente qual a conexão correta para a via de administração prescrita;
- ✓ -Realizar a antissepsia do local da aplicação para administração de medicamentos por via parenteral, quando for o caso;
- ✓ -Esclarecer todas as dúvidas com a supervisão de enfermagem, prescritor ou farmacêutico.
- Hora Certa
- ✓ Preparar o medicamento de modo a garantir a sua administração seja feita sempre no horário correto, para garantir adequada resposta terapêutica;

- ✓ Preparar o medicamento no horário oportuno e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade;
- ✓ A antecipação ou o atraso da administração em relação ao horário predefinido somente poderá ser feito como consentimento do enfermeiro e do prescritor.

Obs: levar a medicação em bandejas separadas por paciente.

- Dose Certa

- ✓ Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento;
- ✓ Certificar de que a infusão programada é a prescrita para aquele paciente.;
- ✓ Verificar a unidade de medida utilizada na prescrição;
- ✓ Conferir a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das bombas de infusão contínua em caso de medicamentos em infusão contínua;
- ✓ Realizar dupla checagem dos cálculos para o preparo e programação de bomba para administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância;
- ✓ Em caso de dúvidas ou medidas imprecisas (colher de chá, colher de sopa, ampola), consultar o prescritor e solicitar a prescrição de uma unidade de medida

do sistema métrico.

Obs: “Não deverão ser administrados medicamentos em caso de prescrições vagas. (Solicitar complementação do prescritor em caso de orientações vagas”, tais como “fazer se necessário”, “conforme ordem médica” ou “a critério médico”).

- Registro certo da administração
  - ✓ Registrar na prescrição o horário da administração do medicamento;
  - ✓ Checar o horário da administração do medicamento a cada dose;
  - ✓ -Registrar todas as ocorrências relacionada aos medicamentos (adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos).
  
- Orientação correta
  - ✓ -Orientar e instruir o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização;
  - ✓ -Garantir ao paciente o direito de conhecer o aspecto (cor e formato) dos medicamentos que está recebendo, a frequência com que será ministrado;
  - ✓ Esclarecer dúvidas sobre a razão da indicação do medicamento, sua posologia ou

outra informação antes de administrá-lo ao paciente junto ao prescritor.

- Forma Certa
  - ✓ Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via de administração prescrita e se elas estão apropriadas à condição clínica do paciente;
  - ✓ Sanar as dúvidas relativas à forma farmacêutica e a via de administração prescrita junto ao enfermeiro, farmacêutico ou prescritor.
- Resposta Certa
  - ✓ Manter clara a comunicação com o paciente e/ou cuidador;
  - ✓ Observar cuidadosamente o paciente e relato do mesmo e/ou cuidador para identificar, se o medicamento teve o efeito desejado, incluindo respostas diferentes do padrão usual;
  - ✓ Registrar em prontuário e informar ao prescritor, todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) inesperado para o medicamento;
  - ✓ Registrar todos os parâmetros de monitorização adequados (sinais vitais, glicemia capilar).

## **DEFINIÇÃO**

É um conjunto de procedimentos e cuidados que tem por finalidade preparar e administrar os medicamentos prescritos por via de escolha, a um paciente sob tratamento médico, com o máximo de segurança e controle de riscos.

## **POP 20 - ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

### **OBJETIVO**

Padronizar os registros de enfermagem visando à melhoria na comunicação interdisciplinar.

### **PROCESSOS RELACIONADOS**

- ✓ Cuidados Assistenciais de Enfermagem;
- ✓ Sistema de Informação do Paciente;
- ✓ Segurança do Paciente.

## DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- ✓ Registrar os dados no sistema de informação da unidade;
- ✓ Caso ocorra problema no sistema de informação realizar os registros em impresso próprio utilizando caneta, letra legível e sem rasuras. Não é aconselhável pular linha, deixar parágrafo ou manter espaço em branco entre o ponto final e a assinatura;
- ✓ Usar caneta azul ou preta no plantão diurno e caneta vermelha no plantão noturno;
- ✓ Checar o aprazamento da prescrição médica com o nome por extenso e não rubrica;
- ✓ Preencher ou completar o cabeçalho, inclusive a data;
- ✓ Indicar o horário toda vez que anotação for realizada;
- ✓ Ler a anotação anterior antes de realizar o novo registro;
- ✓ Realizar a anotação em seguida à prestação do cuidado, à observação de intercorrências, informação recebida ou conduta tomada, registrando-se à hora exata do evento;
- ✓ Registrar os fatos de forma descritiva, completa, exata e objetiva, evitando-se julgamentos;
- ✓ Evitar palavras desnecessárias como “paciente”, pois a folha de anotação é individualizada e, portanto, já indica que é dele;

- ✓ Anotar a presença de acompanhante;
- ✓ Atentar para não rasurar a anotação, tendo em vista o caráter legal de toda a documentação do paciente;
- ✓ É contraindicada a utilização do corretor para retificar erros na anotação. Recomenda-se a utilização da palavra diço entre vírgulas, redigindo-se a informação correta;
- ✓ Registrar a anotação de enfermagem de forma organizada mantendo tal sequência: Sinais vitais (alterações), queixas, sono e repouso, desjejum, avaliação neurológica (lúcido, orientado), sinais e sintomas, hidratação venosa, eliminações, procedimentos realizados;
- ✓ Evitar anotações como “segue em observação de enfermagem”, que não fornece nenhuma informação;
- ✓ Registrar anotações de enfermagem no mínimo 2 vezes ao dia e intercorrências – 10 e 22 horas;
- ✓ Assinar e carimbar a anotação.

## **OBSERVAÇÕES GERAIS**

Não se aplica.

## **DEFINIÇÃO**

A anotação de enfermagem é o meio utilizado pela enfermagem para informar sobre a assistência prestada, uma fonte disponível para avaliação da eficiência e eficácia dessa assistência. Assim, demanda clareza em relação a sua forma e conteúdo, a fim de garantir à compreensão a legibilidade da informação.

## **POP 21- ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO BANHO DE ASPERSÃO E NO LEITO**

### **OBJETIVO**

Promover higiene e conforto do paciente e manter a integridade cutânea.

### **PROCESSOS RELACIONADOS**

- ✓ Cuidados Assistenciais de Enfermagem;
- ✓ Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar.

### **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

MATERIAL/ EQUIPAMENTO A SER UTILIZADO:

- ✓ Luvas de procedimentos;
- ✓ Biombos (se necessário);
- ✓ Hamper
- ✓ Água;
- ✓ Bacias (em caso de banho no leito);
- ✓ sabonetes líquidos;
- ✓ Shampoo (quando necessário);
- ✓ Luvas de banho/pano;
- ✓ Gazes;
- ✓ Toalhas;
- ✓ Cremes hidratantes;
- ✓ Roupas de camas;
- ✓ Roupas para o paciente vestir;
- ✓ Fralda descartável (se necessário);
- ✓ Travesseiros e/ou coxins;
- ✓ Protetores de calcâneos (se necessário);

- ✓ Escova de cabelo/pente.

### BANHO DE ASPERSÃO AOS PACIENTES SEMI DEPENDENTES

- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Explicar ao paciente o que será feito; Reunir o material e levar ao banheiro;
- ✓ Encaminhar o paciente ao banheiro (portas e janelas fechadas);
- ✓ Abrir o chuveiro, regular a temperatura da água e orientar o paciente sobre o manuseio da torneira;Ajudar o paciente a se despir, caso não consiga fazer sozinho;
- ✓ Iniciar o banho e se a situação permitir, deixando o paciente sozinho;
- ✓ Enxugar ou ajudar o paciente a fazê-lo, observando as condições da pele e a reação do banho;Vestir e pentear o paciente caso não consiga faze-lo sozinho;
- ✓ Conduzir o paciente a sua unidade, colocando-o em posição confortável na cadeira;
- ✓ Arrumar o leito e deixar a unidade em ordem;
- ✓ Colocar tudo no lugar e chamar o auxiliar de serviços gerais para proceder limpeza do banheiro;Lavar as mãos;

- ✓ Anotar no prontuário.

### **BANHO DE ASPERSÃO DOS PACIENTES INDEPENDENTES**

- ✓ Encaminhar o paciente ao banheiro;
- ✓ Entregar roupas para os pacientes independentes; Arrumar o leito e deixar a unidade em ordem;
- ✓ Colocar tudo no lugar e chamar o auxiliar de serviços gerais para proceder limpeza do banheiro; Lavar as mãos;
- ✓ Anotar no prontuário;
- ✓ Entregar clorohexedine degermante 4% em caso de paciente em precaução de contato em casos confirmados de Staphylococcus Aureus Resistente a Metilina (MRSA).

### **BANHO DE LEITO NOS PACIENTES DEPENDENTES**

- ✓ Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimentos; Explicar ao paciente o que será feito;
- ✓ Trazer o carro de banho e o hamper próximo ao leito; Fechar as portas e janelas;
- ✓ Proteger a unidade do paciente com biombos;
- ✓ Desprender a roupa de cama, iniciando do lado oposto onde permanecer; Fazer

higiene oral do paciente e lavar a cabeça, se necessário;

- ✓ Trocar a água do banho, obrigatoriamente, após a lavagem da cabeça; Lavar os olhos, limpando o canto interno para o externo, usando gaze; Lavar, enxaguar e enxugar o rosto, orelhas e pescoço;
- ✓ Remover a camisola ou camisa do pijama, mantendo o tórax protegido com o lençol;
- ✓ Lavar e enxugar os braços e mãos do lado oposto ao que se está trabalhando, depois o mais próximo, com movimentos longos e firmes, do punho à axila;
- ✓ Lavar e enxugar o tórax e abdome, com movimentos circulares, ativando a circulação, observando as condições da pele e mamas;
- ✓ Cobrir o tórax com lençol limpo, abaixando o lençol em uso, até a região genital;
- ✓ Lavar, enxaguar e enxugar as pernas e coxas, do tornozelo até a raiz da coxa, do lado oposto ao que se está trabalhando, depois o mais próximo;
- ✓ Colocar a bacia sob os pés e lavá-los, principalmente nos interdígitos, observando as condições dos mesmos e enxugar bem;
- ✓ Trocar a água da bacia e a luva de pano, obrigatoriamente; Fazer higiene íntima

- do paciente, de acordo com a técnica;
- ✓ Virar o paciente em decúbito lateral, colocando a toalha sob as costas e nádegas, mantendo a posição com o auxílio de outra pessoa;
  - ✓ Lavar e enxugar as costas, massageando-as, incluindo nádegas e cóccix do paciente;
  - ✓ Deixar o paciente em decúbito lateral, empurrando a roupa úmida para o meio do leito, enxugando o colchão; Trocar de luvas;
  - ✓ Proceder a arrumação do leito, com o paciente em decúbito lateral; Virar o paciente sobre o lado pronto do leito;
  - ✓ Retirar a roupa suja e desprezá-la no hamper; Terminar a arrumação do leito;
  - ✓ Hidratar a pele do paciente; Vestir o paciente;
  - ✓ Pentear os cabelos do paciente;
  - ✓ Utilizar travesseiros e/ou coxins para ajeitar o paciente no decúbito mais adequado;
  - ✓ Colocar protetores de calcâneos (quando necessário);
  - ✓ Recompôr a unidade do paciente, colocando tudo no lugar; Retirar as luvas e lavar

as mãos;

- ✓ Anotar no prontuário o que foi feito e as anormalidades detectadas, se houverem.

## **DEFINIÇÃO**

O banho é uma parte do cuidado de higiene, com fins terapêuticos ou de limpeza. Proporciona bem-estar e higiene, estimular a circulação, oportunizar exercícios ativos/passivos, viabilizar a inspeção corporal e oportunizar educação para a saúde. Ele deve ser realizado em pacientes acamados, sendo estes totalmente dependentes ou não da enfermagem.

## **OBSERVAÇÕES GERAIS**

Entregar clorohexedine degermante 4% para o banho, inclusive utilizá-lo no couro cabeludo, em caso de paciente em precaução de contato em casos confirmados de Staphylococcus Aureus Resistente a Meticilina (MRSA), nas unidades que possuem rotina de coleta de Swab ou segundo orientação do Serviço de Controle de Infecção Pré-Hospitalar (SCIPH) ou Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

## **POP 22 - ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO ASSISTENCIAL E DO ENFERMEIRO**

### **LÍDER**

## **OBJETIVO**

- ✓ Dirigir as ações dos profissionais de enfermagem lotados na unidade. Padronizar as ações desempenhadas pelos enfermeiros na unidade nas 24 horas. Identificar novas estratégias para dinâmica laboral nas Unidades;
- ✓ Monitorar a cultura do feedback;
- ✓ Orientar ações e programas de desenvolvimento em serviço. Orientar os processos de trabalho;
- ✓ Identificar as necessidades de aperfeiçoamento profissional. Proporcionar um atendimento humanizado e de qualidade. Garantir a continuidade da Assistência de Enfermagem;
- ✓ Garantir a resolução COFEN 358 de 2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem
- ✓ Garantir a execução do Exercício Profissional – Lei nº 7.498, de junho de 1986.

## **PROCESSOS RELACIONADOS**

- ✓ Assistência Hemoterápica;
- ✓ Atendimento Ambulatorial;
- ✓ Atendimento Cirúrgico;

- ✓ Atendimento em Emergência Adulto;
- ✓ Atendimento em Emergência Obstétrico;
- ✓ Atendimento em Emergência PediátricoAtendimento Neonatal;
- ✓ Diagnóstico por Imagem;
- ✓ Internação Adulto;
- ✓ Internação Obstétrica;
- ✓ Internação Pediátrica;
- ✓ Método Diagnósticos e Terapêuticos;
- ✓ Método Endoscópicos e Videoscópicos;
- ✓ Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar;
- ✓ Processamento de Materiais e Esterilização;
- ✓ Processos Pré Analíticos, Analíticos e Pós Analíticos;
- ✓ Terapia Dialítica;
- ✓ Tratamento Intensivo Adulto;
- ✓ Tratamento Intensivo Pediátrico;
- ✓ Triagem de Doadores e Coleta.

## DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

### **ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO ASSISTENCIAL:**

- ✓ Receber o plantão no horário estabelecido, de leito em leito, tomando ciência do estado do paciente e intercorrências;
- ✓ Tomar conhecimento de relatórios, avisos e livro de ordens e ocorrências; Conferir a organização de todos os leitos da unidade, no início do plantão; Coordenar, supervisionar a equipe de enfermagem;
- ✓ Realizar escala diária de atividades dos funcionários;
- ✓ Realizar o Plano de Cuidados de Enfermagem e Assistência de Enfermagem Sistematizada, evoluindo todos os pacientes sob seus cuidados em prontuário, imprimindo, carimbando e anexando em ordem no prontuário; Conferir o material de intubação diariamente;  
  
Checar diariamente o desfibrilador do setor; Assistir diretamente os pacientes graves;
- ✓ Realizar junto ao técnico de enfermagem, o banho no leito dos pacientes graves e com risco de vida;
- ✓ Realizar o cuidado ao paciente portador de ferida crônica ou portador de feridas

em estágio III e IV, atuando junto à comissão de curativo, avaliando e prescrevendo coberturas na ausência desta, bem como coordenar e supervisionar a equipe de enfermagem na prevenção e cuidado às feridas de baixa complexidade;

- ✓ Realizar todos os procedimentos invasivos, de responsabilidade do Enfermeiro;
- ✓ Supervisionar e orientar o preparo das medicações;
- ✓ Realizar o preparo e administração dos drippings;
- ✓ Conferir e fechar o balanço hídrico dos pacientes internados, sempre que houver prescrição ou indicação destes, a cada 12h;
- ✓ Realizar coleta de sangue para rotina laboratorial de todos os pacientes com dispositivo para monitorização da Pressão Arterial Média (PAM) e dos pacientes de difícil acesso venoso periférico;
- ✓ Colher hemoculturas e urinoculturas quando solicitados, protocolando sua entrega, bem como realizar o controle de swabs, registrando em livro próprio;
- ✓ Solicitar raio x para controle de cateter enteral, bem como solicitação de swab à admissão dos pacientes e também para controle;
- ✓ Instalar Nutrição Parenteral Total quando prescrito;

- ✓ Supervisionar a reposição e entrega de materiais esterilizados nos setores;
- ✓ Supervisionar a solicitação da dieta;
- ✓ Responsabilizar-se pela coleta de pertences do paciente e entregar aos familiares ou ao setor responsável, inclusive após o óbito, protocolando-os em livro próprio;
- ✓ Participar do processo de transporte do paciente no ambiente intra-hospitalar, provendo equipamentos necessários à assistência durante o transporte, definindo qual profissional de Enfermagem assistirá o paciente durante o transporte ou acompanhando o transporte em caso de pacientes graves;
- ✓ Informar previamente todas as transferências de setor ao Enfermeiro que receberá o paciente, sinalizando as informações necessárias para a continuidade da assistência, encaminhando junto ao paciente seus pertences e medicamentos oriundos da farmácia;
- ✓ Conferir os medicamentos recebidos da farmácia, sinalizando qualquer não-conformidade imediatamente a farmácia e ao médico prescritor, registrando o nome do funcionário que recebeu a informação e do médico prescritor em livro de ordens e ocorrências do setor;

- ✓ Solicitar e sinalizar os leitos com necessidade de limpeza terminal aos profissionais do setor de limpeza. Manter o leito pronto para admissão do paciente;
- ✓ Recepcionar e inspecionar todos os pacientes no setor, certificando-se do correto preenchimento dos impressos próprios, prontuário, pulseiras de identificação e exames pertinentes ao paciente, auxiliando na transferência do paciente para o leito, observando o correto posicionamento de cateteres, sondas e drenos, quando existirem;
- ✓ Supervisionar a devolução na farmácia dos medicamentos no momento da alta, óbito ou transferência registrando as medicações em impresso próprio e atuar junto à equipe médica na realização de todos os procedimentos realizados com os pacientes sob seus cuidados bem como comunicar qualquer intercorrência ou alteração do quadro clínico;
- ✓ Cumprir e fazer cumprir as rotinas estabelecidas pela CCIH, bem como as normas, rotinas e protocolos do setor;
- ✓ Participar das discussões clínicas da equipe multidisciplinar, bem como dos rounds promovidos pelos Enfermeiros Líderes e rotinas do setor;
- ✓ Checar a programação dos pacientes previamente;

- ✓ Fazer com que os pedidos de exames sejam encaminhados com rapidez; Cumprir o fluxo de óbito;
- ✓ Providenciar a manutenção de equipamentos junto aos setores competentes, na ausência do Enfermeiro Rotina;
- ✓ Conferir o carrinho de parada cardiorrespiratória, testando o desfibrilador, diariamente, registrando sempre em impresso próprio, assinando com letra legível, nome completo, categoria e registro profissional ou carimbo e abastecê-lo sempre ao uso;
- ✓ Realizar relato em livro de ordens e ocorrências, assinando com letra legível, de caneta preta ou azul, nome completo, categoria e registro profissional ou carimbo, bem como assinar ou carimbar de igual maneira todos os registros realizados;
- ✓ Assumir a responsabilidade das intercorrências técnicas ao delegar suas atividades;
- ✓ Conferir as checagens dos procedimentos realizados pelos técnicos de enfermagem, assim como medicação a cada horário padrão da instituição. Supervisionando os prontuários para certificar-se da administração do medicamento. Principalmente após os horários padrões de realização da

medicação. E obrigatoriamente na passagem de plantão;

- ✓ Preencher corretamente e por completo o formulário de passagem de plantão;
- ✓ Auxiliar o enfermeiro Líder em suas Atribuições Privativas, quando necessário ou solicitado; Cumprir com os protocolos criados pelas comissões da instituição;
- ✓ Cumprir os protocolos de ACCR;
- ✓ Desenvolver satisfatoriamente, de acordo com a sua formação profissional e capacitação técnica especializada, as atividades determinadas pelo superior hierárquico;
- ✓ Encaminhar o prontuário do cliente de alta, transferência ou óbito a administração diariamente e organizar e entregar ao SAE na ausência do secretário administrativo;
- ✓ Notificar o Enfermeiro Líder ou rotina do setor sobre quaisquer intercorrências;
- ✓ Estar presente no local de trabalho durante todo o tempo de desenvolvimento normal das atividades que corresponderá ao horário de expediente das 7:00 às 19:00 e das 19:00 às 7:00 em turno de 12 horas e/ ou de acordo com a escala de serviço.
- ✓ Salvo os casos de troca de plantão, devidamente documentados em livro próprio.

## **ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO ROTINA DO PLANTÃO:**

- ✓ Cobrar do enfermeiro plantonista o preenchimento da passagem de plantão;
- ✓ Fazer leitura e anotações em livro de Ordens e Ocorrências desde o último dia de trabalho na unidade; Verificar diariamente a atualização e aprazamento das prescrições médicas e de enfermagem;
- ✓ Realizar avaliação dos pacientes bem como seus registros em prontuários, incluindo evolução de enfermagem; Supervisionar o cumprimento de protocolos e checklists pelo enfermeiro plantonista;
- ✓ Realizar diariamente preenchimento dos escores indicadores, pertinentes ao setor ou conforme rotina estabelecida, realizando entrega mensal;
- ✓ Checar a programação de exames dos pacientes diariamente;
- ✓ Examinar diariamente a unidade do paciente corrigindo falhas quando houver; Realizar avaliação das lesões diariamente e solicitar parecer para comissão de curativo;
- ✓ Verificar se todos os pacientes estão com pulseira de identificação, acesso venoso, soluções, bombas infusoras e coletores devidamente identificados;

- ✓ Verificar os setores e pacientes antes da visita;
- ✓ Assegurar o cumprimento das normas de condutas dos acompanhantes nas unidades hospitalares. Supervisionar as ações dos profissionais da equipe de enfermagem;
- ✓ Atuar e coordenar o atendimento em situações de emergências;
- ✓ Receber e transmitir as normas administrativas e operacionais para o enfermeiro e técnico de enfermagem; Participar das discussões clínicas da equipe multiprofissional e repassar para a equipe de enfermagem; Prover educação continuada ministrando treinamentos e encaminhando as evidências ao coordenador do setor; Fazer pedido de insumos almoxarifado diariamente;
- ✓ Controlar o estoque de setor devolvendo ao almoxarifado itens em excesso;
- ✓ Supervisionar o setor, cobrando do técnico da rotina a organização do setor e guarda do material e na ausência mesmo, fazê-lo;
- ✓ Zelar pela organização e limpeza dos setores bem como dos leitos vagos; Solicitar e fiscalizar cronograma de limpeza;
- ✓ Orientar e avaliar a equipe na utilização adequada de equipamentos, materiais permanentes e roupas, solicitando manutenção e reposição quando necessário;

- ✓ Verificar e comunicar falhas no funcionamento dos gases, equipamentos e funcionamento da iluminação do setor;
- ✓ Providenciar a manutenção de equipamentos junto os setores competentes;
- ✓ Notificar toda e qualquer ocorrência administrativa e/ou ocorrências adversas a coordenação; Supervisionar, orientar e participar com a equipe de enfermagem, das transferências, altas e óbitos; Aplicar o processo de Enfermagem (SAE) dos pacientes internados;
- ✓ Na ausência do Enfermeiro Plantonista solicitar desinfecção terminal em caso de óbito, alta ou transferência; Solicitar e zelar pelo material de consumo e permanente da Unidade;
- ✓ Realizar conferência mensal do carro de PCR, maleta de SOS e maleta de transporte até o 10º dia de cadavê;
- ✓ Substituir o enfermeiro coordenador quando necessário e solicitado pela Gerência de enfermagem ou na ausência do mesmo.

 **ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO COORDENADOR:**

- ✓ Organizar, dirigir, supervisionar, orientar e avaliar todas as atividades de

enfermagem no setor; Manter a liderança de toda equipe sob o seu comando;

- ✓ Controlar e disciplinar as condutas do pessoal de enfermagem;
- ✓ Coordenar, supervisionar e avaliar a implantação de novas técnicas de trabalho;
- ✓ Realizar avaliação da equipe de enfermagem periodicamente, enviando-as à Gerência;
- ✓ Participar de reuniões, quando convocado;
- ✓ Participar de reuniões regulares e extraordinárias com a Gerência de Enfermagem;
- ✓ Convocar e presidir reuniões mensais com os enfermeiros e periódicas com a equipe de enfermagem; Participar de reuniões e comissões de integração com equipes multidisciplinares administrativas e assistenciais;
- ✓ Supervisionar os treinamentos encaminhando as evidências ao centro de estudos, setor de qualidade e gerência de enfermagem no prazo máximo de 10 dias;
- ✓ Apurar todas as denúncias escritas e verbalizadas, solicitando as devidas providências, nas ocorrências de serviço que se encontram superiores ao seu poder resolutivo;
- ✓ Confeccionar escalas mensais;

- ✓ Revisar junto a Gerência de enfermagem a escala mensal até o dia 20 de cada mês;
- ✓ Controlar e verificar a presença do funcionário do setor, conferindo faltas, atrasos licenças, relocando na escala de serviço sempre que necessário;
- ✓ Enviar a comunicação interna para a gerência de enfermagem imediatamente a qualquer movimentação dos colaboradores;
- ✓ Revisar ausências com a secretária da gerência conforme agendamento; Ler as anotações dos livros de relatórios, ocorrências e quadros de avisos; Solicitar materiais e equipamentos para o bom funcionamento da unidade;
- ✓ Avaliar materiais danificados, apurar as ocorrências e encaminhar a manutenção;
- ✓ Promover e manter condições favoráveis à recuperação do paciente, colaborando na prevenção de infecção; Adotar as medidas de biossegurança;
- ✓ Cumprir e fazer com que sejam cumpridas as normas e rotinas do setor e da unidade;
- ✓ Cumprir e fazer as normas estabelecidas pela CCIH;
- ✓ Atuar e coordenar atendimentos em situações de urgência;
- ✓ Supervisionar o cumprimento dos registros nos impressos de conferência de

equipamentos, materiais e medicamentos especiais;

- ✓ Atuar junto à chefia médica do setor e participar das discussões clínicas da equipe multidisciplinar;
- ✓ Realizar discussões clínicas com a equipe de Enfermagem, envolvendo os profissionais de todas as categorias; Consolidar os indicadores mensais e encaminhar ao setor responsável.

## **DEFINIÇÃO**

-Não se aplica.

## **OBSERVAÇÕES GERAIS**

- ✓ - O presidente da república, após avaliação do artigo 81, item iii, da constituição, e tendo em vista o disposto no art. 25 da lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, sobre o exercício da enfermagem, decreta no art. 8º quais são as atribuições privativas do enfermeiro (decreto n 94.406/87).
- ✓ - A enfermagem tem se destacado como a “ciência do cuidar”, tendo como principal objetivo restaurar a saúde do paciente e realizar assistência integral quando a doença não responde ao tratamento curativo. É uma das poucas

profissões na área da saúde que mescla o humano com o científico, cuidando do paciente quando enfermo, na prevenção de doenças e na produção de pesquisas preventivas. Seu foco de atuação no ambiente hospitalar é garantir a melhora da qualidade de vida, tanto para o paciente, como para seus familiares.

## **POP 23 - SONDAGEM GÁSTRICA**

### **OBJETIVO**

A sondagem gástrica tem como objetivo administrar soluções eletrolíticas e medicamentos nos pacientes que não podem ou não conseguem fazê-lo por via oral ou contraste, aliviar a distensão abdominal, drenar o conteúdo gástrico ou remover drogas e toxinas, medir o resíduo gástrico, detectar hemorragias do trato digestivo alto e mal formações digestivas ( atresia de esôfago e coanas, entre outras ), colher material para exames laboratoriais e alimentos, nos casos de unidades que estão habilitadas a realizarem .

### **PROCESSOS RELACIONADOS**

- Atendimento Cirúrgico;

- Atendimento em Emergência Adulto;
- Internação Adulto;
- Internação Obstétrica;
- Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar;
- Tratamento Intensivo Adulto.

## **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

### **Material Utilizado:**

- Sonda gástrica de adultos de acordo com tamanho; Seringa de 10 mL ou 20 mL;
- Gaze;
- Luva de procedimentos; Fita adesiva;
- Linha ou fita (cadarço); Estetoscópio;
- Fita métrica;
- Cuba rim ou coletor;
- Água destilada (ou Lidocaína gel);
- Lençol para imobilização (somente se necessário).

### Procedimento de sondagem gástrica:

- ✓ Lavar as mãos e reunir os materiais; Explicar o procedimento ao paciente;
- ✓ Calçar as luvas e higienizar boca e nariz do paciente;
- ✓ Posicionar o paciente em decúbito dorsal com a cabeça levemente fletida;
- ✓ Abrir a sonda, medir a sonda a partir do lóbulo da orelha até a ponta do nariz e deste até o apêndice xifóide emarcar com fita (se for sonda curta medir a partir da sua extremidade, e se for longa a partir do último orifício sentido do proximal-distal).
- ✓ Manter a sonda enrolada na mão deixando 5 cm da parte distal livre e lubrificá-la com água destilada ou lidocaína gel, utilizando uma gaze estéril;
- ✓ Segurar firme a cabeça do paciente e introduzir a sonda lentamente e sem forçar: quando pela narina, deslizar a sonda ao longo da base do nariz, direcionando-a para baixo; pela boca, introduzi-la direcionando-a para parte posterior da faringe;
- ✓ Flexionar a cabeça quando a sonda alcançar a faringe, pedindo para o paciente engolir; Só restringir se o paciente não cooperar, mesmo após o preparo para o

procedimento;

- ✓ Se houver resistência, presença de cianose, tosse, bradicardia ou apnéia retirar a sonda e recomeçar;
- ✓ Testar a posição da sonda aspirando ao suco gástrico, injetando ar e auscultando os ruídos hidroaéreos (20 mL para adultos) e mergulhando a sonda em um copo com água para identificar borbulhas ( se presente, a sonda pode estar locada nos pulmões);
- ✓ Fixar sonda, após certificar-se da sua localização, com a fita adesiva e/ou cadarço. O cadarço é amarrado à sonda e preso com fita adesiva ao nariz, no caso de sonda nasogástrica, ou acima do lábio superior, se orogástrica;
- ✓ Medir a parte externa da sonda a partir da narina ou boca ate a ponta distal e registrar na evolução de enfermagem.

## **DEFINIÇÃO**

Procedimento invasivo onde uma sonda nasogástrica é introduzida pela narina ou pela boca com técnica própria posicionando-se a proximidade distal no estômago.

## **OBSERVAÇÕES GERAIS**

### Cuidados de Enfermagem com a sonda gástrica:

- ✓ A sondagem gástrica poderá ser pela via de acesso nasal (nasogástrica) ou oral (orogástrica) que deverá ser avaliado o tempo de permanência proposto para sondagem e a facilidade no manuseio;
- ✓ Tranqüilizar o paciente na hora da execução do procedimento, obtendo-se também maior colaboração e estabelecer vínculos;
- ✓ Manter sempre a higienização do procedimento para diminuir os microorganismos e evitar infecções, economizando tempo e movimentos;
- ✓ Cuidados com a manutenção das sondas de curta permanência com a troca a cada 72 horas, rodízio das narinas, fazer higiene oral e da narina junto à sonda;
- ✓ Se for o caso de sonda aberta, posicionar o coletor de secreções na altura da cabeça; no caso de sonda fechada, verificar o resíduo gástrico antes de administrar medicações ou dietas;
- ✓ Sempre checar a posição da sonda antes de administrar as medicações que deve ser feita lentamente e paradietas lentamente ou pela ação da gravidade ou gota-gota;
- ✓ Lavar a sonda após administrar a dieta e/ou medicamento com água filtrada ( 20 mL para adultos); Pinçar a sonda sempre que conectar ou desconectar equipos

e/ou seringas;

- ✓ Lubrificar lábios e narinas com frequência;
- ✓ Anotar o volume da dieta infundido, bem como do resíduo gástrico observado;  
Posicionar o paciente em decúbito lateral direito ou dorsal elevado para receber a dieta;-No momento da remoção da sonda, pinçá-la e retirá-la rapidamente;
- ✓ Assim que acabar o procedimento recolher o material utilizado, lavar as mãos saindo do leito e checar o procedimento anotando as observações, intercorrências e reações.

## **POP 24-SUTURA**

### **OBJETIVO**

É promover o fechamento das bordas, para que ocorra a cicatrização dos tecidos moles que foram incisados, como também das estruturas subjacentes. Se o retalho não for aproximado, a área cirúrgica estará sujeita à ação de fatores irritantes que poderão prejudicar a homeostasia da região.

### **PROCESSOS RELACIONADOS**

- ✓ Atendimento Cirúrgico;

- ✓ Atendimento em Emergência Adulto;
- ✓ Atendimento em Emergência Obstétrico;
- ✓ Atendimento em Emergência Pediátrico;
- ✓ Atendimento Neonatal;
- ✓ Internação Adulto;
- ✓ Internação Obstétrica;
- ✓ Internação Pediátrica
- ✓ Processos Pré Analíticos, Analíticos e Pós Analíticos;
- ✓ Segurança do Paciente;
- ✓ Tratamento Intensivo Adulto;
- ✓ Tratamento Intensivo Pediátrico.

## **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

O processo deve ser realizado por equipe multiprofissional composta por:

### **Técnico em enfermagem**

- ✓ Acolhe e orienta o fluxo aos pacientes, familiares e/ou responsável;
- ✓ Encaminha paciente a sala de classificação de risco;

- ✓ Acolhe o paciente e o encaminha a sala de sutura juntamente com o Maqueiro quando necessário;
- ✓ Realiza a limpeza do ferimento e preparo da mesa com materiais necessários para a realização do procedimento;
- ✓ Comunicado o clínico ou pediatra sobre o paciente;
- ✓ Auxilia o médico na realização do procedimento;
- ✓ Orienta o fluxo aos pacientes e /ou familiares;
- ✓ Realiza a identificação do paciente com pulseira;
- ✓ Realizam o registro de informações do usuário no sistema;
- ✓ Entregam o B.A.M. manual em caso de queda do sistema para a classificação de risco.

#### **Enfermeiro**

- ✓ Realiza avaliação do ferimento na classificação de risco ou na sala de sutura;
- ✓ Realiza a classificação de risco;
- ✓ Realiza aferição de sinais vitais e demais exames de apoio quando necessário.

## Médico

- ✓ Realiza a consulta médica de forma holística;
- ✓ Avalia o ferimento e a possibilidade de realizar o procedimento na unidade.;
- ✓ Solicita exames de acordo com indicação clínica;
- ✓ Reavalia paciente após realização do procedimento;
- ✓ Orienta os pacientes a buscarem UBS pra retirada de pontos.

## Maqueiros

- ✓ Transportam o paciente conforme orientação do técnico do acolhimento;
- ✓ Encaminham o paciente para a classificação de risco e sala de sutura.

## **PROCEDIMENTO**

- ✓ Paciente entra com corte necessitando de sutura, o mesmo deverá ser acolhido prontamente e acompanhado para a sala de sutura pelo técnico de enfermagem que se encarregará de chamar o técnico volante para conduzir o caso. É de extrema importância a aferição de PA desse Paciente seja no acolhimento ou na sala de sutura;

- ✓ Caso o paciente não possa fornecer os dados a equipe deverá solicitar os dados ao acompanhante para realização do cadastro;
- ✓ Caso o paciente esteja sozinho o auxiliar administrativo deverá ser chamado até a sala de sutura a fim de colher os dados para realização do cadastro. É de extrema importância acolher esse cliente para que possa gerar BAM e o médico possa registrar seu atendimento;
- ✓ Na sala de sutura a enfermagem deverá preencher o livro de sutura de forma padrão a seguir:
  1. Nome completo do Paciente (Sem abreviatura);
  2. Número do BAM: Hora do atendimento;
  3. Data Nascimento;
  4. Idade;
  5. Local, tipo da lesão e fio utilizado;
  6. Nome do profissional que realizou a sutura;
  7. Destino do cliente;
  8. Observações Importantes.
- ✓ Realizar o Check List da sala de sutura para melhor controle dos materiais. (Técnico

volante), sob supervisão do enfermeiro Líder.

## **DEFINIÇÃO**

União cirúrgica dos bordos de uma ferida ou de uma solução de continuidade de tecidos ou de outras estruturas orgânicas, executada com fios de diferentes tipos e materiais, ou ainda por meio de agrafes.

## **OBSERVAÇÕES GERAIS**

Não se aplica.

## **POP 25 - TROMBÓLISE**

### **OBJETIVO**

Promover a dissolução do trombo sanguíneo através de um fármaco.

### **PROCESSOS RELACIONADOS**

- ✓ Atendimento Cirúrgico;

- ✓ Atendimento em Emergência Adulto;
- ✓ Atendimento em Emergência Obstétrico;
- ✓ Atendimento em Emergência Pediátrico;
- ✓ Atendimento Neonatal;
- ✓ Internação Adulto;
- ✓ Internação Obstétrica;
- ✓ Internação Pediátrica;
- ✓ Processos Pré Analíticos, Analíticos e Pós Analíticos;
- ✓ Tratamento Intensivo Adulto;
- ✓ Tratamento Intensivo Pediátrico.

## **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

Indicação e Contraindicação

### **Indicação:**

Infarto Agudo do Miocárdico

### **Contraindicação:**

Assim como todos os agentes trombolíticos, o trombolítico, não deve ser usado nos casos em quehouver alto risco de hemorragia.

## **ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PRÉ-PROCEDIMENTO**

Não se aplica.

## **MATERIAL NECESSÁRIO**

- ✓ Luvas de procedimento;
- ✓ Agulhas descartáveis;
- ✓ Seringas descartáveis;
- ✓ Bomba infusora;
- ✓ Equipo da mesma.

## **DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES ALTEPLASE**

- ✓ Realizar o procedimento somente na SALA VERMELHA;
- ✓ O Acesso venoso te que ser exclusivo, não pode ser administrado com outras drogas.

## **DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES – PREPARO DO MEDICAMENTO**

- ✓ Cuidados de armazenamento:
  - ✓ *Frasco fechado:* temperatura ambiente;

- ✓ *Solução preparada:* até 24 horas na geladeira de 2 a 8 graus ou 8 horas fora da geladeira na temperatura inferior a 30 graus.
  
- ✓ Reconstituição da solução:
  - ✓ Dois frascos de 50 mg;
  - ✓ Dissolver o conteúdo de 01 frasco de Alteplase liofilizado (50mg) com 50 ml de água para injeção esterilizada. O frasco já vem com o diluente próprio;
  - ✓ Retirar a proteção de uma das extremidades da cânula para inseri-la primeiramente no frasco contendo o diluente para a uniformização da solução;
  - ✓ A seguir, retirar a proteção de outra extremidade da cânula para conectar o frasco contendo Alteplase;
  - ✓ Inverter a posição do frasco conectado, de modo a transferir todo o diluente para o frasco contendo Alteplase;
  - ✓ Após a transferência, desconectar o frasco do diluente e a cânula, e agitar suavemente para uniformizar;
  - ✓ Não agitar o frasco vigorosamente para evitar formação de espuma;
  - ✓ Observação: a solução reconstituída pode ser diluída com solução salina fisiológica estéril (0,9%) até a concentração de 0,2 mg/ml de Alteplase;

- ✓ A solução reconstituída não pode ser diluída em soro glicosado ou água para injeção, devido a formação de turbidez.

## **DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES – ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO**

### INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO ADMINISTRAÇÃO ACELERADA

*(até 6 horas após o início dos sintomas)*

*Em pacientes com peso corpóreo > ou = a 65 kg Dose total: 100mg em 90 min.*

- ✓ Administrar 15ml (15mg) da solução de alteplase em bolus por via exclusiva endovenosa de 1 a 2 minutos; guardar os 35 mg restantes;
- ✓ Infundir 50 ml (50mg) da solução de alteplase endovenosa durante 30 minutos em bomba infusora;
- ✓ Administrar os 35 ml (35mg) restantes do 1 frasco durante 60 minutos em bomba infusora.

### **ADMINISTRAÇÃO ACELERADA**

*(até 6 horas após o IAM)*

*Em pacientes com peso corpóreo, < a 65 kg*

*Dose total: 15mg+ 0,75mg/kg+0,50mg/kg até 100 mg em 90 min.*

- ✓ Administrar 15ml (15mg) da solução de alteplase em bolus por via exclusiva endovenosa de 1 a 2 minutos;
- ✓ Infundir 0,75mg/kg (não exceder 50mg) durante 30 minutos em bomba infusora;
- ✓ Administrar 0,50mg/kg (não exceder a 35mg) durante 60 minutos em bomba infusora.

### **ADMINISTRAÇÃO CONVENCIONAL**

*(Entre 6 a 12 horas após o início dos sintomas) Dose total: 100mg durante 3 horas.*

- ✓ Administrar 10ml (10mg) da solução de alteplase em bolus, por via exclusiva endovenosa de 1 a 2 minutos;
- ✓ Infundir 50ml(50mg) do frasco em 60 minutos em bomba infusora;
- ✓ Infundir 40ml(40mg) do frasco em 120 minutos em bomba infusora.

### **TROMBOLÍTICO**

É um ativador recombinante do plasminogênio específico para fibrina, derivado do ativador do plasminogênio tecidual (t-PA) humano por meio de modificações nas posições T, N e K da estrutura proteico (figura 1). O tenecteplase liga-se à fibrina do coágulo e, seletivamente converte o plasminogênio em plasmina, a qual degrada a

matriz de fibrina do coágulo. Esta molécula apresenta maior especificidade à fibrina e maior resistência à inativação por seu inibidor endógeno (PAI - 1) comparado ao t-PA humano, o que aumenta sua meia-vida plasmática.

## **METAS DE TEMPO**

Trombólise pode ser realizada em até 12 horas do início dos sintomas, mas quanto antes melhor. TEMPO É MÚSCULO!

- ✓ Meta de tempo porta-agulha: 30 minutos;
- ✓ METALYSE pode ser aplicado no ambiente pré-hospitalar.

## **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

- ✓ Dor torácica;
- ✓ ECG indicando IAM com supra de ST ou novo BRE (bloqueio de ramo esquerdo).

## **CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS**

- ✓ AVC hemorrágico;
- ✓ AVC isquêmico nos últimos 6 meses;

- ✓ Lesão, neoplasia de SNC ou má formação atriventricular;
- ✓ Grande trauma/cirurgia/lesão craniana nas últimas 3 semanas;
- ✓ Sangramento gastrointestinal no último mês;
- ✓ Hemorragia ativa (exceto menstruação);
- ✓ Dissecção de aorta;
- ✓ Biópsia em local não estancável nas últimas 24h (ex. fígado).

#### **CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS**

- ✓ AIT nos últimos 6 meses;
- ✓ Anticoagulação oral;
- ✓ Gestação;
- ✓ Hipertensão refratária (PAS > 180 e/ou PAD > 110 mmHg);
- ✓ Doença hepática avançada;
- ✓ Endocardite infecciosa;
- ✓ Úlcera péptica.

## CUIDADOS PÓS-TROMBÓLISE

- ✓ Garantir a estabilidade hemodinâmica do paciente e avaliar a reperfusão;
- ✓ Monitorar sinais vitais como frequência cardíaca, pressão arterial e saturação arterial de oxigênio;
- ✓ Avaliar a dor torácica: atenção para melhora ou piora;
- ✓ Repetir o ECG: a cada 30 até 90 minutos após a administração de fibrinolítico ou em qualquer momento de alteração clínica na intensidade da dor;
- ✓ A reperfusão do vaso é acompanhada de um ou mais sinais como: melhora da dor, redução de pelo menos 50% do supradesnivelamento do segmento ST ao ECG, ou melhora de arritmias;
- ✓ Realização de angioplastia de resgate é indicada em caso de instabilidade hemodinâmica, persistência de dor supra de ST ao ECG após 90 minutos ou ainda arritmia grave e refratária.

<b>Peso do Pacient</b>	<b>Tenect eplase (U)</b>	<b>Tenecteplas e(MG)</b>	<b>Volume correspondente à solução reconstituída</b>
--------------------------------	----------------------------------	------------------------------	--

e (KG)			(mL)
< 60	6.000	30	6
60 a <70	7.000	35	7
70 a <80	8.000	40	8
80 a <90	9.000	45	9
>_ 90	10.000	50	10

\*ESCOLHA A APRESENTAÇÃO DE 40 mg OU 50 mg DE ACORDO COM O PESO DO PACIENTE.

### PONTOS CRÍTICOS

- ✓ A Pressão arterial deverá ser aferida durante e até 24 horas após o tratamento;
- ✓ Atentar para o risco de hemorragia;

## **RESULTADOS ESPERADOS**

- ✓ Reversão do quadro clínico.

## **REGISTRO**

- ✓ Registrar o procedimento realizado no prontuário/folha de prescrição e/ou via sistema e no livro de ocorrências da sala vermelha.

## **DEFINIÇÃO**

Administração de trombolítico por via venosa no tratamento Infarto Agudo do Miocárdico.

## **OBSERVAÇÕES GERAIS**

Itens de verificação para administração segura de medicamentos:

### Paciente certo

- ✓ Perguntar ao paciente, o nome completo dele, antes de administrar o medicamento e utilize no mínimo dois identificadores para confirmar o paciente certo;

- ✓ Verificar se o paciente corresponde ao Nome identificado na pulseira, no leito e no prontuário;
- ✓ Evitar dentro do possível, que dois pacientes com o mesmo nome fiquem internados simultaneamente no mesmo quarto ou enfermaria.

Obs: Caso o paciente apresente baixo nível de consciência, impossibilitando-o de confirmar o nome completo, a equipe assistencial deverá conferir o nome do paciente descrito na prescrição com a pulseira de identificação, devendo associar pelo menos mais dois identificadores diferentes.

#### Medicamento certo

- Receber os medicamentos dispensados pela farmácia conferindo juntamente se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito;
- O nome do medicamento deve ser confirmado com a prescrição antes de ser administrado;
- Conferir se o paciente não é alérgico ao medicamento prescrito;
- Identificar o paciente alérgico no prontuário, na placa de identificação e na pulseira de

alergia.

- Via Certa
  
- ✓ Identificar a via de administração prescrita;
  
- ✓ Verificar se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento;
  
- ✓ Lavar as mãos antes do preparo e administração do medicamento;
  
- ✓ Verificar se o diluente (tipo e volume) foi prescrito e se a velocidade de infusão foi estabelecida, analisando sua compatibilidade com a via de administração e com o medicamento em caso de administração de por via endovenosa;
  
- ✓ Avaliar a compatibilidade do medicamento com produtos para a saúde utilizados para a sua administração (seringas, cateteres, sondas, equipes e outros);
  
- ✓ Identificar no paciente qual a conexão correta para a via de administração prescrita;
  
- ✓ -Realizar a antissepsia do local da aplicação para administração de medicamentos por via parenteral, quando for o caso;

- ✓ -Esclarecer todas as dúvidas com a supervisão de enfermagem, prescritor ou farmacêutico.
  
- Hora Certa
  
- ✓ Preparar o medicamento de modo a garantir a sua administração seja feita sempre no horário correto, para garantir adequada resposta terapêutica;
  
- ✓ Preparar o medicamento no horário oportuno e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade;
  
- ✓ A antecipação ou o atraso da administração em relação ao horário predefinido somente poderá ser feito como consentimento do enfermeiro e do prescritor;
  
- ✓ Obs: levar a medicação em bandejas separadas por paciente.
  
- Dose Certa
  
- ✓ Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento;
  
- ✓ Certificar de que a infusão programada é a prescrita para aquele paciente;
  
- ✓ Verificar a unidade de medida utilizada na prescrição;

- ✓ Conferir a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das bombas de infusão contínua em caso de medicamentos em infusão contínua;
- ✓ Realizar dupla checagem dos cálculos para o preparo e programação de bomba para administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância;
- ✓ Em caso de dúvidas ou medidas imprecisas (colher de chá, colher de sopa, ampola), consultar o prescritor e solicitar a prescrição de uma unidade de medida do sistema métrico.

Obs: “Não deverão ser administrados medicamentos em caso de prescrições vagas. (Solicitar complementação do prescritor em caso de orientações vagas”, tais como “fazer se necessário”, “conforme ordem médica” ou “a critério médico”).

- Registro certo da administração
- ✓ Registrar na prescrição o horário da administração do medicamento;
- ✓ Checar o horário da administração do medicamento a cada dose;
- ✓ Registrar todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos (adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos).

- Orientação correta
  - ✓ -Orientar e instruir o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização;
  - ✓ Garantir ao paciente o direito de conhecer o aspecto (cor e formato) dos medicamentos que está recebendo, a frequência com que será ministrado;
  - ✓ Esclarecer dúvidas sobre a razão da indicação do medicamento, sua posologia ou outra informação antes de administrá-lo ao paciente junto ao prescritor.
  
- Forma Certa
  - ✓ Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via de administração prescrita e se elas estão apropriadas à condição clínica do paciente;
  - ✓ Sanar as dúvidas relativas à forma farmacêutica e a via de administração

prescrita junto ao enfermeiro, farmacêutico ou prescritor.

- Resposta Certa
- ✓ -Manter clara a comunicação com o paciente e/ou cuidador;
- ✓ Observar cuidadosamente o paciente e relato do mesmo e/ou cuidador para identificar, se o medicamento teve o efeito desejado, incluindo respostas diferentes do padrão usual;
- ✓ Registrar em prontuário e informar ao prescritor, todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperado para o medicamento;
- ✓ Registrar todos os parâmetros de monitorização adequados (sinais vitais, glicemia capilar).

## **POP 26- HIGIENE ORAL DO PACIENTE INTUBADO SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA**

### **OBJETIVO**

- ✓ Evitar infecções nos pacientes reduzindo a quantidade de microorganismos bucais;

- ✓ Prevenir e controlar a contaminação da traquéia;
- ✓ Manter a integridade da mucosa bucal; Proporcionar conforto ao paciente;
- ✓ Prevenir a formação de úlceras.

## **PROCESSOS RELACIONADOS**

- Atendimento em Emergência Adulto;
- Atendimento em Emergência Obstétrico;
- Atendimento em Emergência Pediátrico;
- Internação Adulto;
- Internação Cirúrgica;
- Internação Obstétrica;
- Internação Ortopédica;
- Internação Pediátrica;
- Tratamento Intensivo Adulto;
- Tratamento Intensivo Pediátrico.

## DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

### Material utilizado para higiene oral:

- Bandeja ou cuba rim Álcool à 70%;
  - Álcool glicerinado à 70%;
  - Solução antisséptica;
  - Espátulas envoltas em gazes;
  - Seringa 10cc;
  - Copo com água (caso o paciente esteja consciente);
  - Sonda para aspiração compatível com o paciente;
  - Gaze não estéril;
  - Cânula de Guedel (caso necessário);
  - Luvras de procedimentos;
  - Cadarço;
  - Papel toalha;
  - Lâmina de bisturi;
  - Equipamentos de proteção individual (EPI): gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção
- Avental ou capote não-estéril;

- Água destilada ou soro fisiológico;
- Aparelho de aspiração portátil ou fonte de vácuo em rede;
- Frasco de vidro de aspiração;
- Válvula redutora de pressão para rede de vácuo;
- Frasco coletor de secreções descartável preferencialmente e na sua ausência a extensão descartável para aspiração (borracha de aspiração).

**Procedimento:**

- Ler a prescrição do paciente;
- Realizar higienização das mãos com água e sabão; Separar uma bandeja ou cuba rim para o procedimento;
- Fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando a secagem espontânea;
- Higienizar as mãos com álcool a 70% glicerinado;
- Separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- Levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;

- Checar os dados de identificação na pulseira do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;
- Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento, colocando-o em semi-fowler quando consciente ou lateralizando a cabeça quando inconsciente;
- Higienizar as mãos com álcool a 70% glicerinado;
- Colocar equipamentos de proteção individual: capote, gorro, máscara, óculos e luva de procedimento;
- Proteger o tórax do paciente com papel toalha;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Verificar se o Cuff da cânula endotraqueal está rigorosamente insuflado, e se há presença de sangramento;
- Retirar o cadarço cuidadosamente, se necessário utilizar a lâmina de bisturi;
- Colocar cânula de Guedel (se necessário);
- Umedecer espátulas envoltas com gazes e em solução antisséptica bucal;
- Limpar língua, bochechas, palato, lábios, dentes e gengivas;
- Abrir o invólucro da sonda de aspiração, mantendo-a dentro da embalagem;

- Conectar a sonda ao sistema de aspiração;
- Abrir a fonte de vácuo ou ligar o aparelho portátil de aspiração;
- Instalar solução antisséptica diluída em água, utilizando seringa;
- Realizar a aspiração da cavidade oral, introduzindo a sonda com o sistema de aspiração pinçado;
- Realizar a aspiração da cavidade oral, em movimentos suaves, regulares e circulares não superiores há 30 segundos;
- Lavar o sistema com 20ml de água destilada para manter a permeabilidade;
- Desprezar a sonda utilizada;
- Fechar a fonte de vácuo ou desligar o aparelho portátil de aspiração;
- Enxugar os lábios e região perilabial;
- Retirar os EPI's utilizados;
- Higienizar as mãos com álcool à 70% glicerinado;
- Deixar o paciente confortável;
- Recolher o material, desprezar o material em local apropriado, organizar a unidade e o paciente;
- Realizar higienização das mãos com água e sabão;

- Realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente.

## **DEFINIÇÃO**

É a remoção mecânica de sujidade da cavidade oral, garantindo a higiene oral e o conforto do paciente.

## **OBSERVAÇÕES GERAIS**

### **INTERCORRÊNCIAS:**

- Extubação Acidental;Lesão de Mucosa;
- Imagem 1- Frasco de vidro de aspiração e válvula redutora de pressão para rede de vácuo.

Fonte: Google imagens acesso maio/2014



Imagem 2 - Frasco de aspiração de vias aéreas descartável.

Fonte: Google imagens acesso maio/2014



Imagem 3 - Extensão (borracha) descartável para aspiração. Fonte: Google imagens <

extensão para aspiração

Fonte: Google imagens acesso maio/2014



## **POP 27 -COLETA DE SANGUE E URINA**

### **OBJETIVO**

Estabelecer os procedimentos operacionais baseados nas recomendações da sociedade brasileira de patologia clínica /medicina laboratorial para coleta de sangue venoso e para coleta de urina nos pacientes atendidos na Unidade.

## **PROCESSOS RELACIONADOS**

- Atendimento Ambulatorial;
- Atendimento em Emergência Adulto;
- Atendimento em Emergência Obstétrico;
- Atendimento em Emergência Pediátrico;
- Internação Adulto;
- Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar;
- Processos Pré Analíticos, Analíticos e Pós Analíticos.

## **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

### Material Utilizado para coleta de sangue:

- Álcool 70%Algodão;
- Seringas de 5ml / 10ml;
- Agulhas à vacuo (25x8 - 25x7) / agulhas para seringa ( 25x7 - 20x55) / scalpels (21 - 23
- 25)Garrote / luvas / descartex para perfuro cortante;

- Tubos para coleta de sangue.

Obs.: Todo o material que é identificado fora do padrão de qualidade ou com algum defeito visível é imediatamente avisado e devolvido para o setor de Compras para tomar as devidas providências junto ao fornecedor.

#### Descrição da Técnica:

- Lavar as mãos;
- Reunir o material e levar ao leito do cliente; Checar a pulseira de identificação do paciente;
- Orientar o cliente e/ou o acompanhante sobre o que será feito; Colocar o cliente em decúbito dorsal, elevado 45°;
- Colocar os EPI's;
- Posicionar o torniquete com o laço para cima, a fim de evitar a contaminação da área de punção;
- Não aplicar o procedimento de “bater na veia com dois dedos”, no momento de seleção venosa. Este tipo de procedimento provoca hemólise capilar e, portanto, altera o resultado de certos analitos;

- Se o torniquete for usado para seleção preliminar da veia, fazê-lo apenas por um breve momento, pedindo ao paciente para abrir e fechar a mão. Localizar a veia e, em seguida, afrouxar o torniquete. Esperar 2 minutos para usá-lo novamente;
- O torniquete não é recomendado para alguns testes como lactato ou cálcio, para evitar alteração do resultado; Aplicar o torniquete cerca de 8 cm acima do local da punção para evitar a contaminação do local;
- Não usar o torniquete continuamente por mais de 1 minuto, já que poderia levar a hemoconcentração e falsos resultados em certos analitos;
- Ao garrotear, pedir ao paciente que feche a mão para evidenciar a veia;
- Não apertar intensamente o torniquete, pois o fluxo arterial não deve ser interrompido;
- O pulso deve permanecer palpável;
- Trocar o torniquete sempre que houver suspeita de contaminação;
- Caso o torniquete tenha látex em sua composição, deve-se perguntar ao paciente se ele tem alergia a este componente;
- Caso o paciente seja alérgico ao látex, não se deve usar este material para o garroteamento;
- Usar gaze com solução de álcool 70%;

- Limpar o local com um movimento circular do centro para a periferia;
- Permitir a secagem da área por 30 segundos, para evitar hemólise da amostra, e também a sensação de ardência quando o braço do paciente for puncionado;
- Não assoprar, não abanar e não colocar nada no local; Não tocar novamente na região após a antissepsia;
- Abrir o lacre da agulha de coleta múltipla de sangue a vácuo em frente ao paciente;
- Aspirar devagar o volume necessário de acordo com a quantidade de sangue requerida na etiqueta dos tubos a serem utilizados (respeitar ao máximo a exigência da proporção sangue/ aditivo);
- Aspirar o sangue evitando bolhas e espuma, e com agilidade, pois o processo de coagulação do organismo do paciente já foi ativado no momento da punção;
- Fechar o tubo e homogeneizar, invertendo-o suavemente de 5 a 10 vezes de acordo com o tubo utilizado;
- Orientar o paciente para que não dobre o braço, não carregue peso ou bolsa a tiracolo no mesmo lado da punção por, no mínimo, 1 hora e não mantenha manga dobrada, que pode funcionar como torniquete;
- Verificar se há alguma pendência, dando orientações adicionais ao paciente, se for

necessário;

- Certificar-se das condições gerais do paciente perguntando se está em condições de se locomover sozinho, liberá-lo;
- Colocar as amostras em local adequado ou encaminhá-las imediatamente para processamento em casos indicados de acordo com o procedimento do laboratório;
- Recompôr o cliente e a unidade; Recolher o material;
- Retirar as luvas;
- Realizar a lavagem das mãos;
- Anotar o procedimento em impresso próprio, no prontuário do cliente.

Procedimento com o paciente sentado:

- Pedir ao paciente que se sente confortavelmente numa cadeira própria para coleta de sangue;
- Recomenda-se que a cadeira tenha apoio para os braços e evite quedas, caso o paciente venha a perder a consciência;
- Cadeiras sem braços não fornecem o apoio adequado para o braço, nem protegem pacientes nestes casos;

- Recomenda-se que a posição do braço do paciente no descanso da cadeira, seja inclinado levemente para baixo e estendido, formando uma linha direta do ombro para o pulso. O braço deve estar apoiado firmemente pelo descanso e o cotovelo não deve estar dobrado. Uma leve curva pode ser importante para evitar hiperextensão do braço.

#### Procedimento para paciente acomodado em leito:

- Solicitar ao paciente que se coloque em posição confortável;
- Caso esteja em posição supina e seja necessário um apoio adicional, coloque um travesseiro debaixo do braço do qual será coletada a amostra;
- Posicione o braço do paciente inclinando levemente para baixo e estendido, formando uma linha direta do ombro para o pulso. Caso esteja em posição semi-sentado, o posicionamento do braço para coleta torna-se relativamente mais fácil.

#### Material utilizado para coleta de urina:

- Luvas;
- Bolsa coletora infantil descartável;
- Tubo para coleta de urina.

Obs.: Todo o material que é identificado fora do padrão de qualidade ou com algum defeito

visível é imediatamente avisado e devolvido para o setor de Compras para tomar as devidas providências junto ao fornecedor.

Descrição da Técnica:

- Lavar as mãos;
- Reunir o material e levar ao leito do cliente; Checar a pulseira de identificação do paciente;
- Orientar o cliente e/ou o acompanhante sobre o que será feito; Colocar o cliente em decúbito dorsal, elevado 45°;
- Colocar os EPI's;
- Realizar a higiene da região genital com água e sabão;
- Desprezar o primeiro jato de urina, abrir o pote para coleta, urinar e armazenar a urina;
- Para crianças que irão utilizar o saco coletor, orientar ao responsável que o mesmo poderá permanecer em contato com a genitália por no Maximo 30 minutos. Caso a criança não consiga realizar a eliminação vesical, enfermagem devesa desprezar o saco coletor e fornecer outro para a colocação;
- Após a eliminação a enfermagem devesa transferir a urina para o tubo de urina, identificar e encaminhar ao laboratório;
- No caso de coleta de urina pela sonda vesical de alivio, devesa utilizar os seguintes materiais:

Material Utilizado:

- Superfície fixa ou mesa auxiliar;Luva estéril (três pares);
- 01 cateter vesical de alívio compatível com o meato uretral da criança;
- 01 tubo de lubrificante hidrossolúvel estéril (xylocaína gel);
- 01 seringa de 10 ou 20 ml;
- 01 campo estéril;
- 01 bandeja para cateterismo vesical estéril;01 tubo de urina;
- 03 pacotes de gaze estéril;
- Material para higiene íntima (masculina e feminina);
- Solução antisséptica (Polvidine tópico ou clorexidina aquosa);
- 01 impermeável ou oleado;
- 01 lençol;
- Equipamentos de proteção individual (gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção, avental e/ou capotecirúrgico);
- Biombo;

Descrição da Técnica:

- Ler a prescrição médica; Realizar higienização das mãos;Separar o material;
- Apresentar-se ao paciente e acompanhante;Checar a identificação do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;

Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;

- Colocar equipamentos de proteção individual: gorro, máscara, capote não-estéril e óculos de proteção;

- Calçar as luvas de procedimento;

- Realizar a higiene genital;

- Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento:

- Meninos: decúbito dorsal;

- Meninas: decúbito dorsal com membros inferiores fletidos.

- Abrir todos os materiais sobre o campo esterilizado, se o procedimento for realizado por apenas um profissional;

- Utilizar técnica asséptica;

- Colocar a solução antisséptica na cuba redonda, mantendo uma distância segura para evitar contaminação;

- Calçar a luva estéril;

- Preencher uma seringa com lubrificante hidrossolúvel (xylocaína gel) quando pacientes do sexo masculino, com ajuda de outro profissional;

#### Cateterismo Vesical feminino:

- Iniciar antissepsia com movimento unidirecional de cima para baixo, desprezando a gaze ao final de cada região seguindo a ordem: monte de Vênus, grandes lábios do lado

distal para o proximal;

- Afastar com a mão não dominante, os grandes lábios e com a mão dominante proceder antissepsia dos pequenos lábios do lado distal para o proximal;

- Manter os grandes lábios afastados com a mão não dominante de forma a visualizar o meato uretral e proceder a antissepsia do mesmo, de cima para baixo (com a mão dominante);

- Lubrificar a extremidade distal do cateter com lubrificante hidrossolúvel (xilocaína-gel);-

Introduzir o cateter observando o retorno urinário;

- Observar casos de falso trajeto;

- Recolher a amostra da urina no Tubo de coleta de urina; Identificar o material;

- Desprezar o material em local apropriado; Retirar as luvas;

- Lavar as mãos;

- Encaminhar o material para o laboratório; Realizar as anotações de enfermagem.

#### Cateterismo vesical masculino:

- Colocar o paciente em decúbito dorsal;

- Afastar o prepúcio com a mão não dominante expondo a glândula e o meato urinário, com auxílio de uma gaze; Realizar antissepsia com a solução antisséptica em movimentos circulares na glândula e unidirecionais de cima para baixo no corpo do pênis;

- Tracionar o pênis perpendicularmente ao corpo para retificar a uretra;

- Injetar 10 a 20 ml de lubrificante hidrossolúvel (xylocaína gel estéril) no meato urinário e com a mão não dominante (a que segura o pênis), pressionar a glândula por 1 min, a fim de evitar refluxo da geléia;
- Aguardar de 3 a 5 minutos para o efeito anestésico do gel; Introduzir o cateter observando o retorno urinário;
- Recobrir a glândula com o prepúcio em caso de paciente não circuncidado;
- Recolher a amostra da urina no Tubo de coleta de urina;
- Identificar o material;
- Desprezar o material em local apropriado;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Encaminhar o material para o laboratório; Realizar as anotações de enfermagem.

Após Execução do Procedimento:

- Colocar o paciente em posição confortável; Manter a organização da unidade do paciente;
- Desprezar o material utilizado nos locais apropriados; Realizar higienização das mãos;
- Realizar o registro do procedimento e as intercorrências (se ocorrerem), na folha de prescrição e no prontuário, assinar e carimbar.

## **DEFINIÇÃO**

É um conjunto de procedimentos e cuidados que tem por finalidade realizar a coleta de sangue e/ou urina em um paciente sob tratamento médico, com o máximo de segurança e controle de riscos.

## **OBSERVAÇÕES GERAIS**

- Locais de Escolha para Venopunção;
- A escolha do local de punção representa uma parte vital do diagnóstico. Existem diversos locais que podem ser escolhidos para a venopunção, apontados abaixo nas figuras 1 e 2. Embora qualquer veia do membro superior que apresente condições para coleta possa ser puncionada, as veias basílica mediana e cefálica são as mais frequentemente utilizadas. A veia basílica mediana costuma ser a melhor opção, pois a cefálica é mais propensa à formação de hematomas.
- Já no dorso da mão, o arco venoso dorsal é o mais recomendado por ser mais calibroso, porém a veia dorsal do metacarpo também poderá ser puncionada.

### Áreas a evitar:

- Áreas com terapia ou hidratação intravenosa de qualquer espécie;
- Locais com cicatrizes de queimadura;
- Membro superior próximo ao local onde foi realizada mastectomia, cateterismo ou

qualquer outro procedimento cirúrgico;

- Áreas com hematomas;

- Fístulas artério-venosas;

- Veias que já sofreram trombose porque são pouco elásticas, pode parecer um cordão e têm paredes endurecidas;

#### Técnicas para evidenciação da veia:

- Pedir para o paciente abaixar o braço e fazer movimentos suaves de abrir e fechar a mão;

- Massagear delicadamente o braço do paciente (do punho para o cotovelo);

- Fixação das veias com os dedos nos casos de flacidez;

- Equipamentos ou dispositivos que facilitam a visualização de veias ainda não são de uso rotineiro e são pouco difundidos;

- Recomendação da seqüência dos tubos a vácuo na coleta de sangue venoso de acordo com a nccls;

- Existe uma possibilidade pequena de contaminação com aditivos de um tubo para outro, durante a troca de tubos, no momento da coleta de sangue. Por isso, foi estabelecida pela NCCLS uma ordem de coleta;

- Esta contaminação pode ocorrer numa coleta de sangue venoso quando:

- Na coleta de sangue a vácuo, o sangue do paciente entra no tubo e se mistura ao

ativador de coágulo ou anticoagulante, podendo contaminar a agulha distal, (recoberta pela manga de borracha da agulha de coleta múltipla de sangue a vácuo), quando a mesma penetra a rolha do tubo;

- Na coleta com seringa e agulha, pelo contato da ponta da seringa com o anticoagulante ou ativador de coágulo na parede do tubo, quando da dispensação do sangue dentro do tubo.

#### Sequência de coleta para tubos plásticos de coleta de sangue:

- Frascos para hemocultura;
- Tubos com citrato (tampa azul claro);
- Tubos para soro com Ativador de Coágulo, com ou sem Gel Separador (tampa vermelha ou amarela). Tubos com Heparina com ou sem Gel Separador de plasma (tampa verde);
- Tubos com EDTA (tampa roxa). Tubos com fluoreto (tampa cinza).

#### Homogeneização para tubos de coleta de sangue:

- A homogeneização deve ser feita por inversão conforme ilustrado a seguir:
- Não se deve homogeneizar tubos de citrato vigorosamente, sob o risco de ativação plaquetária e interferência nos testes de coagulação. Quando utilizar tubos de citrato para coleta de sangue a vácuo com aspiração parcial, uma falsa trombocitopenia pode ser observada. Este fenômeno pode ocorrer pela ativação plaquetária causada pelo “espaço

morto” entre o sangue coletado e a rolha destes tubos.

- A falha na homogeneização adequada do sangue em tubo com anticoagulante precipita a formação de microcoágulos.

#### Cuidados Especiais para coleta de urina:

- Investigar se o paciente apresenta história de alergias relacionada ao antisséptico e o lubrificante hidrossolúvel;

- Avaliar o meato urinário e optar pelo menor diâmetro do cateter. É indicado para os neonatos e lactentes. Avaliar durante e após o procedimento a ocorrência de sangramento, o retorno da urina e permeabilidade do cateter;

- Para realização da técnica recomenda-se a participação de dois profissionais, um realizando a técnica e o outro auxiliando;

- Em caso de obstrução do cateter (de 2 vias), não proceder à desobstrução e, comunicar ao profissional médico com o objetivo de estabelecer nova conduta;

- Em clientes pediátricos prefere-se o uso de clorexidina aquosa, entretanto, é importante utilizar o antisséptico adequado;

- Deve-se retirar completamente o antisséptico com água destilada, pois o mesmo provoca queimaduras e/ou se absorve pela pele, tornando-se tóxico para a criança;

- Para crianças não utilizamos a introdução de gel hidrossolúvel (xylocaína gel estéril) no meato urinário. A utilização de gel hidrossolúvel no meato só será feita sob prescrição

médica, para exames como, por exemplo: uretrocistografia e em casos especiais.

## **POP 28- ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES E NA ASPIRAÇÃO DE VIAS AEREAS INFERIORES**

### **OBJETIVO**

- Retirar secreções das vias aéreas superiores e inferiores;
- Prevenir complicações respiratórias;
- Remover secreções brônquicas;
- Manter a permeabilidade das vias aéreas;
- Aumentar a eficiência respiratória e promover conforto do paciente.

### **PROCESSOS RELACIONADOS**

- Atendimento Cirúrgico;
- Atendimento em Emergência Adulto;
- Atendimento em Emergência Pediátrico;
- Internação Adulto;
- Internação Cirúrgica;
- Internação Obstétrica;
- Internação Ortopédica;

- Internação Pediátrica;
- Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar;

Processos Pré Analíticos, Analíticos e Pós Analíticos.

## **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

Material utilizado para aspiração de vias aéreas superiores:

- Bandeja ou cuba rim Álcool à 70%;
- Álcool glicerinado à 70% Luva de procedimento;
- Sonda de aspiração compatível com o paciente Gaze não estéril;
- Água destilada ou soro fisiológico;
- Equipamentos de proteção individual (EPI): gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção, Avental ou capote não-estéril;
- Toalha de rosto ou papel toalha;
- Aparelho de aspiração portátil ou fonte de vácuo em rede Frasco de vidro de aspiração (anexo 1);
- Válvula redutora de pressão para rede de vácuo (anexo 1);
- Frasco coletor de secreções descartável (anexo 2) preferencialmente e na sua ausência a extensão descartável para aspiração (borracha de aspiração - anexo 3);

## **DESCRIÇÃO TÉCNICA**

- Ler a prescrição do paciente;
- Realizar higienização das mãos com água e sabão; Separar uma bandeja ou cuba rim para o procedimento;
- Fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando a secagem espontânea;
- Higienizar as mãos com álcool a 70% glicerinado;
- Separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- Levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira; - Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
- Checar os dados de identificação na pulseira do paciente; Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Promover privacidade, utilizando biombo, se necessário;
- Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento, colocando-o em semi-fowler quando consciente ou lateralizando a cabeça quando inconsciente;
- Higienizar as mãos com álcool a 70% glicerinado;
- Colocar equipamentos de proteção individual: capote, gorro, máscara, óculos e luva de procedimento; Proteger o tórax do paciente com papel toalha;
- Abrir o invólucro da sonda de aspiração, mantendo-a dentro da embalagem; Calçar as luvas de procedimento;
- Mensurar o tamanho da sonda para realização da aspiração nasofaríngea da ponta do

lóbulo da orelha a pontado nariz;

- Conectar a sonda ao sistema de aspiração;
- Abrir a fonte de vácuo ou ligar o aparelho portátil de aspiração;
- Introduzir a sonda na cavidade nasal, com a extensão (borracha) de aspiração pinçada a fim de evitar trauma, seguindo o curso natural das narinas, inclinando ligeiramente a sonda para baixo e avançando para a parte posterior da laringe;
- Despinçar a extensão e realizar a aspiração na cavidade nasal em movimentos suaves, regulares e circulares. Não permanecer com a sonda dentro da cavidade nasal por mais de 10 a 15 segundos;
- Irrigar a sonda e o circuito com 20 ml de água destilada para limpeza da mesma;
- Realizar a aspiração da cavidade oral, introduzindo a sonda com o sistema de aspiração pinçado;
- Realizar a aspiração da cavidade oral, em movimentos suaves, regulares e circulares não superiores há 30 segundos;
- Lavar o sistema com 20ml de água destilada para manter a permeabilidade; Desprezar a sonda utilizada;
- Fechar a fonte de vácuo ou desligar o aparelho portátil de aspiração; Retirar os EPI's utilizados;
- Higienizar as mãos com álcool à 70% glicerinado; Deixar o paciente confortável;
- Manter a organização da unidade do paciente;

- Desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- Realizar higienização das mãos com água e sabão;
- Realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente.

Material utilizado para aspiração de vias aéreas inferiores - (TOT) e (TQT) - SISTEMA

ABERTO:

- Bandeja retangular e /ou cuba rim;
- Luva estéril;
- Luva de procedimento Gaze estéril;
- Gaze não estéril Álcool 70%;
- Álcool 70% glicerinado.
- Cateteres de aspiração de acordo com o tamanho do TOT ou TQT Água destilada ou Soro Fisiológico 0,9%;
- Equipamentos de proteção individual (EPI): gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção, Avental ou capote não-estéril;
- Biombo;
- Aparelho de aspiração portátil ou fonte de vácuo em rede;
- Frasco de vidro de aspiração (anexo 1 ) Válvula redutora de pressão para rede de vácuo (anexo 1);

- Frasco coletor de secreções descartável (anexo 2) preferencialmente e na sua ausência a extensão descartável para aspiração (borracha de aspiração - anexo 3);
- Papel toalha;
- Oxímetro de pulso Estetoscópio;
- Bolsa ventilatória manual (AMBU) conectada ao sistema de oxigênio (extensão de silicone/látex, fluxômetro de oxigênio, copo umidificador com água destilada), se necessário.

#### DESCRIÇÃO TÉCNICA

- Ler a prescrição do paciente;
  - Realizar higienização das mãos com água e sabão; Separar uma bandeja ou cuba rim para o procedimento;
  - Fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando a secagem espontânea;
  - Higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
  - Separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja; Preparar o material;
  - Levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
- Checar os dados de identificação na pulseira do paciente;
  - Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;

Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;

- Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento com cabeceira da cama 30° a 45°;

Higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;

- Calçar as luvas de procedimentos;

- Colocar equipamentos de proteção individual: gorro, máscara cirúrgica descartável, óculos de proteção e avental/capote não estéril;

- Instalar oxímetro de pulso;

- Colocar papel toalha na região do tórax para apoio do circuito do ventilador mecânico ou para proteção do tórax em relação a secreção;

- Realizar aspiração das vias aéreas superiores, como já descrito acima;

- Retirar a luva de procedimento e desprezar junto com a sonda de aspiração;

Proceder à higienização das mãos com álcool glicerinado 70%;

- Expor os materiais (sonda de aspiração e gaze estéril) em campo estéril, que pode ser o invólucro da luva cirúrgica;

- Calçar a luva estéril;

- Com a mão dominante pegar a sonda e conectar na extensão do frasco coletor de secreções; Abrir a válvula redutora de pressão do vácuo e manter a pressão entre 80 e 120 mmHg;

- Com a outra mão não dominante desconectar a cânula de TQT ou TOT do ventilador

mecânico e apoiar a extremidade do circuito do respirador no papel toalha, caso esteja realizando o procedimento sozinho. Sempre que possível solicitar que outro profissional faça esta atividade;

- Com a mão dominante, introduzir a sonda no TOT ou TQT com o extensor do sistema de aspiração pinçado, introduzi-la até sentir resistência ou o paciente tossir, neste momento recuar 1 cm;

- Despinçar o extensor do sistema e aspirar as secreções com movimentos suaves, circulares e regulares; Não exceder cada período de aspiração por mais de 15 segundos, para não provocar hipóxia;

- Após o procedimento, realizar lavagem do sistema de aspiração com 20 ml de água destilada; Fechar a fonte de vácuo;

- Retirar a sonda de aspiração do sistema de aspiração, deixando a extremidade do sistema protegido, pode ser com a embalagem da sonda de aspiração;

- Realizar limpeza de secreções, caso existam, ao redor do óstio da TQT ou da fixação do TOT com gaze estéril; Verificar fixação do TOT ou TQT;

- Retirar luva estéril e óculos de proteção individual; Higienizar as mãos com álcool glicerinado à 70%;

- Retirar e guardar o capote observando a técnica adequada; Deixar o paciente confortável;

- Manter a organização da unidade do paciente; Desprezar o material utilizado nos locais

apropriados; Realizar higienização das mãos com água e sabão;

- Realizar as anotações necessárias (incluindo a descrição do aspecto, características, coloração, quantidade e possíveis intercorrências), assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente.

- Material utilizado para aspiração de vias aéreas inferiores - (TOT) e (TQT) – SISTEMA FECHADO: 01 par de Luvas de procedimento;

- Ampola de água destilada para lavar o sistema  
Seringa de 20 ml

- Equipamentos de proteção individual (EPI): gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção, avental ou capotenão-estéril;

- Aparelho de aspiração portátil ou fonte de vácuo em rede  
Frasco de vidro de aspiração (anexo 1);

- Válvula redutora de pressão para rede de vácuo (anexo 1);

- Frasco coletor de secreções descartável (anexo 2) preferencialmente e na sua ausência a extensão descartável para aspiração (borracha de aspiração - anexo 3);

- Papel toalha;

- Sistema fechado de aspiração para TOT ou para TQT ( anexo 4)  
Oxímetro de pulso

Estetoscópio.

#### DESCRIÇÃO TÉCNICA:

- Ler a prescrição do paciente;

- Realizar higienização das mãos com água e sabão;
  - Separar uma bandeja ou cuba rim para o procedimento;
  - Fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando a secagem espontânea;
  - Higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
  - Separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- Preparar o material;
- Levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
- Checar os dados de identificação na pulseira do paciente;
  - Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;
- Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento com cabeceira da cama 30° a 45°;
- Higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- Calçar as luvas de procedimentos;
  - Colocar equipamentos de proteção individual: gorro, máscara cirúrgica descartável, óculos de proteção e avental/capote não estéril;
  - Instalar oxímetro de pulso;
  - Colocar papel toalha na região do tórax para apoio do circuito do ventilador mecânico

ou para proteção do tórax em relação a secreção;

- Realizar aspiração das vias aéreas superiores, como já descrito acima; Retirar a luva de procedimento e desprezar junto com a sonda de aspiração;

Proceder à higienização das mãos com álcool glicerinado;

- Calçar a luva de procedimento;

- Na instalação do sistema fechado adaptar a conexão da sonda de aspiração do sistema à extremidade do TOT ou da TQT e a outra extremidade ao sistema de vácuo, identificar com a data da instalação;

- Destruar a válvula de aspiração do sistema fechado;

- Introduzir a sonda até sentir resistência ou o paciente tossir, neste momento recuar 1 cm;

- Realizar a aspiração, utilizando a válvula de aspiração do sistema fechado;

- Não exceder cada aspiração por um período superior a 15 segundos;

- Após o procedimento, realizar lavagem da sonda do sistema fechado com 20ml de água destilada, utilizando o injetor lateral do sistema;

- Travar a válvula de aspiração do sistema fechado;

- Deixar a unidade em ordem, recolher o material utilizado encaminhando-o para o local adequado; Retirar luva de procedimento;

- Higienizar as mãos com álcool a 70% glicerinado; Deixar o paciente confortável;

- Manter a organização da unidade do paciente; Desprezar o material utilizado nos locais apropriados; Retirar os EPI's utilizados;
- Realizar higienização das mãos com água e sabão;
- Realizar as anotações necessárias, descrevendo aspecto, característica, coloração, quantidade de secreção e possíveis intercorrências, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente.

## **DEFINIÇÃO**

### Aspiração de vias aéreas superiores:

- Consiste na remoção do excesso de secreções existentes na cavidade oral, na cavidade nasal e na nasofaringe;

- Aspiração de vias aéreas inferiores - tubo orotraqueal (TOT) e traqueostomia (TQT):

Consiste na remoção de secreções das vias aéreas inferiores facilitando a oxigenação e prevenção da broncoaspiração.

## **OBSERVAÇÕES GERAIS**

### **Na aspiração de vias aéreas superiores:**

#### **Indicação:**

- Pacientes com acúmulo de secreções em vias aéreas superiores;

**Contra-indicação:**

- Passagens nasais ocluídas, traumas de crânio, face, pescoço e coagulopatias, Na aspiração de vias aéreas inferiores - (TOT) e (TQT):

**Indicação:**

- Pacientes secretivos em uso TOT ou TQT.

**Contra-indicação:**

- Não existe uma contraindicação, mas deve ser diminuída sua frequência nos casos de discrasias sanguíneas;
- O sistema de aspiração precisa ser conectado a uma fonte de vácuo em rede ou aspirador portátil de secreções para o seu funcionamento;
- O sistema de aspiração compreende a válvula redutora de pressão para rede de vácuo e o frasco de vidro de aspiração (anexo 1) conectados preferencialmente ao frasco coletor de secreção de vias aéreas descartável ( anexo 2) e na sua ausência a extensão descartável para aspiração ( anexo 3). Quando não estiverem em uso devem ter sua extremidade protegida;
- O sistema de aspiração deve ser trocado após 24h horas de uso, quando persistir secreções que obstruam e impeçam o seu funcionamento adequado conforme orientações da CCIH ou na alta do paciente;

- O frasco coletor de secreção de vias aéreas descartável deve ser trocado sempre que atingir dois terços de sua capacidade e/ou junto com o sistema de aspiração;
  - Na ausência do frasco coletor de secreção de vias aéreas descartável, o frasco de vidro de aspiração deve ser esvaziado sempre que atingir cerca de dois terços de sua capacidade, substituindo-o por um outro frasco;
  - Atentar para o uso do equipamento de proteção ( luva de procedimento, máscara cirúrgica, óculos de proteção e avental não- estéril) a fim de evitar contaminação do profissional;
  - Atenção especial para a pressão adequada do vacuômetro/válvula redutora de pressão entre 80 e 120 mmHg. A frequência da aspiração é determinada pelo acúmulo de secreções sendo dependente da avaliação do profissional de saúde a partir da identificação de alterações no padrão respiratório;
  - O calibre da sonda é definido de acordo como calibre do tubo orotraqueal, a sonda deve ter a metade do diâmetro interno do TOT ou TQT;
  - O tamanho correto do cateter minimiza a chance de criar uma pressão negativa, o que pode levar atelectasia;
- Para lactentes ou criança traqueostomizados deve-se posicionar em decúbito dorsal com o pescoço levemente estendido, o que permite que a sonda de aspiração siga mais facilmente a curvatura natural da traquéia;
- A sonda deve ser inserida para aspiração durante a inspiração do paciente, sempre que

possível; Instituir higiene oral com dentífrício e solução antisséptica, conforme a prescrição de enfermagem;

- Para crianças recomenda-se que o calibração do aparelho de aspiração ou manômetro esteja ajustada entre 80 a 100 mmHg, pois uma pressão excessiva pode causar mudança na pressão negativa para os pulmões e promover um pneumotórax;

- Não é indicado a instilação de solução salina antes da aspiração para fluidificar as secreções, porque pode deslocar as bactérias para as vias respiratórias inferiores, favorecendo infecções pulmonares;

- No caso de PEEP elevado (acima do fisiológico maior que 5 cm de H<sub>2</sub>O) regredi-lo até o fisiológico antes de desconectar a prótese ventilatória do ventilador;

- Antes e durante o procedimento de aspiração, deve-se aumentar a FiO<sub>2</sub> do ventilador mecânico para 100% para hiperoxigenar ou para o dobro do valor inicial por cerca de três minutos conforme prescrição médica, e após o término do procedimento retornar ao valor inicial gradativamente ;

- Realizar a ausculta pulmonar antes e após o procedimento para avaliar os ruídos adventícios (roncos);

- Manter a bolsa ventilatória manual (AMBÚ) com bolsa reservatória de oxigênio, conectada ao sistema de oxigênio umidificado (12 a 15 litros/min em adultos) e, utilizá-la caso o cliente apresente desconforto respiratório e permanência da hipóxia entre as aspirações, mesmo após a conexão da cânula ao ventilador;

- Monitorar os sinais vitais e a saturação de O<sub>2</sub> durante o procedimento de aspiração, atentando para alterações da frequência cardíaca de 20 batimentos por minuto para mais ou menos e a saturação de oxigênio menor que 90%;
- Recomenda-se a trocar do sistema de aspiração fechado a cada 72 horas;
- Não é necessário interromper a infusão da dieta gástrica/enteral (para as unidades de saúde que utilizam dieta gástrica/enteral) para realizar a aspiração das vias aéreas superiores, quando é realizado o controle do resíduo gástrico antes da instalação da dieta.

Imagem 1 - Frasco de vidro de aspiração e válvula redutora de pressão para rede de vácuo.

Fonte: Googleimagens acesso maio/2014



Imagem 2 - Frasco de aspiração de vias aéreas descartável.

Fonte: Google imagens acesso maio/2014.



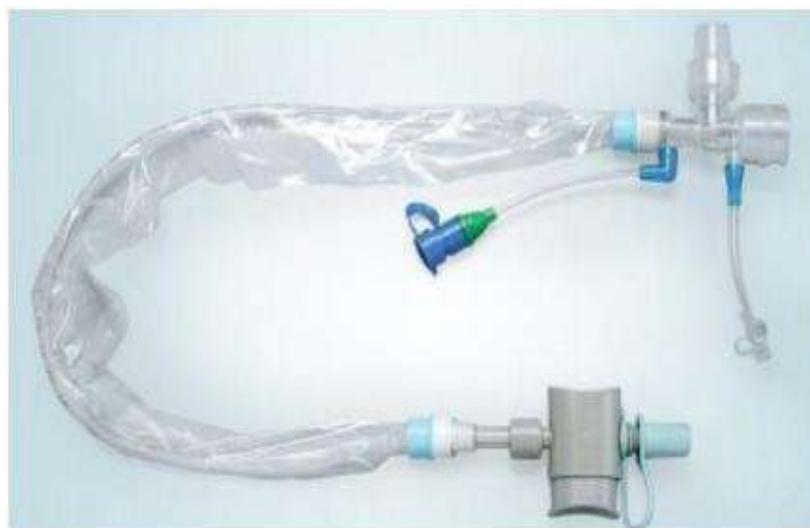
Imagem 3 - Extensão (borracha) descartável para aspiração.

Fonte: Google imagens < extensão para aspiração > acesso maio/2014.



Imagem 4 - Modelo de sistema fechado de aspiração.

Fonte: Google imagens < sistema fechado de aspiração Trach care > acesso maio/2014.



## POP 29 - ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

### OBJETIVO

Sistematizar o fluxo da entrada do paciente na Unidade até seu atendimento pelo médico, promovendo um atendimento qualificado, organizado e humanizado, definindo prioridades de acordo com o grau de complexidade apresentado pelos usuários dos serviços de urgência e emergência.

### PROCESSOS RELACIONADOS

- Atendimento em Emergência Adulto; 
- Atendimento em Emergência Obstétrico;

- Atendimento em Emergência Pediátrico;
- Cuidados Assistenciais de Enfermagem;
- Internação Adulto;
- Internação Cirúrgica;
- Internação Obstétrica;
- Internação Ortopédica;
- Internação Pediátrica;
- Tratamento Intensivo Adulto;
- Tratamento Intensivo Pediátrico.

**2. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

A Ç Ã O	RESPONSÁVE L	R E G I S T R O	DESCRIÇÃO DA AÇÃO
------------------	-----------------	--------------------------------------	-------------------

<p>A c o l h i m e n t o</p>	<p>Enfermagem</p>	<p>Inicialmente ouvir e avaliar a necessidade apresentada pelo paciente que procura a unidade, utilizando ferramentas como escuta sensível, olhar clínico e conhecimento científico; para então definir qual será o melhor serviço a ser prestado e avaliar a gravidade inicial do mesmo.</p> <p>Após esse contato inicial, o paciente será encaminhado ao setor de registro para que sejam preenchidos os dados do mesmo no boletim de emergência.</p>
--	-------------------	---

C h a m a n d o p a ci e nt e/ In ici a	Enfermeiro		<p>Após ser acolhido e registrado, o paciente será encaminhado via sistema à fila da classificação de risco. O enfermeiro deverá utilizar a tela Classificação de Risco Atendimento e clicar em Atendimentos Pendentes para ter acesso à fila.</p> <p>Ao entrar na fila, o enfermeiro deverá clicar no ícone para chamar o paciente.</p>
---	------------	--	--

<p>n d o at e n di m e nt o</p>			
			<p>Neste momento, o nome do paciente será sinalizado no painel de chamadas. Quando o mesmo entrar na sala de Classificação de Risco, identifique-se e informe-o que realizará a triagem e a aferição de sinais vitais, além</p>

			<p>de orienta-lo quanto ao fluxo e adinâmica da Classificação de Risco.</p> <p>No sistema, inicie o atendimento clicando no botão preencher ficha.</p> <p>Caso o paciente não responda ao chamado, esse procedimento deverá ser repetido. Após três tentativas sem êxito, o sistema apresentará o ícone , que retira o paciente da fila após a confirmação de que o mesmo não encontra-se na unidade ou desistiu do atendimento.</p>
--	--	--	---

<p>Inf or m an do Al er gi a</p>	<p>Enfermeiro</p>		<p>O primeiro campo a ser preenchido no sistema, é o campo de alergia, então antes de perguntar sobre o motivo do atendimento/queixa do paciente, o enfermeiro deve questionar se ele possui algum tipo de alergia. Se positivo, inserir clicando no botão e preencher as informações pertinentes.</p> <p>Faz se necessário, a identificação da alergia também no paciente com a etiqueta.</p>
<p>Q ue ix</p>	<p>Enfermeiro</p>		<p>Após a informação da alergia, questione o paciente quanto ao motivo que o levou a procurar atendimento na</p>

<p>a  do  pa  ci  en  te/  Si  na  is  Vit  ai  s</p>			<p>unidade, sua principal queixa e afira seus sinais vitais. Insira essas informações no sistema.</p>
<p>Inf  or  m  ar</p>	<p>Enfermeiro</p>		<p>Questione ao paciente quanto ao uso frequente de algum medicamento por conta de comorbidades ou não e informe no sistema. Caso o paciente não possua</p>

<p>us o de m ed ic a m en to / C o m or bi da de</p>			<p>comorbidades e não faça uso diário de algum medicamento, informar no sistema: nega uso de medicamentos e comorbidades (Garantindo que esta informação foi questionada).</p>
--	--	--	--

<p>Es ca la  de gl as go w</p>	<p>Enfermeiro</p>		<p>O sistema possui uma calculadora de índice de Glasgow, que nos permite medir e avaliar o nível de consciência de um paciente. Basta selecionar as informações referentes ao estado/resposta do paciente, que o sistema calculará automaticamente.</p>
<p>Es ca la  de D or</p>	<p>Enfermeiro</p>		<p>A escala de dor também encontra-se presente no sistema, sob a escala de Glasgow. Selecione de acordo com a intensidade da dor de cada paciente.</p>

<p>Fluxograma</p>	<p>Enfermeiro</p>		<p>A última etapa da classificação, é seguir o fluxograma baseado e adaptado no protocolo de Manchester para definir o risco do paciente.</p> <p>Neste fluxograma, o primeiro passo é seleccionar a queixa do paciente/protocolo dentre as opções da lista. Logo após, responder as perguntas/justificativas referentes ao fluxograma seleccionado.</p> <p>As perguntas estão separadas por grupo de risco, de acordo com a gravidade do sintoma apresentado (vermelho, amarelo, verde e azul).</p>
-------------------	-------------------	--	---

<p>so ci an do Ri sc o</p>			<p>Quando o profissional responder sim para alguma pergunta, automaticamente o sistema definirá a core/ou risco do paciente.</p> <p>Caso a resposta seja não para todas as perguntas, ao final do fluxograma será apresentada a cor azul, indicando que o paciente não apresenta gravidade para atendimento em emergência. Vale ressaltar que o mesmo será atendido, porém o risco dele será o menor dentre os demais pacientes e por conta disso seu atendimento ocorrerá quando todos os outros riscos forem atendidos.</p>
--	--	--	---

<p>En ca mi nh an do Pa ci en te</p>	<p>Enfermeiro</p>		<p>Após atribuir um risco ao paciente, o sistema solicitará que seja escolhida uma seção de encaminhamento.</p> <p>Esses poderão ser encaminhados aos consultórios adultos/ pediátricos.</p>
--	-------------------	--	--

## DEFINIÇÃO

### Acolhimento:

É uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local e nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento possui 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. É o ato de acolher, ou recepcionar o usuário a um atendimento que o auxilia, protege ou socorre, que nos leva a entender a mudança de relacionamento entre o usuário e o profissional de saúde, através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como pessoa participante ativa no processo de produção da saúde.

### **Classificação de risco:**

É um processo dinâmico utilizado nos serviços de urgência/emergência que visa avaliar e identificar os pacientes que necessitam de atendimento prioritário, de acordo com a sua gravidade clínica e potencial de risco.

### **OBSERVAÇÕES GERAIS**

Alguns grupos de pacientes serão atendidos como situações especiais, são eles: idosos, deficientes físicos, deficientes mentais, acamados, pacientes com dificuldade de locomoção, gestantes, algemados, escoltados ou envolvidos em ocorrência policial, vítimas de abuso sexual. Esses pacientes devem merecer atenção especial da equipe de Classificação de Risco e, dentro do possível a sua avaliação deve ser priorizada,

respeitando a situação clínica dos outros pacientes que aguardam atendimento.

#### **TEMPO DETERMINADO:**

**Vermelho** - Atendimento imediato;

**Amarelo** - Atendimento em até 30 minutos;

**Verde** - Atendimento em até 60 minutos;

**Azul** - Atendimento em até 24 horas.

#### **REFERÊNCIAS**

Protocolo de Manchester

Protocolo de Classificação de Risco da Secretaria Municipal de Saúde.

## POP 30 - ATENDIMENTO INICIAL PELA ENFERMAGEM AO PACIENTE

### POLITRAUMATIZADO

#### 1. OBJETIVO

- Melhorar a qualidade e agilizar de forma organizada o atendimento ao politraumatizado.

#### 2. PROCESSOS RELACIONADOS

- Atendimento em Emergência Adulto Cuidados Assistenciais de Enfermagem.

#### 3. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

##### INICIAR PROTOCOLO DE TRAUMA QUANDO:

##### Parâmetros Vitais:

- ECG < 14 ou deterioração neurológica. (AVDI) - PAS < 90; - FR < 10 ou > 29 ou IOT no APH.

##### Anatomia da Lesão:

- Ferimento penetrante craniano, cervical, torácico, abdominal, extremidades proximais ao cotovelo;

-Suspeita de instabilidade de pelve ou de 2 ou mais ossos longos;

- Paralisia de um ou mais membros;
- Amputação completa ou incompleta proximal ao punho ao cotovelo.

do

Trauma: (TODA VÍTIMA REMOVIDA PELO GSE);

- Ejeção do veículo;
- Queda de duas vezes a altura da vítima;
- Capotamento do veículo;
- Morte de um ocupante;
- Colisão do automóvel com  $v > 60$  km/h; atropelamento de pedestre ou ciclista;
- PAF, PAB, lesão por corrente elétrica.

### **O QUE FAZER:**

- ✓ Iniciar avaliação primária ABCDE, e acionar cirurgião geral, ortopedista e clínico  
A de airway (ou via aérea) Checar se o paciente está com as vias aéreas desobstruídas.
- ✓ É importante verificar se não há corpos estranhos impedindo a respiração, fraturas de face ou qualquer lesão na coluna cervical.
- ✓ Todo o processo deve ser tátil, verificando sinais de edemas ou sangramentos e

observando se a vítima não emite qualquer som durante a respiração, tosse ou apresenta alguma agitação.

- ✓ Garantida a permeabilização, o colar cervical deve ser colocado. B de breathing (ou respiração) Respiração eventilação;
- ✓ Depois de garantir a permeabilidade das vias respiratórias, é preciso aferir se o cidadão está, de fato, respirando bem;
- ✓ Nesse ponto, é necessário observar os movimentos do tórax, fazer ausculta a fim de eliminar qualquer lesãotorácica e, se necessário, utilizar métodos de ventilação mecânica para reestabelecer a função C de circulation(ou circulação);
- ✓ Circulação com controle de hemorragia;
- ✓ Após os primeiros procedimentos, é preciso impedir que a vítima entre em quadros como a hipovolemia (diminuição anormal do volume do sangue de um indivíduo), que podem trazer como consequência o choquehemorrágico.;
- ✓ Assim, apalpar, verificar o dorso e identificar de onde surgiu a hemorragia é o primeiro passo para sua contenção. Impedir que o cidadão continue perdendo sangue durante o atendimento pode ser decisivo para que o óbito não aconteça.

Nessa etapa também são aferidos o nível de consciência, a coloração da pele, a

frequência e a amplitude do pulso, a perfusão periférica, a pressão arterial e do pulso, ainda notando se há sudorese D de disability ou (ou incapacidade) Exame neurológico sumário. Uma avaliação primária do nível de consciência da vítima deve ser determinada no momento do primeiro atendimento para que, depois, seja encaminhada e classificada pela Escala de Glasgow.

A primeira verificação deve ser feita pelo método AVDI: Alerta, resposta a estímulo Verbal, resposta a estímulo Doloroso ou inconsciente aos estímulos.

Depois da primeira classificação, o paciente deve passar por um novo teste ao chegar na unidade de atendimento. E de exposure (ou exposição) Exposição com controle da hipotermia. Para identificar fraturas e hemorragias, a vítima deve ser despida.

Para facilitar o trabalho e impedir novos traumas, corta-se a roupa. Nesse procedimento, é comum que a temperatura do corpo baixe, deixando os cidadãos mais suscetíveis à hipotermia. Com isso, outros problemas podem surgir.

Assim, antes da remoção da vítima para o atendimento, é preciso garantir que sua temperatura esteja estável. Por isso, é preciso ter mantas térmicas sempre à mão.

## **DEFINIÇÃO**

Não se aplica.

## **OBSERVAÇÕES GERAIS**

Não se aplica

## **POP 31- ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA INTUBAÇÃO DE ADULTOS**

### **OBJETIVO**

- ✓ Promover via aérea artificial para tratamento da Insuficiência Respiratória Aguda;
- ✓ Promover proteção de via aérea nos casos de rebaixamento do nível de consciência;
- ✓ Promover via aérea artificial para os casos de indução anestésica para cirurgias por inalação.

### **PROCESSOS RELACIONADOS**

- ✓ Médico Fisioterapeuta
- ✓ Enfermagem

## DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

### Indicações:

- Isolar a via aérea em pacientes com risco de aspiração;
- Pacientes que serão submetidos a cirurgias sob anestesia geral;
- Pacientes com dificuldade de ventilação por máscara facial ou laríngea;
- Insuficiência Respiratória Aguda ou crônica agudizada com contraindicação de ventilação não-invasiva.

### Complicações:

#### Complicações da intubação orotraqueal:

- Intubação esofágica, levando à hipóxia e morte;
- Intubação seletiva, normalmente do brônquio-fonte direito, resultando em ventilação seletiva, colapsopulmonar contralateral e pneumotórax;
- Incapacidade para intubar, resultando em hipóxia e morte;
- Indução de vômito, levando à aspiração, hipóxia e morte;
- Luxação da mandíbula;
- Laceração de partes moles das vias aéreas, faringe posterior, epiglote e/ou laringe;

- Trauma sobre a via aérea resultando em hemorragia e possível aspiração;
- Fratura ou arrancamento de dentes (causados por movimento de alavanca);
- Ruptura ou vazamento do balonete do tubo, resultando em perda de vedação durante a ventilação;
- Lesão da coluna cervical por movimentação da cabeça durante o procedimento, convertendo uma possível lesão sem déficit neurológico.

#### **Complicações durante a laringoscopia e intubação orotraqueal:**

- Traumatismo de lábios, língua, dentes, faringe, articulação temporomandibular;
- Hipertensão arterial, taquicardia, arritmia, hipertensão intracraniana e intraocular, hipoxemia e hiper carbia;
- Trauma da coluna cervical;
- Lesões ou perfurações das vias aéreas e esôfago;
- Intubação esofágica;
- Aspiração pulmonar de conteúdo gástrico.

#### **Complicações na presença do tubo:**

- Intubação endobrônquica;
- Extubação acidental;

- Isquemia da mucosa traqueal pelo balonete muito insuflado;
- Broncoespasmo.

#### **Complicações após extubação:**

- Laringoespasmo;
- Aspiração;
- Faringite e laringite;
- Edema laríngeo e subglótico;
- Ulceração da mucosa traqueal;
- Estenose traqueal;
- Pneumonia;
- Paralisia das cordas vocais (raro).

#### **Materiais Necessários:**

- EPI (luva estéril, máscara, óculos de proteção individual);
- Fluxômetro de oxigênio;
- Monitor cardíaco e oxímetro de pulso;
- Cabo de Laringoscópio com bateria nova;
- Lâminas retas ou curvas de tamanhos infantil e adulto;

- Tubos endotraqueais com cuff intacto: tamanhos variados infantil e adulto;
- Tubos 7,0 a 8mm: mulheres adultas;
- Tubos 8 a 9mm: para homens adultos;
- Pinça de Magill: Intubação nasotraqueais
- Fonte de oxigênio testada;
- AMBU (Airway Maintenance Breathing Unit) com máscara facial transparente e reservatório;
- Material para aspiração;
- Guia estéril;
- Material para Broncoscopia e Traqueostomia;
- Seringa;
- Cuffômetro;
- Material para coletar amostra de secreção para cultura;
- Medicamentos para sedação e/ou bloqueio neuromuscular;
- Anestésico local;
- Lubrificante hidrossolúvel sem vasoconstrictor;
- Pilhas extras e lâmpadas de reserva;
- Dispositivos de detecção de CO<sub>2</sub> no ar expirado;
- Material para fixação do tubo;

- Estetoscópio;

- Ventilador mecânico testado e funcionando;

**Procedimento:**

AÇÃO	RESPONSÁVEL	REGISTRO	DESCRIÇÃO DA AÇÃO
01. Lavar as Mãos	Enfermeiro	PC. CIH .02 1- 1	Lavando as mãos, prevenindo assim infecção;
02. Reunir material	Enfermeiro		- Seleção do material apropriado em função das características anatômicas e da doença de base do

			paciente.
03. Testar laringoscópio	Enfermeiro		Teste do cabo do laringoscópio, verificando a intensidade da luz ;
04. Testar funcionamento aspirador	Enfermeiro		Testar a funcionalidade do aspirador, usando a sonda de aspiração de tamanho adequado;
05. Orientar paciente	Enfermeiro		Orientação ao paciente sobre o procedimento, mesmo estando sedado, estabelecendo relacionamento

			<p>           pessoal de            confiança;         </p>
<p>           06.            Monitoriza            o paciente         </p>	<p>           Enfermeiro         </p>		<p>           Monitorizar o            paciente com monitor            cardíaco e oxímetro            de pulso, avaliando a            função            respiratória;         </p>
<p>           07. Posicionar            o paciente         </p>	<p>           Enfermeiro         </p>		<p>           Posicionar o médico            de modo que o            médico fique junto a            sua cabeça,            alinhamento do eixo            oro- faringo-laríngeo            e restringi-lo se            necessário,            facilitando o            procedimento;         </p>

<p>08. Oferecer médicos os EPIs</p>	<p>Enfermei ro Técnico enferma gem</p>		<p>Oferecer ao médico paramentação com luvas e óculos;</p>
<p>09. Oferecer oxigenação</p>	<p>Enfermeiro</p>		<p>Pré-oxigenação a 100% (3-5 minutos);</p>
<p>9. Adminis trar sedativ os</p>	<p>Enfermeiro</p>		<p>Administração de sedativos e relaxantes musculares;</p>
<p>10. Manter pescoço o do pacient e adequa do</p>	<p>Enfermeiro</p>		<p>Manter o pescoço do paciente levemente estendido com o queixo anteriorizado A extensão extrema do pescoço pode provocar obstrução</p>

			das vias aéreas e interferir na visualização da laringe;
11. Conectar o oxigênio	Enfermeiro		Conectar a borracha de látex na fonte de oxigênio ao ambu e máscara, se necessário, assegurando o funcionamento adequado do ambu e da máscara;
13. Fornecer material	Enfermeiro		Fornecimento do material para que o médico realize o procedimento;

<p>4. Realizar procedimento</p>	<p>Médico</p>		<p>- Abertura da cavidade oral e introdução do laringoscópio pelo lado direito da boca;</p> <p>- Deslocamento da língua pela esquerda;</p> <p>- Se lâmina reta: Após a introdução, retirá-la gradualmente até que as cordas vocais tornem-se visíveis (elevação da epiglote pela lâmina);</p> <p>- Se lâmina curva: Introdução gradual até que a epiglote seja visível e a lâmina inserida na valécula (tração da epiglote</p>
---------------------------------	---------------	--	--

			<p>pela lâmina);</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Suave pressão ao nível dacricóide pode ser necessária (Manobra de Sellick), para facilitar a visualização e diminuir o risco de aspiração;</li><li>- Importante manter uma tração ao longo do eixo do corpo do laringoscópio (sem movimentação do punho e apoio no lábio superior);</li></ul>
--	--	--	--

			<p>- Inserção do tubo à direita da lâmina (não obstruir a concavidade da lâmina);</p> <p>- Confirmar posicionamento adequado: Detecção de CO<sub>2</sub> ou Ausculta: epigástrio =&gt; HTE =&gt; HTD fixação adequada.</p>
5. Administrar os medicamentos	Enfermeiro		<p>Administração de Medicamentos conforme prescrição médica;</p>
6. Observar expansibilidade torácica	Enfermeiro		7. Observar expansibilidade torácica e

			estabilizaçãodos sinais vitais do paciente;
8. Registrar o procedimento	Enfermeiro		Registro do procedimento em livro próprio

Cuidados a serem observados:

- O procedimento de intubação não deve ultrapassar 30 segundos;
- Monitorar durante todo o procedimento: SpO<sub>2</sub>, PA e FC;
- Oxigenar o paciente (FiO<sub>2</sub> 100%) após as tentativas de intubação sem sucesso (SpO<sub>2</sub> < ou = 90);
- Após a intubação, insuflar o cuff (+ ou – 10ml de ar);
- Confirmar posicionamento adequado do tubo;
- Fixar o tubo endotraqueal adequadamente;
- Trocar a fixação da cânula a cada 24 horas, examinar a pele e a mucosa oral;
- Manter cânula centralizada;
- Manter a pressão do cuff em torno de 20 a 25mmHg; monitorar a cada 06 horas;
- Afrouxar os fixadores da cânula pelo menos 01 vez ao dia e oferecer cuidados à pele;

- Manter via de insuflação do cuff livre da fixação;
- Confirmar posicionamento adequado da cânula após troca da fixação, procedimentos de mobilização, ou transporte;
- Manter cânula livre de peso do circuito ventilatório;
- Conter pacientes com agitação psicomotora e não cooperativos.

**Ações em caso de não conformidade:**

- Oxigenar o paciente (FiO<sub>2</sub> 100%) após as tentativas de intubação sem sucesso (SpO<sub>2</sub> < ou = 90). Registrar no formulário de notificação de risco o possível evento para Exturbação Acidental.

**DEFINIÇÃO:**

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

**OBSERVAÇÕES:**

- Sempre manter o carro de emergência em regiões próximas;
- O ventilador mecânico deverá ser previamente montado e testado e instalado com os parâmetros determinados pelo médico.

## POP 32 - DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAL HOSPITALAR

### OBJETIVO

- Padronizar devoluções dos medicamentos não utilizados nas salas.

### PROCESSOS RELACIONADOS

- Assistência Farmacêutica;
- Gestão de Suprimentos.

### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	REGISTRO	DESCRIÇÃO DA AÇÃO
Devolução de medicamentos	Enfermagem	sistema	Caso tenha medicamentos a serem devolvidos a enfermagem identificará por paciente e motivo. Não é permitido

			<p>estoque de medicamentos no setor, pois são fontes importantes para ocorrência de evento adverso, como por exemplo erro de administração de medicamento.</p>
<p>Identificação dos medicamentos</p>	<p>Técnico de Enfermagem</p>		<p>Separa os medicamentos que não foram administrados nos seus devidos horários de aprazamento, imediatamente logo após a 'não administração'</p>

			<p>identificando por paciente e motivo da devolução.</p>
<p>Devolução no Sistema</p>	<p>Enfermeiro</p>	<p>sistema</p>	<p>Enfermeiro acessará o sistema para efetuar as devoluções na tela “Devolução de Produto”.</p> <p>1) Devolução para Seção – Seção que concedeu os medicamentos;</p> <p>2) Tipo da Devolução – Devolução para paciente.</p> <p>3) Informar o número do boletim e salvar;</p> <p>(Anexo I)</p>

			<p>4) Clicar em Incluir Itens – Selecionar a data e pesquisar, localizar no resultado da pesquisa os medicamentos a serem devolvidos é informar a quantidade da devolução e o motivo, para</p>
			<p>concluir a devolução clicar em ‘adicionar itens na devolução’;          (Anexo II)</p> <p>5) Acessar a aba ‘devolução pendente’ e imprimir a requisição.</p>

			(Anexo III)
Devolu ção para Farmác ia	Farmaceutico		Farmacêutico estará se direcionando ao posto de enfermagem durante os horários de entrega de medicamentos e verificando ao mesmo tempo se há devoluções identificadas e lançadas no sistema.

<p>Conferência das Devoluções</p>	<p>Farmacêutico / Auxiliar</p>	<p>sistema</p>	<p>Iniciará a conferência das devoluções recebidas fisicamente com o sistema, caso esteja divergente irá informar a enfermagem para repor o item faltante. Caso esteja tudo correto recolherá as medicações imediatamente, evitando estoques no setor.</p>
-----------------------------------	--------------------------------	----------------	--

<p>Confirmação das Devoluções no Sistema a</p>	<p>Farmacêutico / Auxiliar</p>	<p>sistema</p>	<p>Irá acessar o sistema na tela 'devolução de produto':</p> <p>1) Acessar aba devoluções pendentes e clicar no botão aguardar recebimento;</p> <p>2) Após conferência dos medicamentos recebidos fisicamente acessar a aba 'aguardando recebimento', clicar em carregar para abrir a requisição;</p> <p>(Anexo IV)</p> <p>3) clicar em 'confirmar o</p>
--	--------------------------------	----------------	--

			<p>recebimento'. (Anexo V)</p> <p>Assinará relatório confirmando recebimento.</p>
<p>Devoluções apropriadas para uso</p>	<p>Farmacêutico / Auxiliar</p>	<p>PRN. ADM. 001</p>	<p>Irà verificar se as devoluções estão apropriadas para uso, se estiverem irá incluir nos BINS para uso normal da unidade. caso não estejam será descartado conforme PGRSS. Irà relacionar o nome da enfermeira que devolveu e o motivo,</p>

			para no final do mês gerar relatório de devoluções impróprias para consumo. (criar e gerar numeração)
--	--	--	---

### **DEFINIÇÃO**

Não se aplica.

### **OBSERVAÇÕES GERAIS**

ANEXO I - DEVOLUÇÃO PARA SEÇÃO, TIPO DEVOLUÇÃO E NÚMERO DO BOLETIM:

Programas ADMIN [FARMÁCIA CENTRAL - HEESH]   

★ DEVOLUÇÃO DE PRODUTO



**Nova devolução** | Devoluções pendentes | **Aguardando Recebimento** | Devoluções realizadas | Pesquisa de devoluções

Número

Devolução para a seção

---

Tipo de Devolução

Boletim de Atendimento

Nome

Sexo

Data de nascimento

Seção da devolução

Data de cadastro

Usuário cadastro

Data devolução

Usuário devolução

---

**Itens da devolução**

## ANEXO II – SELECIONAR DATA E QUANTIDADE A SEREM DEVOLVIDAS:

Devolução

Seção da devolução:

Data inicial: 01/02/2018 00:00:00      Data final: 02/03/2018 23:59:59     

Mostrar 10 registros     

Data	Usuário	Código	Produto	Localização	Lote	Data validade	Quantidade	Quantidade a devolver	Motivo	Observação
01/03/2018 10:55:01	ROSICLEIDE SALUSTRIANO DA SILVA	1029	FLUCONAZOL 200MG, 2MG/ML (BOLSA/FRASCO 100ML)	EM PROCESSO.EMERGENCIA	7030009	30/03/2019	1 UNITÁRIA C/ 1	<input type="text"/>	SELECIONE ▼	
28/02/2018 14:12:07	ERICK COSTA DE VASCONCELOS	1040	MUPIROCINA 2% POMADA (BISNAGA 15G)	EM PROCESSO.EMERGENCIA	171459	30/09/201		<input type="text"/>	SELECIONE PACIENTE RECUSOU A MEDICAÇÃO PRODUTO NAO UTILIZADO PELO SETOR USUÁRIO ERROU NA SOLICITAÇÃO DO PRODUTO	
27/02/2018 15:33:12	ELOA KAREN PEREIRA FRANCO	1055	VANCOMICINA 500MG INJETAVEL (FRASCO-AMPOLA)	EM PROCESSO.EMERGENCIA	1935310	31/12/2019	4 UNITÁRIA C/ 1	<input type="text"/>	SELECIONE ▼	
01/03/2018 10:55:27	ROSICLEIDE SALUSTRIANO DA SILVA	1055	VANCOMICINA 500MG INJETAVEL (FRASCO-AMPOLA)	EM PROCESSO.EMERGENCIA	1935310	31/12/2019	4 UNITÁRIA C/ 1	<input type="text"/>	SELECIONE ▼	
28/02/2018 10:46:32	ERICK COSTA DE VASCONCELOS	1055	VANCOMICINA 500MG INJETAVEL (FRASCO-AMPOLA)	EM PROCESSO.EMERGENCIA	1933310	31/12/2019	4 UNITÁRIA C/ 1	<input type="text"/>	SELECIONE ▼	
27/02/2018 15:40:38	ELOA KAREN PEREIRA FRANCO	1552	CETOPROFENO 100MG INJETAVEL IV	EM PROCESSO.EMERGENCIA	1725846	30/09/2019	2 UNITÁRIA C/ 1	<input type="text"/>	SELECIONE ▼	
23/02/2018 04:01:31	OBERTO GONCALVES DA SILVA	1555	FENTANILA 0.05 MG/ML INJETAVEL (FRASCO-AMPOLA 10ML)	EM PROCESSO.EMERGENCIA	AS-160/17	30/11/2019	5 UNITÁRIA C/ 1	<input type="text"/>	SELECIONE ▼	

## ANEXO III - DEVOLUÇÃO PENDENTE, IMPRIMIR REQUISIÇÃO:

Programas ADMIN [FARMÁCIA CENTRAL - HEESHLL]

### ★ DEVOLUÇÃO DE PRODUTO

Número	Data de cadastro	Devolução para a seção	Tipo de Devolução	Boletim de Atendimento	Seção da devolução	Situação	Carregar	Cancelar
11223	02/03/2018 10:08:57	FARMÁCIA SATÉLITE - EMERGÊNCIA	PACIENTE	1064008		AGUARDANDO RECEBIMENTO		
11219	02/03/2018 06:16:37	FARMÁCIA SATÉLITE - EMERGÊNCIA	PACIENTE	1066512		AGUARDANDO RECEBIMENTO		
11218	02/03/2018 06:13:35	FARMÁCIA SATÉLITE - EMERGÊNCIA	PACIENTE	1063615		AGUARDANDO RECEBIMENTO		

### ANEXO IV – CONFIRMAR RECEBIMENTO:

Número: 11223

Devolução para a seção: FARMÁCIA SATÉLITE - EMERGÊNCIA

Tipo de Devolução: Paciente

Boletim de Atendimento: 1064008

Nome: IRISMAR, FERNANDES DE SOUZA

Sexo: F

Data de nascimento: 25/06/1944

Seção da devolução:

Data de cadastro: 02/03/2018 10:08:57

Usuário cadastro: ADMIN

Data devolução:

Usuário devolução:

Itens de devolução:

Código	Produto	Localização	Lote	Data validade	Quantidade a devolver	Motivo	Observação
1868	TERBUTALINA 0,5MG INJETAVEL (AMPOLA 1ML)	EM PROCESSO.EMERGENCIA	AV-004/17	30/04/2019	1	PRODUTO NAO UTILIZADO PELO SETOR	

Programas ADMIN [FARMÁCIA CENTRAL - HEESHL]

★ DEVOLUÇÃO DE PRODUTO

Nova devolução | Devoluções pendentes | **Aguardando Recebimento** | Devoluções realizadas | Pesquisa de devoluções

Número	Data de cadastro	Devolução para a seção	Tipo de Devolução	Boletim de Atendimento	Seção da devolução	Situação	Carregar	Cancelar
11223	02/03/2018 10:08:57	FARMÁCIA SATÉLITE - EMERGÊNCIA	PACIENTE	1064006		AGUARDANDO RECEBIMENTO	 	
11219	02/03/2018 06:16:37	FARMÁCIA SATÉLITE - EMERGÊNCIA	PACIENTE	1056512		AGUARDANDO RECEBIMENTO	 	
11218	02/03/2018 06:13:35	FARMÁCIA SATÉLITE - EMERGÊNCIA	PACIENTE	1083615		AGUARDANDO RECEBIMENTO	 	

## POP 33 – MONTAGEM E SUBSTITUIÇÃO DA CAIXA DE MATERIAL PERFURO CORTANTE

### OBJETIVO

- Estabelecer critérios para a montagem e substituição de caixa de materiais perfuro-cortantes, a fim de reduzir a frequência de acidente e risco de contrair doenças infecto-contagiosas.

### PROCESSOS RELACIONADOS

- Cuidados Assistenciais de Enfermagem;
- Tratamento Intensivo Adulto;

- Tratamento Intensivo Pediátrico.

## **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

### Enfermagem:

- ✓ Ter precaução ao manuseio e desprezo de material perfuro-cortante na caixa;
- ✓ Lavar as mãos antes e após o procedimento e paramentar-se;
- ✓ Manter rigorosamente os limites máximos indicados na caixa, não excedendo os limites. Fechar a caixa para solicitar a substituição.
- ✓ Comunicar o serviço de coleta para recolhimento da caixa;
- ✓ Após montagem da caixa, datar e assinar.

## **DEFINIÇÃO**

- Condicionar adequadamente material perfuro-cortante, diminuindo assim o risco de transmissão de agentes infecciosos ocorridos através de acidentes ocupacionais com esse tipo de material.

## **OBSERVAÇÕES GERAIS**

- Uso obrigatório de EPI's;
- Comunicar a enfermeira da necessidade de substituição;
- Não deixar faltar caixas apropriadas para descarte de materiais perfurocortante.

## **POP 34– ABORDAGEM AO POLITRAUMATIZADO**

### **OBJETIVO**

- Diminuir Morbimortalidade das vítimas de ausentes envolvendo alta energia cinética (politraumatizados) que são removidos.

### **PROCESSOS RELACIONADOS**

- Cuidados Assistenciais de Enfermagem;
- Internação Adulto;
- Internação Cirúrgica;
- Internação Ortopédica.

### **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- ✓ O Trauma responde por 10% de todas as causas de morte e pela maioria de incapacidades permanentessegundo a OMS;
- ✓ Baseado no ATLS, padronizou-se diretrizes para o acionamento de especialistas médicos envolvidos noatendimento pleno ao trauma e exames de imagem mínimos preconizados;

- ✓ Diretrizes para Abertura do Protocolo de Trauma;
- ✓ ECG < 14 ou deterioração neurológica. (AVDI) PAS < 90;FR < 10 ou > 29 ou IOT no APH.

### Anatomia da lesão:

- Ferimento penetrante craniano, cervical, torácico, abdominal, extremidades proximais ao cotovelo;
- Suspeita de instabilidade de pelve ou de 2 ou mais ossos longos;
- Paralisia de um ou mais membros;
- Amputação completa ou incompleta proximal ao punho ao Cinemática do Trauma: (TODA VÍTIMA REMOVIDA PELO GSE);
- Ejeção do veículo;
- Queda de duas vezes a altura da vítima;Capotamento do veículo;
- Morte de um ocupante;
- Colisão do automóvel com  $v > 60$  km/h; atropelamento de pedestre ou ciclista;PAF, PAB, lesão por corrente elétrica.
- Na existência de trauma associado a um fator apenas de cada diretriz é acionado o - Protocolo de Trauma.

Iniciado avaliação primária ABCDE, Cirurgião Geral, Ortopedista e Clínico acionados

=> Exames =>Decisão clínica

- O atendimento ao paciente com múltiplos ferimentos (politraumatizado) conserva a regra mnemônica doABCDE:

### A – Airway

–Via aérea e controle da coluna cervical:

- Proteção da via aérea contra obstrução (vômito, corpo estranho, desabamento da língua etc.) e controle da coluna cervical (imobilização temporária, que pode ser realizado simplesmente segurando a cabeça do paciente).

### B – Breathing

– Respiração e Ventilação:

Avaliação da expansibilidade pulmonar, que pode estar prejudicada por hemotórax ou pneumotórax fraturas múltiplas de costelas (tórax instável) etc. Avaliar necessidade de VNI ou via aérea definitiva.

### C – Circulation

–Circulação Sanguínea e controle da Hemorragia: Avaliação e (se possível) controle de perda sanguínea por hemorragias, lesões cardíacas e outras causas de baixo débito cardíaco. Realizar acesso venoso calibroso e no mesmo ato realizar coleta de sangue para no mínimo 3 tubos (hemograma, glicose, uréia, creatinina, sódio, potássio e

coagulograma). Tipagem sanguínea com fator Rh devem ser solicitados conforme avaliação inicial. CPK deve ser sempre solicitado em traumas musculares extensos pelo risco de rhabdomiólise (lesões por esmagamento, politraumas contusos, múltiplas fraturas, amputações traumáticas, queimaduras elétricas por alta tensão e grandes queimados).

#### D – Disability

- Déficit Neurológico;
- Exame neurológico sumário:
- Avaliar lesões de tecido nervoso (intracranianoprioritariamente). Nessa fase usa-se a Escala de Coma de Glasgow.

#### E – Exposure

- Exposição com controle da hipotermia. Para identificar fraturas e hemorragias, a vítima deve ser despida. Para facilitar o trabalho e impedir novos traumas, corta-se a roupa. Nesse procedimento, é comum que a temperatura do corpo baixe, deixando os cidadãos mais suscetíveis à hipotermia. Com isso, outros problemas podem surgir. Assim, antes da remoção da vítima para o atendimento, é preciso garantir que sua temperatura esteja estável. Por isso, é sugerido a utilização de mantas térmicas.

#### Transporte seguro do Trauma para Centro Cirúrgico:

Equipe: médico + enfermeiro

MCC + VM com autonomia de bateria \*Oxigênio (cilindro + acesso de VAS) Maleta de RCP

Acionamento do NIR

Transporte Seguro para leito avançado:

- Equipe de Pronto Socorro / MCC + Trauma check por 6 horas / Equipe de Pronto Socorro.

## **DEFINIÇÃO**

ECG: Escala de Coma de Glasgow é uma escala neurológica com é método confiável e cujo objetivo de registrar o nível de consciência de uma pessoa, para avaliação inicial e contínua após um traumatismo craniano. Seu valor indica eventuais sequelas.

IOT: Intubação Orotraqueal

APH: Atendimento Pré Hospitalar AVDI: Alerta Verbal Dor Inconciente

ATLS: Advanced Trauma Life Support -Suporte Avançado de Vida no Trauma

PAS: Pressão Sistólica

## **OBSERVAÇÕES GERAIS**

- Sobre o atendimento e fluxo dos pacientes politraumatizados, estes deverão ser

atendidos e avaliados na sala de trauma. A avaliação da ortopedia deverá ser feita após a admissão da vítima na sala de trauma pelo cirurgião, conforme aviso via campanha.

- O paciente não deverá ser transportado para qualquer outro setor para avaliação médica. Portanto o paciente após a avaliação primária só irá sair da sala de trauma para realizarem exames complementares ou encaminhado ao centro cirúrgico.

## **POP 35 – SEQUÊNCIA RÁPIDA DE INTUBAÇÃO**

### **OBJETIVO**

- Realizar uma intubação sob anestesia e bloqueio neuromuscular, tornando o procedimento mais fácil, rápido e menos traumático.

### **PROCESSOS RELACIONADOS**

- Cuidados Assistenciais de Enfermagem;

### **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

#### Passo 1:

Anamnese breve + Exame físico orientado

A alergias

M medicações

P passado médico

L líquidos e última refeição

E eventos que levaram à necessidade de TOT

### Passo 2:

Preparação Equipamentos:

Oxímetro de pulso

Material para oferta de oxigênio (ambú e máscara) Cateter para aspiração de secreções, vômitos e sangue Tubo endotraqueal.

### Passo 3:

Monitorização

Monitorização cardio-respiratória contínua. Oxímetro de pulso.

Determinações intermitentes de PA.

### Passo 4:

Pré-oxigenação

Oxigene bem o paciente antes de administrar a medicação e efetuar a intubação, porque permite que um paciente sedado e com bloqueio neuromuscular, permaneça bem

oxigenado e tolere bem o breve período de apneia que é produzido durante o procedimento de intubação.

Durante a SRI (Seq. Rápida de Intubação), evite a ventilação com pressão positiva, se possível. Esta pode causar distensão gástrica, o que aumenta o risco de aspiração do conteúdo gástrico.

Aplique a pressão cricóide antes de iniciar a ventilação com bolsa-máscara e a mantenha até haver completado a intubação.

#### Passo 5:

##### Pré-medicação

- Administre agentes adjuvantes para minimizar as respostas fisiológicas potencialmente perigosas que podem ocorrer durante a laringoscopia: taquicardia, hipertensão intracraniana, aumento da pressão intra-ocular e estimulação vagal profunda nos lactentes e crianças pequenas;

- Agentes anticolinérgicos: ATROPINA;

- Minimizam as respostas desfavoráveis (bradicardia e assistolia) à estimulação vagal que pode resultar da laringoscopia, hipóxia ou administração de succinilcolina;

- Diminuem secreções bucais. Indicados para:

Menores de 1 ano;

Criança de 1-5 a que receberam succinilcolina.

\* Considere os anti-colinérgicos para toda criança que esteja bradicárdico no momento da intubação. Dose : 0,01 – 0,02 mg / Kg IV (min = 0,01mg e máx 1mg)

Administre 1 – 2min antes da intubação.

Proteção contra o aumento da PIC: LIDOCAÍNA

Reduz o aumento da PIC que é produzido durante a laringoscopia Dose: 1 – 2mg / Kg IV em bolus.

Administre 2 – 5min antes da laringoscopia

Defasciculação

- A defasciculação é a administração de uma dose pequena de um bloqueador neuromuscular (BNM) não despolarizante, quando o BNM escolhido é a succinilcolina.

- Este passo inibe as fasciculações musculares provocadas pela despolarização das membranas das células musculares, que acontece ao administrar succinilcolina.

Dose: 10% da dose de Vecurônio ou Pancurônio utilizada pra bloqueio neuromuscular

Vecurônio = 0,01mg / Kg

Administrar de 1 – 3 min antes da succinilcolina

Passo 6:

Sedação Benzodiazepínico Midazolam (5mg / ml) Dose: 0,1 – 0,2mg / Kg IV

Administrar 2 – 3 min antes do BNM

Diazepam (5mg / ml) Dose: 0,1 – 0,2mg / Kg IV

Administrar 2 – 4 min antes do BNM

Sedação profunda dissociativa Ketamina (50mg/ml)

- É o único agente capaz de produzir analgesia, sedação rápida e anamnésia, enquanto preserva o impulso respiratório e os reflexos protetores das vias aéreas.

- Efeitos diversos: HAS, aumento da PIC e PIO, alucinações, aumento das secreções em vias aéreas.

- O pré-tratamento com atropina ajuda a diminuir as secreções em vias aéreas e o uso de benzodiazepínicos alivia o risco de alucinações.

Dose: 1 – 4mg / Kg IV ou IM

Barbitúricos Tiopental

- São agentes sedativo-hipnóticos de ação rápida e efeito curto. Possui um efeito protetor do cérebro: diminui taxa metabólica cerebral e a demanda cerebral de oxigênio e podem diminuir a PIC.

- São os sedativos de eleição para os pacientes com: TCE, mal epilético ou HIC.

Efeitos colaterais: depressão miocárdica e hipotensão. (Evitar em pacientes hipovolêmicos ou com hipotensão). Causa também broncoespasmo e laringoespasmo => não usar em pacientes com asma aguda.

Dose: 2 – 4mg / Kg IV

### Propofol

- É um sedativo hipnótico capaz de induzir anestesia geral;
- É insolúvel em água, sendo administrado em uma emulsão lipídica.

Efeitos colaterais:

hipotensão e dor no momento da administração. Dose: 2mg / Kg IV

### Passo 7:

Pressão cricóide + ventilação assistida

- Se o paciente necessitar de ventilação com bolsa e máscara, você deve realizar a manobra de Sellick (pressão contínua sobre a cartilagem cricóide). Antes de iniciar a ventilação com bolsa e máscara para evitar distensãogástrica.

### Passo 8:

Bloqueio Neuromuscular Rocurônio : 0,6 – 1,2mg / Kg IV Vecurônio : 0,1 – 0,2mg / Kg IV

(Você deve ser capaz de abrir completamente a boca do paciente, sem resistência)

### Passo 9:

Intubação Traqueal

### Passo 10:

Observação e Monitorização pós-intubação

Passo 11: Manutenção da sedação e do bloqueio neuromuscular

### **DEFINIÇÃO**

Não se aplica.

### **OBSERVAÇÕES GERAIS**

Não se aplica.

## **POP 36 – ASSISTENCIA DA ENFERMAGEM NA INTUBAÇÃO EM ADULTOS**

### **OBJETIVO**

- Promover via aérea artificial para tratamento da Insuficiência Respiratória Aguda;
- Promover proteção de via aérea nos casos de rebaixamento do nível de consciência;
- Promover via aérea artificial para os casos de indução anestésica para cirurgias por inalação.

### **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

#### Indicações:

- ✓ Isolar a via aérea em pacientes com risco de aspiração;

- ✓ Pacientes que serão submetidos a cirurgias sob anestesia geral;
- ✓ Pacientes com dificuldade de ventilação por máscara facial ou laríngea;
- ✓ Insuficiência Respiratória Aguda ou crônica agudizada com contraindicação de ventilação não-invasiva.

### Complicações

- ✓ Complicações da intubação orotraqueal:
  - Intubação esofágica, levando à hipóxia e morte.
- ✓ Intubação seletiva, normalmente do brônquio-fonte direito, resultando em ventilação seletiva, colapsopulmonar contra-lateral e pneumotórax.
- ✓ Incapacidade para intubar, resultando em hipóxia e morte;
- ✓ Indução de vômito, levando à aspiração, hipóxia e morte;
- ✓ Luxação da mandíbula;
- ✓ Laceração de partes moles das vias aéreas, faringe posterior, epiglote e/ou laringe;
- ✓ Trauma sobre a via aérea resultando em hemorragia e possível aspiração;
- ✓ Fratura ou arrancamento de dentes (causados por movimento de alavanca);
- ✓ Ruptura ou vazamento do balonete do tubo, resultando em perda de vedação durante a ventilação;
- ✓ Lesão da coluna cervical por movimentação da cabeça durante o procedimento, convertendo uma possível lesão sem déficit neurológico.

### **Complicações durante a laringoscopia e intubação orotraqueal:**

- Traumatismo de lábios, língua, dentes, faringe, articulação temporo-mandibular;
- Hipertensão arterial, taquicardia, arritmia, hipertensão intracraniana e intra-ocular, hipoxemia e hipercarbica;
- Trauma da coluna cervical;
- Lesões ou perfurações das vias aéreas e esôfago;
- Intubação esofágica;
- Aspiração pulmonar de conteúdo gástrico.

### **Complicações na presença do tubo:**

- Intubação endobrônquica;
- Extubação acidental;
- Isquemia da mucosa traqueal pelo balonete muito insuflado;
- Broncoespasmo.

### **Complicações após extubação:**

- Laringoespasmo;
- Aspiração;
- Faringite e laringite;
- Edema laríngeo e subglótico;

- Ulceração da mucosa traqueal;
- Estenose traqueal;
- Pneumonia;
- Paralisia das cordas vocais (raro).

**Materiais Necessários:**

- EPI (luva estéril, máscara, óculos de proteção individual);
- Fluxômetro de oxigênio
- Monitor cardíaco e oxímetro de pulso;
- Cabo de Laringoscópio com bateria nova;
- Lâminas retas ou curvas de tamanhos infantil e adulto;
- Tubos endotraqueais com cuff intacto: tamanhos variados infantil e adulto;
- Tubos 7,0 a 8mm: mulheres adultas;
- Tubos 8 a 9mm: para homens adultos;
- Pinça de Magill: Intubação nasotraqueais
- Fonte de oxigênio testada;
- AMBU (Airway Maintenance Breathing Unit) com máscara facial transparente e reservatório;
- Material para aspiração;
- Guia estéril;

- Material para Broncoscopia e Traqueostomia;
- Seringa;
- Cuffômetro;
- Material para coletar amostra de secreção para cultura;
- Medicações para sedação e/ou bloqueio neuromuscular;
- Anestésico local;
- Lubrificante hidrossolúvel sem vasoconstrictor;
- Pilhas extras e lâmpadas de reserva;
- Dispositivos de detecção de CO<sub>2</sub> no ar expirado;
- Material para fixação do tubo;
- Estetoscópio;
- Ventilador mecânico testado e funcionando;

**Procedimento:**

AÇÃO	RESPONSÁVEL	REGISTRO	DESCRIÇÃO DA AÇÃO
Lavar as	Enferm		Lavando as mãos,

Mãos	eiro		prevenindo assim infecção;
Reunir o material	Enfermeiro		- Seleção do material apropriado em função das características anatômicas e da doença de base do paciente.
Testar o laringoscópio	Enfermeiro		Teste do cabo do laringoscópio, verificando a intensidade da luz ;
Testar o funcionamento do aspirador	Enfermeiro		Testar funcionalidade do aspirador, usando a sonda de aspiração de tamanho adequado;
Orientar o	Enfermeiro		Orientação ao

paciente	eiro		paciente sobre o procedimento, mesmo estando sedado, estabelecendo
			Relacionamento pessoal de confiança;
Monitorizar o paciente	Enferm eiro		Monitorizar o paciente com monitor cardíaco e oxímetro de pulso, avaliando a função respiratória;
Posicionar o paciente	Enferm eiro		Posicionar o médico de modo que o médico fique junto a sua cabeça, alinhamento do eixo oro-faringo- laríngeo e restringi-lo se

			necessário, facilitando o procedimento;
Oferecer aos médicos os EPIs	Enfermeiro e Técnico de enfermagem		Oferecer ao médico paramentação com luvas e óculos;
Oferecer pré oxigenação	Enfermeiro		- Pré-oxigenação a 100% (3-5 minutos);
Administrar sedativos	Enfermeiro		- Administração de sedativos e relaxantes musculares;
Manter pescoço do paciente adequado	Enfermeiro		Manter o pescoço do paciente levemente estendido com o queixo anteriorizado A

			<p>extensão extrema do pescoço pode provocar obstrução das vias aéreas e interferir na visualização da laringe;</p>
<p>Conectar o oxigênio</p>	<p>Enfermeiro</p>		<p>Conectar a borracha de latéx na fonte de oxigênio ao ambu e máscara, se necessário, assegurando o funcionamento adequado do ambu e da máscara;</p>
<p>Fornecer material</p>	<p>Enfermeiro</p>		<p>Fornecimento do material para que o médico realize o</p>

			procedimento;
Realizar  procedimento	Médico		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abertura da cavidade oral e introdução do laringoscópio pelo lado direito da boca;</li> <li>- Deslocamento da língua pela esquerda;</li> <li>- Se lâmina reta: Após a introdução, retirá-la gradualmente até que as cordas vocais tornem-se visíveis (elevação da epiglote pelalâmina);</li> <li>- Se lâmina curva: Introdução gradual até que a epiglote seja visível e a lâmina inserida na valécula (tração da epiglote</li> </ul>

			<p>pela lâmina);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suave pressão ao nível da cricóide pode ser necessária (Manobra de Sellick), para facilitar a visualização e diminuir o risco de aspiração;</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Importante manter uma tração ao longo do eixo do corpo do laringoscópio (sem movimentação do punho e apoio no lábio superior);</li> <li>- Inserção do tubo à direita da lâmina (não obstruir a concavidade da lâmina);</li> </ul>

			- Confirmar posicionamento adequado: Detecção de CO2 ou Ausculta: epigástrico => HTE => HTD          fixação adequada.
Administrar os Medicamentos	Enfermeiro		Administração de medicamentos conforme prescrição médica;
Observar expansibilidade torácica	Enfermeiro		Observar expansibilidade torácica e estabilização dos sinais vitais do paciente;
Registrar o procedimento	Enfermeiro		Registro do procedimento em livro

			próprio
--	--	--	---------

**CUIDADOS A SEREM OBSERVADOS:**

- O procedimento de intubação não deve ultrapassar 30 segundos;
- Monitorar durante todo o procedimento: SpO<sub>2</sub>, PA e FC;
- Oxigenar o paciente (FiO<sub>2</sub> 100%) após as tentativas de intubação sem sucesso (SpO<sub>2</sub> < ou = 90);
- Após a intubação, insuflar o cuff (+ ou – 10ml de ar);
- Confirmar posicionamento adequado do tubo;
- Fixar o tubo endotraqueal adequadamente;
- Trocar a fixação da cânula a cada 24 horas, examinar a pele e a mucosa oral;
- Manter cânula centralizada;
- Manter a pressão do cuff em torno de 20 a 25mmHg; monitorar a cada 06 horas;
- Afrouxar os fixadores da cânula pelo menos 01 vez ao dia e oferecer cuidados à pele;
- Manter via de insuflação do cuff livre da fixação;
- Confirmar posicionamento adequado da cânula após troca da fixação, procedimentos de mobilização, outtransporte;
- Manter cânula livre de peso do circuito ventilatório;
- Conter pacientes com agitação psicomotora e não cooperativos.

## **AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE:**

- Oxigenar o paciente (FiO<sub>2</sub> 100%) após as tentativas de intubação sem sucesso (SpO<sub>2</sub> < ou = 90). Registrar no formulário de notificação de risco o possível evento para Exturbação Acidental.

## **DEFINIÇÃO**

- Nasotraqueal e Orotraqueal;

- É a inserção de uma cânula através da boca ou narina, chegando até a traqueia. EPI:

Equipamento de Proteção Individual.

## **OBSERVAÇÕES GERAIS**

Sempre manter o carro de emergência em regiões próximas

O ventilador mecânico deverá ser previamente montado e testado e instalado com os parâmetros determinados pelo médico.

## **POP 37 - ROTINA DE TROCAS DE DISPOSITIVOS E ARTIGOS**

## **OBJETIVO**

- Oferecer um importante instrumento de apoio para a prevenção e redução das Infecções

Relacionadas á Assistência à Saúde (IRAS).como as Infecções do Trato Respiratório, Trato Urinário, Corrente Sanguínea e Sítio Cirúrgico, contribuindo para a redução de riscos nos serviços da unidade. Sendo uma importante ferramenta para o profissional de saúde para melhor assistência ao nosso paciente.

### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- OBS: O executor dos procedimentos será a equipe de Multiprofissionais.

MATERIAL	FREQUÊN CIA DE TROCA	OBSERVAÇÃO
Almotolias	72 horas (3 dias)	Evitar completar o volume sem desprezar o resíduo.
Ambú		Em uso individual trocar em caso de sujidadevisível
Acesso intraósseo	72 a 96 horas	Trocar curativo a cada 48 horas ou quando sujo

Cateter de oxigênio	Seco: 72 horas  Úmido: 24 horas	Trocar na presença de sujidade.
Cateter para Monitoração da Pressão Arterial (PAM)	A cada 96 horas	Não trocar rotineiramente, troca de transdutor a cada 96 horas juntamente com seus acessórios e soluções para flush.
Conectores	A cada 96 horas	A cada 96 horas de acordo com a recomendação do fabricante.
Cateter para Hemodiálise		Sem troca programada, apenas com suspeita de infecção.
Cateter venoso central de curta permanência	Não há indicação de troca pré-	Trocar se:  1) Secreção purulenta no local de inserção.

	<p>programada; tempo máximo de 30 dias.</p>	<p>2) Suspeita de IPCS com instabilidade hemodinâmica ou IPCS confirmada.</p> <p>3) Mau funcionamento.</p>
<p>Cateter semi-implantável</p>	<p>Não há indicação de troca pré-programada</p>	<p>Trocar se:</p> <p>1) Secreção purulenta no túnel ou em sítio de inserção com falha do tratamento sistêmico.</p> <p>2) IPCS suspeita com instabilidade hemodinâmica ou IPCS confirmada.</p> <p>3) Mau funcionamento.</p>
<p>Cateter venoso periférico / Jelcos e</p>	<p>Troca a cada 72 dias</p>	<p>Sem rotina de troca em pacientes com acesso</p>

Scalps	96horas	venoso difícil, neonatos e crianças.
Cateter de Curta Permanência  Cateter Central de Inserção Periférica (PICC)	Não há troca rotineiram ente desse cateter	Trocar se:  1) Secreção purulenta no local de inserção.  2) IPCS suspeita com instabilidade hemodinâmica ou IPCS confirmada.  3) Mau funcionamento.  Previr necessidade por >21 dias, preferir utilizar cateter de médio longa permanência.
Cateter Periférico		Não deve ser trocado em um período inferior a 96 horas (avaliar o sitio de punção 1 vez por turno).

		<p>OBS: Em crianças e em RN não deverão ser trocados rotineiramente se faz necessário a avaliação do sítio de punção 2 vezes por turno.</p>
Cateter vesical de demora		<p>O intervalo é determinado pelo fabricante, devido a desgaste do material, obstrução ou presença de excesso de grumos no circuito.</p>
Circuito de Ventiladores		<p>Só se tiver visivelmente sujo ou mau funcionamento.</p>
Circuito de respirador	<p>Trocar a cada 7 dias</p>	<p>Ou sempre que houver sujidade visível ou mau funcionamento do mesmo.</p>

<p>Curativo de acesso venoso profundo</p>	<p>Micropore e gaze: 24 hs</p> <p>Filme transparente: 5 a 7 dias</p>	<p>Micropore e gaze: em caso de apresentar sujidade, má aderência ou estiver úmido.</p> <p>Filme transparente: de acordo com a orientação do fabricante ou em caso de apresentar sujidade, má aderência ou sangramento.</p> <p>Em pediatria e neonatal, considerar apenas sujidade, má aderência ou sangramento. Colocar a data de realização do curativo e o nome do responsável.</p>
<p>Coletor de urinário sistema aberto (jontex + sacola plástica)</p>	<p>Cada 24 horas</p>	<p>Caso haja necessidade.</p>

<p>Cânulas do sistema endovenoso (torneirinhas)</p>	<p>72 a 96 horas</p>	<p>A presença de coágulos requer troca imediata</p>
<p>Equipo para administração intermitente de medicamentos(ex.: antibióticos)e bureta.</p>	<p>A cada 24 horas</p>	<p>O sistema de infusão deve ser trocada na suspeidade IPCS.</p>
<p>Equipo de hemoderivados e quimioterápicos</p>	<p>A troca a cada etapa</p>	<p>A cada infusão, utilizar equipo único parahemoderivados. O tempo de infusão não poderá exceder mas de 4 horas.</p>
<p>Equipo para infusão:  Contínua (macrogotas /microgotas PVC / bomba deinfusão</p>	<p>72 a 96 horas (Maximo4 dias)</p>	<p>Utilizar equipo único para NPP/NPT, ou lípides e trocar a cada etapa.</p>

Equipo de nutrição enteral	Troca a cada 24 horas	Utilizar equipo único, trocar em caso de obstrução.
Equipo de Emulsões Lipídicas	A cada frasco	Utilizar equipo único para Emulsões Lipídicas.
Extensores	72 a 96 horas	A presença de coágulos requer troca imediata.
Flebotomia		Não há recomendação para esta via de forma rotineira
Frasco / vidro e borracha de aspiração	12 horas	Ou se necessário
Macronebulizador	A cada 24 horas	Ou se necessário
Micronebulizador	A cada 12 horas	Ou se necessário

Sistema fechado de aspiração	Preconiza pelo fabricante	A cada 72 horas ou quando houver sujidade.
SwanGanz	5 dias	Não usar o introdutor como via de acesso
Termômetro	Não aplicado	Após cada uso, fazer desinfecção com álcool 70%. Guardar em vidrossecos.
Umidificadores	A cada 24 horas	Ou se necessário

## DEFINIÇÃO

- AI - Boa evidência que sustente a recomendação e Evidência de >1 estudos randomizados e controlados  
 CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

PAM – Cateter para Monitoração da Pressão Arterial  
 PICC – Cateter Central de Inserção Periférica

## OBSERVAÇÕES GERAIS

- Antes e após a cada procedimento, realizar a higienização das mãos e observar o uso

adequado dos EPIs.

- Todo o procedimento deve ser identificado com o nome do profissional que realizou a troca e datado. Com o objetivo de prevenir a admissão de pacientes com colonização e/ou infecção em cateteres que tenham sido introduzidos em outra instituição hospitalar orientamos a troca dos mesmos, exceto em pacientes com acesso venoso difícil, neonatos e crianças. O paciente proveniente de outra instituição em uso de cateter gástrico, vesical, venoso (periférico e profundo) e tubo endotraqueal, os referidos dispositivos devem ser trocados, a não ser que comprometa o estado geral do paciente.

## **POP 38 – USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL E ROTINAS DE ISOLAMENTOS/ PRECAUÇÕES**

### **OBJETIVO**

- Oferecer segurança aos funcionários, evitando e minimizando os riscos à saúde, uma vez que o histórico médico pode não identificar com total confiabilidade todos os pacientes portadores de doenças infecciosas transmissíveis, seja por via sanguínea (como HIV, hepatites B e C, etc) ou por patógenos de transmissão por via respiratória (tuberculose, sarampo, etc). Portanto, precauções baseadas na forma de transmissão devem ser tomadas para TODOS os pacientes no contato com SANGUE E SECREÇÕES

CORPÓREAS.

## **PROCESSOS RELACIONADOS**

### **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRECAUÇÃO BASEADA EM TRANSMISSÃO**

#### Precaução Padrão:

#### Indicação:

- Devem ser seguidas para TODOS os pacientes, independente da suspeita ou não de infecções. Recomendações:

- Higienize as mãos;
- use luvas apenas quando houver risco de contato com sangue, secreções ou membranas mucosas. Calce-as imediatamente antes do contato com o paciente e retire-as logo após o uso, higienizando as mãos em seguida. É proibido o uso do mesmo par de luvas entre pacientes diferentes;
- use óculos, máscara e/ou avental quando houver risco de contato de sangue ou secreções, para proteção da mucosa dos olhos, boca, nariz, roupa e superfícies corporais;
- descarte, em recipientes apropriados, seringas e agulhas, sem desconectá-las ou reencapá-las.

#### Precaução de Contato:

### Indicações:

- infecção ou colonização por *Pseudomonas* e *Acinetobacter* resistentes a carbapenêmicos , *Staphylococcus aureus* resistentes a oxacilina (MRSA), *Enterococcus* resistentes a vancomicina (VRE), varicela, infecções de pele e tecidos moles com secreções não contidas no curativo, impetigo, herpes zoster disseminado ou em imunossuprimido, entre outros.

### Recomendações:

- Higienize as mãos antes e após o contato com o paciente; use óculos, máscara cirúrgica e avental quando houver risco de contato com sangue ou secreções e descarte adequadamente os perfuro cortantes;
- Use luvas e avental em toda manipulação do paciente, de cateteres, de sondas, do circuito e do equipamento ventilatório e outras superfícies próximas ao leito. Coloque-os imediatamente antes do contato com o paciente ou com as superfícies e retire-os logo após o uso, higienizando as mãos em seguida;
- Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, a distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro;
- Equipamentos como termômetro, esfigmomanômetro e estetoscópios devem ser de uso exclusivo do paciente e higienizados após o uso;
- Evitar acúmulo de caixas de luvas e materiais ao lado do paciente, pelo risco de

contaminação, levar apenas o de uso, caso contrário, desprezar tudo na saída do paciente;

- Quarto privativo em secreções não contidas, como traqueostomia, diarreia em incontinente (consultar SCIH). Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, a distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro.

#### Precaução para Gotículas:

#### Indicações:

- meningites bacterianas, coqueluche, difteria, caxumba, influenza, rubéola, etc.

#### Recomendações:

- Higienize as mãos antes e após o contato com o paciente; use óculos e avental quando houver risco de contato com sangue ou secreções e descarte adequadamente os perfuro cortantes;
- Utilize máscara cirúrgica sempre que for prestar assistência;
- Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outros infectados pelo mesmo microrganismo. A distância mínima entre os leitos deve ser de um metro;
- O transporte do paciente deve ser evitado, mas, quando necessário, ele deverá usar

máscara cirúrgica durante toda sua permanência fora do quarto.

#### Precaução para Aerossóis:

#### Indicações:

- Suspeita ou confirmação de tuberculose pulmonar ou laríngea, varicela ou zoster disseminado, sarampo.

#### Recomendações:

- Higienize as mãos antes e após o contato com o paciente; use óculos e avental quando houver risco de contato com sangue ou secreções e descarte adequadamente os perfuro cortantes;
- O profissional de saúde usa máscara PFF2 ou N95 sempre;
- Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outros infectados pelo mesmo microrganismo. A distância mínima entre os leitos deve ser de um metro;
- O transporte do paciente deve ser evitado, mas, quando necessário, ele deverá usar máscara cirúrgica durante toda sua permanência fora do quarto e o profissional que o acompanha continua utilizando a máscara PFF2 ou N95.

## DEFINIÇÃO

- Não se aplica.

## OBSERVAÇÕES GERAIS

### Equipamentos:

- Uniforme: Será fornecido o uniforme para áreas restritas (calça e túnica), que deverão ser utilizados durante a assistência aos pacientes. Não pode ser utilizado fora das áreas para as quais se destinam (ex: centro cirúrgico);
- Sapato: fechado e limpo. Poderá ser o mesmo utilizado fora do ambiente hospitalar. Considerar a possibilidade de sapato de uso apenas no local do trabalho se houver condições de guarda adequada. De acordo com a NR 32 do Ministério do Trabalho recomenda-se o uso de sapatos fechados na assistência à saúde;
- Máscara cirúrgica: utilizada para precaução padrão e precaução por gotículas pelos profissionais da saúde e nos pacientes na suspeita ou confirmação de doenças transmitidas de forma respiratória (por aerossóis ou gotículas);
- Máscaras com filtro biológico (n95, PFF2): são de uso exclusivo do profissional da saúde para precaução com aerossóis. As máscaras PFF2 não têm tempo definido de uso, podendo ser reutilizadas não estiver suja, úmida ou dobrada, para tanto, sugerimos que se guarde na embalagem original, preferencialmente em saco

plástico poroso, sem lacre para evitar a umidade e proliferação de micro-organismos. Seu uso é sempre individual;

- Luvas de procedimento: devem ser usadas pelos profissionais da saúde, e trocadas após contato com cada paciente ou entre os diversos procedimentos em um mesmo paciente, ao manusear objetos ou superfícies sujas de sangue e/ou líquidos, para punções venosas e outros procedimentos. É proibido o uso coletivo de luvas com os pacientes, por exemplo, quando se vai verificar sinais vitais. É proibida a lavagem das luvas. É proibido o uso de luvas de procedimento para limpeza hospitalar. Sempre que for executar os serviços, seguir a regra de tipos de luvas: procedimentos, estéreis ou de borracha dependendo do procedimento.
- Luvas de borracha: manter a luva de borracha sempre seca interna e externamente. Observar a lavagem das luvas após o uso por dentro e por fora, secar com pano e lembrar-se de lavar as mãos após a retirada das mesmas. Devem ser utilizadas em limpeza geral e de materiais.
- Aventais: Utilizar sempre que houver risco de contato com materiais biológicos. O avental na situação de precaução de contato deve ser colocado apenas se houver contato direto com o paciente.  
  
O avental em situação de precaução de contato, desde que não esteja úmido ou com secreções, pode ser reutilizado no mesmo paciente (deixá-lo pendurado no quarto do paciente, sendo de uso individual para cada profissional e nos cuidados de

cada paciente em precaução).

Avental impermeável: usar quando estiver lavando os materiais e instrumentais na área suja. Avental plástico: usar para procedimentos com grande quantidade de sangue e/ou secreções.

- Óculos de proteção para os olhos: Devem ser usadas em procedimentos que gerem respingos de sangue ou secreções (líquidos), evitando-se assim exposição da mucosa dos olhos. Por exemplo, no momento de aspiração de secreções. Podem ser utilizados sobre os óculos de grau.
- Outros EPI(s) como botas, aventais plásticos deverão ser utilizados de acordo com a situação de risco.

#### **C.4.PROPOSTA FINANCEIRA**

A seguir, o IIFHES, apresentará sua Proposta Financeira para o Hospital de Saldanha Marinho.

Cabe ressaltar que mensuramos o volume de recursos destinados ao custeio de cada despesa de serviço, classificados segundo as rubricas de custeio das atividades descrita no edital de chamamento público, sendo elas: folha de pagamento e encargos trabalhistas; prestação de serviços e aquisição de material de consumo e outros.

Nossa proposta contemplou a estrutura prevista no Plano de Trabalho e necessidades constatadas pelo IIFHES, com o detalhamento do volume de recursos financeiros destinados a cada tipo de despesa, de acordo com as atividades previstas no termo de referência, respeitando o cronograma de desembolso mensal, o cronograma de implementação e execução das atividades previstas.

<b>TABELA 1 - ESTIMATIVA DE DESPESAS OPERACIONAIS - HMSM</b>		
<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>1 MÊS R\$</b>	<b>12 MESES R\$</b>
<b>1. Pessoal e Encargos</b>		
1.1 Remuneração de Pessoal	R\$ 65.000,00	R\$ 780.000,00
1.2 Benefícios	R\$ 1.000,00	R\$ 12.000,00
1.3 Encargos e Contribuições	R\$ 16.900,00	R\$ 202.800,00
1.4 Despesas de Provisionamento (13º e Férias)	R\$ 7.204,00	R\$ 86.448,00
1.5 Provisionamento Rescisões	R\$ 2.000,00	R\$ 24.000,00
1.6 Dissídios	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
1.7 Outras Formas de Contratação	R\$ 30.000,00	R\$ 360.000,00
<b>TOTAL PESSOAL</b>	<b>R\$ 127.104,00</b>	<b>R\$ 1.525.248,00</b>
<b>2. Materiais de Consumo</b>		
2.1 Uniformes e Identificação	R\$ 1.200,00	R\$ 14.400,00
2.2 Material de Consumo	R\$ 10.000,00	R\$ 120.000,00
<b>TOTAL MATERIAIS DE CONSUMO</b>	<b>R\$ 11.200,00</b>	<b>R\$ 134.400,00</b>
<b>3. Exames</b>		
3.1 Exames de Raio X	R\$ 7.500,00	R\$ 90.000,00
3.2 Eletrocardiograma	R\$ 500,00	R\$ 6.000,00
<b>TOTAL EXAMES</b>	<b>R\$ 8.000,00</b>	<b>R\$ 96.000,00</b>
<b>4. Serviços Terceirizados</b>		
4.1 Manutenção Preditiva, Prevetiva e Corretiva de Equipamentos de Ar Condicionados	R\$ 2.000,00	R\$ 24.000,00

4.2 Manutenção Predial Preventiva e Corretiva	R\$ 500,00	R\$ 6.000,00
4.3 Controlador de Acesso	R\$ 2.200,00	R\$ 26.400,00
4.4 Dedetização e Desratização	R\$ 650,00	R\$ 7.800,00
4.5 Coleta de Resíduo	R\$ 950,00	R\$ 11.400,00
<b>TOTAL DE SERVIÇOS TERCEIRIZADOS</b>	<b>R\$ 6.300,00</b>	<b>R\$ 75.600,00</b>
<b>5. Despesas Gerenciais e Administrativas</b>		
5.1 Supervisor do Contrato	R\$ 8.000,00	R\$ 96.000,00
5.2 Contabilidade / Contador	R\$ 3.500,00	R\$ 42.000,00
5.3 Monitoramento, Avaliação e Controle	R\$ 150,00	R\$ 1.800,00
5.4 Seguros	R\$ 250,00	R\$ 3.000,00
5.5 Custos Bancários	R\$ 90,00	R\$ 1.080,00
5.6 Tecnologia da Informação	R\$ 2.000,00	R\$ 24.000,00
5.7 Educação Permanente	R\$ 500,00	R\$ 6.000,00
5.8 Medicina do Trabalho	R\$ 1.000,00	R\$ 12.000,00
5.9 Biometria	R\$ 850,00	R\$ 10.200,00
5.10 Gestão de RH	R\$ 2.000,00	R\$ 24.000,00
5.11 Comprador	R\$ 2.500,00	R\$ 30.000,00
5.12 Energia Elétrica	R\$ 6.000,00	R\$ 72.000,00
<b>TOTAL DE DESPESAS GERENCIAIS E ADMINISTRATIVAS</b>	<b>R\$ 26.840,00</b>	<b>R\$ 322.080,00</b>
<b>*6. Outras Despesas (Especificar)</b>		
6.1 Programas e Aplicativos de Informática	R\$ 1.500,00	R\$ 18.000,00

6.2 Educação Continuada	R\$ 600,00	R\$ 7.200,00
6.3 Serviços Assistencial Médico	R\$ 8.000,00	R\$ 96.000,00
6.4 Serviços de Outros Profissionais da Saúde	R\$ 4.000,00	R\$ 48.000,00
6.5 Manutenção Predial e Adequações	R\$ 1.600,00	R\$ 19.200,00
6.6 Manutenção de Equipamentos	R\$ 1.500,00	R\$ 18.000,00
6.7 Manutenção de Equipamento Assistencial	R\$ 2.500,00	R\$ 30.000,00
6.8 Locação de Equipamentos Médicos	R\$ 2.000,00	R\$ 24.000,00
6.9 Locação de equipamentos Administrativos	R\$ 1.800,00	R\$ 21.600,00
6.10 Locação de Equipamentos Veículos	R\$ 3.000,00	R\$ 36.000,00
6.11 Tecnologia da Informação	R\$ 4.500,00	R\$ 54.000,00
<b>TOTAL DE OUTRAS DESPESAS</b>	<b>R\$ 31.000,00</b>	<b>R\$ 372.000,00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 210.444,00</b>	<b>R\$ 2.525.328,00</b>

<b>TABELA 2 - RESUMO DA ESTIMATIVA DE DESPESAS OPERACIONAIS - HMSM</b>		
<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>1 MÊS R\$</b>	<b>12 MESES R\$</b>
1. Pessoal e Encargos	R\$ 127.104,00	R\$ 1.525.248,00
2. Exames Equipamentos / Eletro e Raio X	R\$ 8.000,00	R\$ 96.000,00
3. Serviços Terceiros	R\$ 6.300,00	R\$ 75.600,00
4. Despesas Gerenciais e Administrativas	R\$ 26.840,00	R\$ 322.080,00

5. Outras Despesas (Especificar) - Matertial de Consumo	R\$ 42.200,00	R\$ 506.400,00
6. Investimentos (Especificar)	R\$ -	R\$ -
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 210.444,00</b>	<b>R\$ 2.525.328,00</b>

## C.5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O IIFHES, utiliza-se Deste Projeto para criar a visão do futuro, estruturada em fatores ambientais externos e fatores internos onde definimos os valores, visões e missão da organização neste projeto.

É importante ressaltar que as ações serão atualizadas e revistas se necessário, continuamente a fim de que a resolutividade assistencial, o alcance de metas e objetivos do contrato sejam atingidas, respeitando todas as premissas contratuais bem como a co-gestão firmada.

Acreditamos que este é o passo essencial para que não haja variações do que foi planejado para o que será executado.

Finalizamos este projeto com a convicção de que a CO – GESTÃO DO HOSPITAL SALDANHA MARINHO será executados com excelência.

# ANEXO I

<b>DIMENSSONAMENTO DA EQUIPE POR PLANTÃO</b>		
<b>PROFISSIONAL</b>	<b>DIA</b>	<b>NOITE</b>
Médico Clínico	1	1
Enfermeiro	1	1
Técnico de Enfermagem	2	2
Farmacêutico	1	0
Limpeza	2	0
Porteiro	0	1
Recepcionista	1	0
Lavanderia	1	0
RX (Técnico de Radiologia)	1	1
Coordenador de Enfermagem	1	0
Coordenador Administrativo	2	0
Cozinha	1	0