EDITAL n º 59/2019

PROCESSO nº 5486/2018

PROPOSTA DE PROGRAMA DE TRABALHO PARA ORGANIZAÇÃO, ADMINISTRAÇÃO E GERENCIAMENTODAS UNIDADES DO SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO DOS BAIRROS MARANDUBA E IPIRANGUINHA E BASE DESCENTRALIZADA DO SAMU/UBATUBA

CHAMAMENTO Nº 11/2019

LOTE:2

Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Conteúdo

1. APRESENTAÇÃO 4

2. INTRODUÇÃO 19

2.1 – Delineamento das Diretrizes 23

3. O MUNICÍPIO 40

4. MODELO GERENCIAL 50

4.1 – Procedimentos dos Serviços Assistenciais 50

4.2 – Protocolos de Atendimentos 302

Infecção Do Trato Urinário– (Itu) 302

Protocolo De Cetoacidose Diabética E Estado Hiperosmolar Hiperglicêmico Em Adultos 309

Síndrome Respiratória Aguda Grave (Srag) 317

Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico 328

Acidente Vascular Cerebral Isquêmico 332

Parada Cardiorrespiratória 337

Iam com supradesnível de ST 342

Protocolo de emergências ATLS 362

4.3 - Atividades implementadas para os serviços prestados nas unidades .. 376

4.3.1 – Educação Permanente 376

4.3.2 – Programa de Saúde Ocupacional 387

4.3.3 – Comissões 409

Comissão de Ética de Enfermagem 435

4.4 – Organização específica do serviço de farmácia 439

4.4.4 - Arquivamento de Prontuários Médicos 459

4.5 Regimentos da Unidade de Pronto Atendimento 463

4.6 - Ações voltadas à qualidade relacionadas à satisfação dos pacientes e/ou acompanhantes, implantação de um serviço de acolhimento 519

Política de Gestão de Qualidade 519

Humanização e Ambiência 531

Serviço de Atendimento ao Usuário e Pesquisa de Satisfação 554

Pesquisa de Satisfação 561

4.7 - Recursos Humanos estimados, apontando, por categoria, a quantidade de profissionais, a carga horária de trabalho e o salário total (em reais) 571

4.8 - Organização das atividades de apoio, incluindo a sistemática de programas de manutenção predial e de equipamentos 572

Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar 572

Controladores de Acesso 573

Recepção 579

Serviço de Copa e Cozinha 579

Ouvidoria 580

Gerenciamento de risco 583

Hotelaria Hospitalar 586

Limpeza 587

Atividades Administrativas e Financeiras – Regulamentos e Manuais 597

Gestão De Pessoas 619

Arquivamento de Prontuários Médicos 636

Monitoramento de Indicadores 640

5. ATIVIDADE ASSISTENCIAL 646

5.1 – Estimativa de Atividade Mensal 646

5.2 – Demonstrativo de Despesas Mensais 647

1. APRESENTAÇÃO

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas
QUEM SOMOS
O IAPP, Instituto de Apoio a Políticas Públicas – é uma organização social de direito privado sem fins lucrativos, de caráter social e inclusivo. Atua de forma abrangente nas áreas da saúde, educação, esporte, cultura e assistência social.
Sua essência reside:
- Na valorização do indivíduo e seu entorno;
- Na promoção do bem estar social;
- No fomento do desenvolvimento sócio econômico e ambiental sustentável, e;
- No respeito ao protagonismo local.
- Ampla experiência na gestão de contratos na saúde pública, em conjunto com secretarias de saúde.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas
QUEM SOMOS
Administrando:
- UPAS;
- Atenção Básica de Saúde;
- SAMU;
- Prontos socorros;
- Maternidades;
- Entre outros.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas
O que é uma Organização Social?
Organização social ou O.S. é uma associação privada, com personalidade jurídica, sem fins lucrativos, que recebe subvenção do Estado para prestar serviços de relevante interesse público, como, por exemplo, a saúde pública, educação, assistência social, esporte e etc.
A expressão "organização social" designa um título de qualificação que se outorga a uma entidade privada, para que ela esteja apta a receber determinados benefícios do poder público, tais como dotações orçamentárias, isenções fiscais ou mesmo subvenção direta, para a realização de seus fins.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas
OBJETIVOS
Apresentar e desenvolver programas de atendimento direto à população, capazes de induzir o desenvolvimento humano amplo, com redução das diferenças sociais.
Estabelecer, com respeito e legalidade, junto aos poderes legitimamente constituídos, parcerias, convênios e contratos em projetos diversos, que auxiliem as populações que mais necessitam, vislumbrar novos horizontes através de eficientes ações, sejam na saúde, educação, esporte, cultura e/ou assistência social.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas
MISSÃO
Contribuir junto ao segmento institucional para a execução de atividades nas áreas de saúde, educação, esporte, cultura e assistência social, inovando e superando as expectativas do público alvo, ampliando sempre os serviços, através da tecnologia e dos elevados padrões de atendimento.
VISÃO
Ser reconhecido pela eficiência na gestão dos serviços prestados em prol da Inclusão Social através de projetos nas áreas de Saúde, Educação, Esporte, Cultura e Assistência Social.
VALORES
Integridade; Comprometimento; Responsabilidade Social; Atendimento Humanizado; Evolução Contínua; Inovação Tecnológica; Sustentabilidade e Responsabilidade Ambiental; Incentivo ao Ensino e à Pesquisa.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas
SERVIÇOS
O IAPP em suas definições estatutárias, habilita-se para uma atuação diversificada, seja com instituições públicas ou mesmo privadas.
Integram o rol destas competências, desde ações de pequena abrangência e bem focadas, até o planejamento e a execução de projetos macro, de elevada complexidade, que exigem atuação multidisciplinar.
Por definição colegiada, foram escolhidas as seguintes áreas para o desenvolvimento de projetos do IAPP: saúde, educação, esporte, cultura e assistência social.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas
SERVIÇOS
No desenvolvimento dos projetos do IAPP, busca-se de forma transversal, contemplar a assistência e o desenvolvimento social, promovendo bem estar e a geração de trabalho e renda.
Serviços de consultoria técnica setorial, são outra expertise do IAPP. Contemplam o diagnóstico e a avaliação de políticas de atuação com a reformulação das estratégias identificadas ou desenvolve novos processos de planejamento estratégico e situacional, com bases participativas na tomada de decisões.

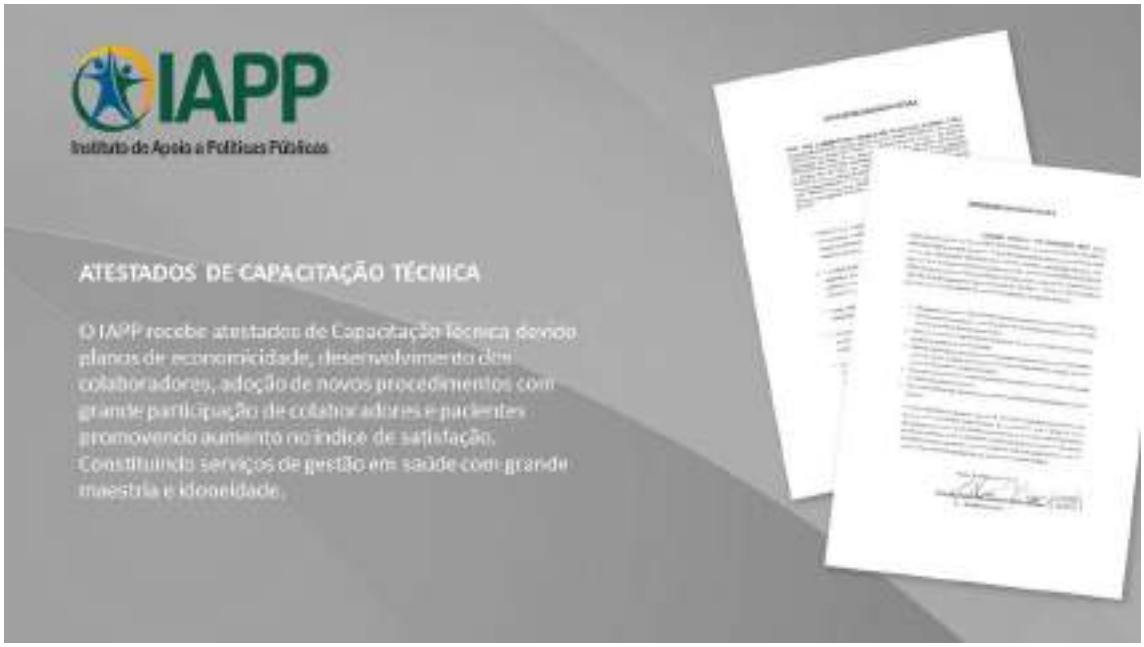
IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas
SAÚDE E PREVENÇÃO NAS COMUNIDADES
SERVIÇOS
Gestão de serviços na área de saúde, prestando assistência médica, ambulatorial e hospitalar;
Gestão de Programas, projetos e ações de desenvolvimento comunitário pautado na promoção da saúde;
Modernização administrativa e gerencial de unidades de assistência à saúde, visando redução de custos e melhor atendimento à comunidade;
Gestão de pesquisas científicas e tecnológicas, na área de saúde pública, com foco na melhoria da prestação dos serviços e no desenvolvimento social;

IAPP
IAPP NA ÁREA SOCIAL
Execução, transversal ou direta com os demais projetos do Instituto, que promovam o bem-estar social das comunidades atendidas.
Intervenções pontuais em comunidades em vulnerabilidade social.
Planejamento de ações integradas onde seja necessário, intervenções para o auxílio de pessoas dento de seu contexto sócio econômico e ambiental.

IAPP
CONSULTORIA TÉCNICA SETORIAL
SERVIÇOS
• Elaboração de trabalhos de consultoria técnica setorial, para o diagnóstico e a avaliação de planos, programas, projetos e ações, propondo a reformulação das estratégias quando necessário.
• Desenvolvimento de Planejamento Estratégico e Situacional, com bases participativas na tomada de decisões, para a formulação de políticas públicas, planos, programas, projetos ou ações.
• Modelagem de negócios, integrado a estudos de viabilidade técnica, econômica e financeira.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas
GESTÃO DE SAÚDE
Município em que o IAPP promoveu gestão no pronto-socorro.
MUNICÍPIO DE CASA BRANCA

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas
ONDE ATUAMOS
O IAPP atua nas principais Instituições de saúde pública.
UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
SUS
Saúde da Família
SAMU 192


IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas
ATESTADOS DE CAPACITAÇÃO TÉCNICA
O IAPP recebe atestados de Capacitação Técnica devido planos de economicidade, desenvolvimento dos colaboradores, adoção de novos procedimentos com grande participação de colaboradores e pacientes promovendo aumento no índice de satisfação. Constituindo serviços de gestão em saúde com grande maestria e idoneidade.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas
QUALIFICAÇÃO
Municípios em que o IAPP está qualificado
- Barretos
- Sabino
- Lins
- São Manuel
- Várzea Paulista
- Taboão da Serra
- Santana de Parnaíba
- Salto
- Agudos
- Piquete
- Ubatuba
- Queluz

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas
EXPERIÊNCIA DO CORPO TÉCNICO
Municípios em que o corpo técnico do IAPP está qualificado
UPA 24h
SUS
192

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

VANTAGENS DO CONTRATO DE GESTÃO IAPP

- Administração executada por profissionais selecionados, competentes e experientes
- Melhor aplicação dos recursos públicos
- Diminuição dos desperdícios
- Redução da verba destinada à saúde
- Gestão profissional independente

VISÃO DO FUTURO

Promover a mudança da sociedade por meio do trabalho social, contribuindo para a resolução de problemas das relações humanas. Através da aplicação de modernas teorias de comportamento e sistemas sociais, com respeito aos direitos das pessoas e à justiça social, o IAPP certamente fará parte daqueles que hoje constroem um mundo melhor para viver.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

IAPP
Nossas Ações
Gerenciar e executar programas de prevenção e atendimento integral à saúde;

IAPP
Nossas Ações
Promover a manutenção da saúde e ações para pesquisas, produção e distribuição de medicamentos;

IAPP
Nossas Ações
Manter e desenvolver educação e ensino em todos os níveis e modalidades, inclusive na formação inicial e continuada de trabalhadores em programas de aperfeiçoamento, capacitação, atualização e extensão, programas de treinamento, qualificação e requalificação profissional.

IAPP
Nossas Ações
Promover e realizar atividades de avaliação de estratégias e de impactos econômicos e sociais das políticas, programas e projetos científicos e tecnológicos e desenvolver atividades de gestão, suporte técnico e logístico a instituições públicas e privadas;

IAPP
Nossas Ações
Promover a assistência e desenvolvimento social mediante execução de programas, projetos e ações sócio-educativas, priorizando ações dirigidas às crianças, adolescentes e suas famílias, e executar programas de geração de renda e colocação no mercado de trabalho;

IAPP
Nossas Ações
Implantação do projeto de informatização e co-gerenciamento para a otimização da gestão na secretaria de saúde, controle de custos e melhor atendimento a comunidade.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas
PREFEITURAS COMO CLIENTE
O IAPP adéqua a excelência de ofertas de serviços à expectativa desejada pelo munícipe;
USUÁRIOS COMO CLIENTE
Gerar o bem estar dos pacientes, adequando o atendimento, de forma a possibilitar satisfação no cliente e eficiência no atendimento;
PRESTADORES DE SERVIÇOS COMO CLIENTE
Os processos readequados pelo IAPP permitam que um prestador de serviço competente seja reconhecido pelos resultados do seu trabalho;
RECURSOS HUMANOS
Motivar o quadro funcional, através de investimento na qualificação, e estímulo ao crescimento profissional e pessoal.

GERENCIAMENTO DE PROJETOS
IAPP
Controle de gestão em hospitais
Unidade de Pronto Atendimento
PSF
CAPS
NASF
Treinamento e capacitação
Informatização e gerenciamento em saúde
Cartão Cidadão
Remédio em casa
Laboratório Cidadão
Boca saudável
UPA
Cultura
Lazer
Cinema
Arte
Empreendedorismo

PORTFÓLIO
SAÚDE
Gestão de Urgências e Emergências;
Pronto Socorro;
Hospitais;
Upa;
Gestão de Atenção Básica;
PSF;
CAPS;
NASF;
Consultorias e Assessorias
Saúde Privada
Saúde Pública

PORTFÓLIO
SOCIAL
Trabalho Social com Famílias; Relacionamento e Intrafamiliar;
Oficina de Orientação Nutricional;
Oficina de Reaproveitamento de Alimento;
Oficina de Horta;
Oficina de Culinária;
Oficina de Empreendedorismo;
Oficina de Organização de Roupas;
Jiu-jitsu para Crescer e Fortalecer.

2. INTRODUÇÃO

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

Em meados da década de 40 (do século passado) o economista e sociólogo Max Weber obteve reconhecimento em sua obra “Teoria da Burocracia” e, a partir de então, boa parte dos Estados passaram a adotar o modelo burocrático para administrar. Faz-se necessário entender que este modelo de administração pública coloca o foco no procedimento a ser realizado pelos agentes, resultando em processos mais longos. Tal modelo, na visão do IAPP, encontra-se ultrapassado e não promove eficiência e

efetividade em políticas públicas de saúde, inclusive trazendo barreiras para a governança.

Em contrapartida, Osborne e Gaebler (1992) apresentam o modelo do Governo Empreendedor como uma forma pragmática de gestão pública.

As diretrizes desse modelo de gestão são:

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

2. Governo pertence à comunidade = A população passa a participar das decisões.

3. Governo Competitivo = Para fomentar a qualidade dos serviços prestados, criam-se mecanismos de competição dentro das organizações públicas, bem como entre o setor público e o privado.

4. Governo orientado por missão = A atenção deve ser voltada para a missão proposta. O foco deixa de ser as normativas formais.

5. Governo de resultados = A administração por objetivos deve ser adotada, visando focar no controle de outputs e o impacto de suas ações, ao invés do controle de inputs.

6. Governo orientado ao cliente = A referência que passa a mover as ações go governo é a atenção e necessidade dos cidadãos-clientes.

7. Governo Empreendedor = O governo procura outros meios, além do recolhimento de impostos, para aumentar seus ganhos, como aplicações e ampliação de prestação de serviços.

8. Governo Preventivo = Os comportamentos reativos à solução de problemas devem ser evitados. Para isso, há a necessidade de elaborar um planejamento estratégico que anteveja os potenciais problemas.

9. Governo descentralizado = Os colaboradores devem estar envolvidos em processos deliberativos tendo em vista que, além de promover a capacidade de inovação e resolução de problemas da administração, ocorrerá um aumento na autoestima e motivação desses colaboradores.

10. Governo orientado para o mercado = Deve-se criar agências regulatórias e institutos para prestar informações relevantes ao cidadão, promovendo novamente a ideia de cidadão-cliente, visando adentrar competitivamente no mercado com investimento em aplicações de risco e colocando-se como intermediário na prestação de certos serviços.

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

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

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

Além disso, o cidadão, ao perceber que está sendo tratado como o cliente que de fato é, responde positivamente.

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

O INSTITUTO DE APOIO A POLÍTICAS PÚBLICAS irá implementar esse projeto tendo como foco o cidadão-cliente. Esse modelo gerencial trará benefícios para a população, pois o tratamento no ambiente hospitalar será humanizado, proporcionando conforto e satisfação aos usuários.

O Ministério da Saúde elucida que a ambiência tem de ser acolhedora e confortável.

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

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

2.1 – Delineamento das Diretrizes

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

- Prestar os serviços de saúde que estão especificados no Edital de Seleção Pública SUPR/Nº 004/2013 e seus anexos de acordo com o estabelecido nesta proposta;

- Dar atendimento exclusivo aos usuários do SUS no estabelecimento de saúde cujo uso lhe fora permitido;

- Dispor, por razões de planejamento das atividades assistenciais, de informação oportuna sobre o local de residência dos pacientes atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando o município de residência;

- Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis sob sua guarda, assegurando-se o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis;

- A responsabilidade de que trata o item anterior estende-se aos casos de danos causados por falhas relativas à prestação dos serviços, nos termos do art. 14 da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor);

- Restituir, em caso de desqualificação, ao Poder Público, o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores dele recebidos;

- Administrar os bens móveis e imóveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de permissão de uso, até sua restituição ao Poder Público;

- Transferir, integralmente, ao município, em caso de desqualificação e consequente extinção da Organização Social de Saúde, o patrimônio, os legados ou doações que lhe foram destinados, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde nas unidades de saúde do Município de cujo uso lhe fora permitido;

- Contratar, se necessário, pessoal para a execução das atividades previstas neste Contrato de Gestão, responsabilizando-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, resultantes da execução do objeto desta avença;

- Instalar na Unidade, cujo uso lhe fora permitido, "Serviço de Atendimento ao Usuário", devendo encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde relatório mensal de suas atividades;

- Manter, em perfeitas condições de uso, os equipamentos e instrumentais necessários para a realização dos serviços contratados; bem como realizando as revisões periódicas e manutenções da edificação e seus equipamentos, através de empresa especializada em manutenção preventiva e corretiva de equipamentos médicos e instrumental, bem como de manutenção predial regular;

- Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou ao seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução de contrato de gestão;

- Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos, ressalvados os prazos previstos em lei;

- Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

- Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços;

- Afixar aviso, em lugar visível, de sua condição de entidade qualificada como Organização Social de Saúde, e de gratuidade dos serviços prestados nessa condição;

- Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto no Contrato de Gestão.

- Esclarecer os pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

- Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;

- Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes;

- Implantar a Comissão de Ética.

- Implantar a Comissão de Humanização;

- Implantação e Implementação de Protocolos Clínicos e Linhas de cuidados sobre as patologias e processos que possam ser solucionados no Pronto Socorro;

- Integração com o Complexo Regulador.

Ainda, conforme especificado em Edital (item 3.4), tendo em vista que funcionará com o perfil descrito, sob Contrato de Gestão, cabe ao Fiscalizador do

Contrato/Secretaria de Saúde, acompanhar os indicadores definidos no Contrato de Gestão.

O IAPP deve dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados. Deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais.

O IAPP deverá possuir um responsável técnico (médico), com registro no respectivo conselho de classe. Cada médico designado como Diretor/Responsável Técnico do Pronto Socorro, somente poderá assumir a responsabilidade técnica por uma única Unidade cadastrada pelo Sistema Único de Saúde.

A equipe médica deverá ser disponibilizada em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços e composta por profissionais das especialidades exigidas, possuidores do título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (Resolução CFM nº. 1634/2002), ensejando que realize a atividade assistencial quantificada no Contrato de Gestão.

O IAPP deverá possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimento escritos, atualizados e assinados pelo Diretor/Responsável Técnico. As rotinas devem abordar todos os processos envolvidos na assistência, que contemplem desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos.

O IAPP deverá adotar Prontuário Único do Usuário, com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento (médicos, equipe de enfermagem,

fisioterapia, nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam). Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo de Prontuários.

O IAPP deverá dispor de serviços de informática com sistema para gestão hospitalar que contemple no mínimo: marcação de consultas, exames complementares, controle de estoques (almoxarifado e farmácia), sistema de custos, prontuário médico (observando o disposto na legislação vigente, incluindo a Resolução CFM nº 1.639/2002), serviços de apoio e relatórios gerenciais, que permitam ao Fiscalizador do Contrato/Secretaria de Saúde acessar via Internet (WEB) e atendam aos indicadores e informações especificados no Contrato de Gestão. Caberá ao IAPP a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas e o encaminhamento dos relatórios ao Fiscalizador do Contrato/Secretaria de Saúde.

O IAPP deverá desenvolver uma Política de Gestão de Pessoas, atendendo as normas da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT/MTE, assim como deverá implantar e desenvolver uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR nº 32/2005 do TEM.

A gestão do deverá respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida.

O IAPP deverá dispor de um Núcleo de Manutenção Geral - NMG que contemple as áreas de manutenção preventiva e corretiva, predial, hidráulica e elétrica, assim como um serviço de gerenciamento de equipamentos de saúde. O rol de leis e normas sanitárias no qual as gerências deverão se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

• Lei 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde;

• Lei 8.142/90 – define Formas de Financiamento e Controle Social do SUS

• PNASS – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – define critérios e parâmetros de caráter qualitativos;

• Lei 9.431/97 – versa sobre a obrigatoriedade de manutenção de PCIH e constituição de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH nas Unidades Hospitalares;

• PT GM/MS 2.616 de 12 de maio de 1998 – estabelece as diretrizes e normas para prevenção e controle das infecções hospitalares, inclusive criação e organização da CCIH e manutenção de Vigilância Epidemiológica e Indicadores Epidemiológicos das Infecções Hospitalares;

• PT GM/MS 67 de 21/02/1985 – define uso e condições sobre o uso de saneantes e domissanitários (esta sofreu várias alterações e inclusões através das Portarias: N º 01/DISAD -27/06/85; N º 607 -23/08/85; N º 15/MS/SVS -23/08/88; N º 05 – 13/11/89; N º 122 – 29/11/93; N º 453/SNVS/DTN – 11/09/96; NO. 843/MS/SVS – 26/10/98);

• RDC 306 que complementa a RDC 50/2002 -substitui a Portaria 1884 de 11/11/1994 – estabelece normas destinadas ao exame e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde;

• PT GM/MS 1.863 de 29 de setembro de 2003 - institui a Política Nacional de Atenção às Urgências;

• PT GM/MS 1.864 de 29 de setembro de 2003 - institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192;

• PT GM/MS 2.048 de 5 de novembro de 2002 – aprova o regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

• PT GM/MS 1. 559 de 1º de agosto de 2008 - institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS,

• PT SVS/MS 453 – 01/06/1998 - aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências;

• PT GM/MS 221, de 15 de fevereiro de 2005 - institui a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia.

• PT MS/SAS 95 de 14 de fevereiro de 2005 – define e dá atribuições às Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Traumato-ortopedia, aos Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Traumato-ortopedia e aos Centros de Referência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia. Especifica as normas e rotinas para credenciamento das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia e habilitação dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia.

• PT MS/SAS 90 de 27 de março de 2009 - define Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia e Centro de Referência em Traumatologia e Ortopedia de Alta Complexidade.

• PT GM/MS Nº. 881 DE 19 de junho de 2001 - institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH;

• PT MS/SAS 202 de 19 de junho de 2001 - estabelece diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nos hospitais do Sistema Único de Saúde.

• PT GM/MS 401 de 16/03/2005 – institui o projeto de estruturação e qualificação dos serviços pré-existentes de ortopedia, traumatologia e reabilitação pós-operatória no âmbito do SUS – Projeto Suporte – INTO.

Do acolhimento:

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

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

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

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

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

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

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

A assistência qualificada é o resultado da articulação entre os serviços prestados e da integralidade dos cuidados, desde a entrada até a alta hospitalar. Nesse sentido, o IAPP propõe um modelo de gestão com uma atuação mais solidária e que envolva não só os trabalhadores da saúde, mas todos os atores envolvidos nos processos desenvolvidos no ambiente sob sua gestão.

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

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

Atendimentos - urgências hospitalares

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

A unidade de pronto atendimento estará apta a prestar serviço de atendimento resolutivo aos pacientes que buscarem a unidade apresentando quadros agudos ou crônicos quando de sua agudização e, ainda, pacientes encaminhados pela rede básica

municipal de maneira referenciada e ou trazido por serviço de remoção e atendimento pré-hospitalar, de acordo com a capacidade das referidas unidades;

SADT

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

Envio de informações e dados

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

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

Acesso remoto e simultâneo dos dados clínicos individuais e coletivos.

Maior legibilidade e consequente agilidade e confiabilidade.

Maior segurança.

Aumento da confidencialidade dos dados do paciente.

Grande flexibilidade na organização das informações.

Integração com outros sistemas de informação.

Captura automática de dados.

Processamento contínuo.

Apoio à decisão.

Apoio à pesquisa,

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

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

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

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

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

Mais tarde, as exigências do mercado competitivo levaram as empresas a buscar um modelo de gestão de qualidade, capaz de produzir com qualidade e custos reduzidos, enfatizando a satisfação do consumidor, e que viria substituir o então modelo taylorista (caracteriza-se pela ênfase nas tarefas, objetivando o aumento da eficiência ao nível operacional) , que ergue enormes obstáculos ao alcance destes objetivos, uma vez que o

planejamento, neste modelo, está distanciado da produção, a supervisão funciona como fiscalização e os trabalhadores realizam tarefas parciais e fragmentadas, não sendo estimulados a participar.

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

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

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

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

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

Definição de qualidade em saúde

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

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

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

Ele apresentou a qualidade baseada em sete pilares:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Cumprir as legislações aplicáveis à organização, seus processos, produtos e serviços.

- Garantir a segurança do paciente através de ações contínuas para minimizar riscos e evitar danos ao mesmo.

- Gerenciar riscos institucionais relacionados às atividades do processo, com foco na prevenção de problemas e segurança dos pacientes, colaboradores e terceiros.

- Promover ações de melhoria contínua dos processos, objetivando a qualidade e promovendo a satisfação de nossos clientes

- Promover a tomada de decisões pautada na análise crítica dos resultados.

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

Estrutura, Processo e Resultado.

Estrutura: Condições físicas, humanas e organizacionais em que o cuidado se dá.

Corresponde às características estáveis dos provedores para execução dos serviços, ou seja, os recursos, tanto físicos quanto humanos.

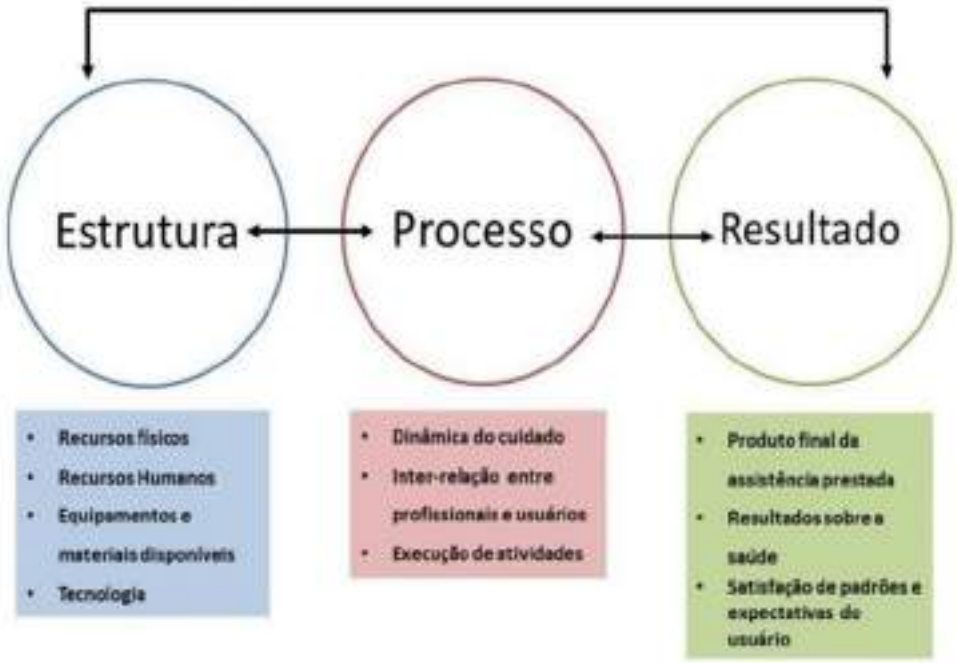
Estrutura física, equipamentos e insumos, quantidade e qualificação dos profissionais e recursos financeiros disponíveis para a manutenção da infraestrutura e da tecnologia para a viabilização dos serviços.

Processo: Inter-relação entre prestador e receptor dos cuidados.

Processo é compreendido como a execução das atividades e da dinâmica estabelecida nas relações entre profissionais de saúde e pacientes e deverá estar fortemente relacionado ao resultado para ser utilizado como estimativa da qualidade

Resultado: Produto final da assistência prestada, satisfação de padrões e expectativas.

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



Plano de organização

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

Partindo da adequada estruturação física e dos recursos humanos à proposta técnica estabelecida, os processos de trabalho serão mapeados em todos os níveis (técnico, administrativo, assistencial), estabelecendo-se os procedimentos operacionais

de cada atividade de modo a instrumentalizar a gestão local permitindo um contínuo treinamento, acompanhamento e avaliação das ações.

Implantação da comissão da qualidade

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

Coordenar, orientar, acompanhar e avaliar a implementação do Programa de Qualidade. Manter o conselho de coordenação de gestão estratégica, permanentemente informado a respeito do andamento e da evolução das atividades do programa.

Incentivar a participação dos funcionários, buscando a contínua conscientização em prol da qualidade.

O IAPP tem como proposta a implantação de um sistema de gestão da qualidade com a definição da identidade organizacional da Instituição, (negócio, missão, visão, valores, competência essencial e slogan), bem como o desenho de um Planejamento Estratégico, através de metodologia específica e reuniões com as partes interessadas.

A comunicação da identidade organizacional ocorrerá por meio de reuniões com a participação da diretoria, gerência e lideranças, com o objetivo de divulgar as novas diretrizes.

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

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

3. O MUNICÍPIO

A cidade de Ubatuba está localizada no litoral norte do Estado de São Paulo, distante 260 km da capital. Limita-se ao norte com Parati (Rio de Janeiro), ao sul com Caraguatatuba, a oeste com Cunha, São Luiz do Paraitinga e Natividade da Serra e a leste com o Oceano Atlântico. Possui 748 mil metros quadrados de área total, 102 praias e mais de 20 ilhas.

Ubatuba é cercada pela Serra do Mar e pela Mata Atlântica, sendo que cerca de 83% do seu território consiste em áreas de preservação.

A estimativa populacional pelo IBGE para o ano de 2016 foi de 87.364 habitantes. Segundo dados da Secretaria Municipal de Turismo de Ubatuba, a população flutuante na alta temporada mantém, por dia, uma média de 300.000 a 400.000 turistas com permanência entre 10 e 15 dias, chegando a picos de 1.000.000 turistas nos feriados do Natal, Ano Novo e Carnaval.

A população é constituída em grande parte, por imigrantes, que aqui vem se instalar procurando, principalmente, melhores condições de vida (entre elas o acesso aos serviços públicos de saúde) e de trabalho, caiçaras, sendo que parte destes vivem em áreas remotas e de sertões, duas aldeias indígenas e quatro comunidades remanescentes dos quilombolas.

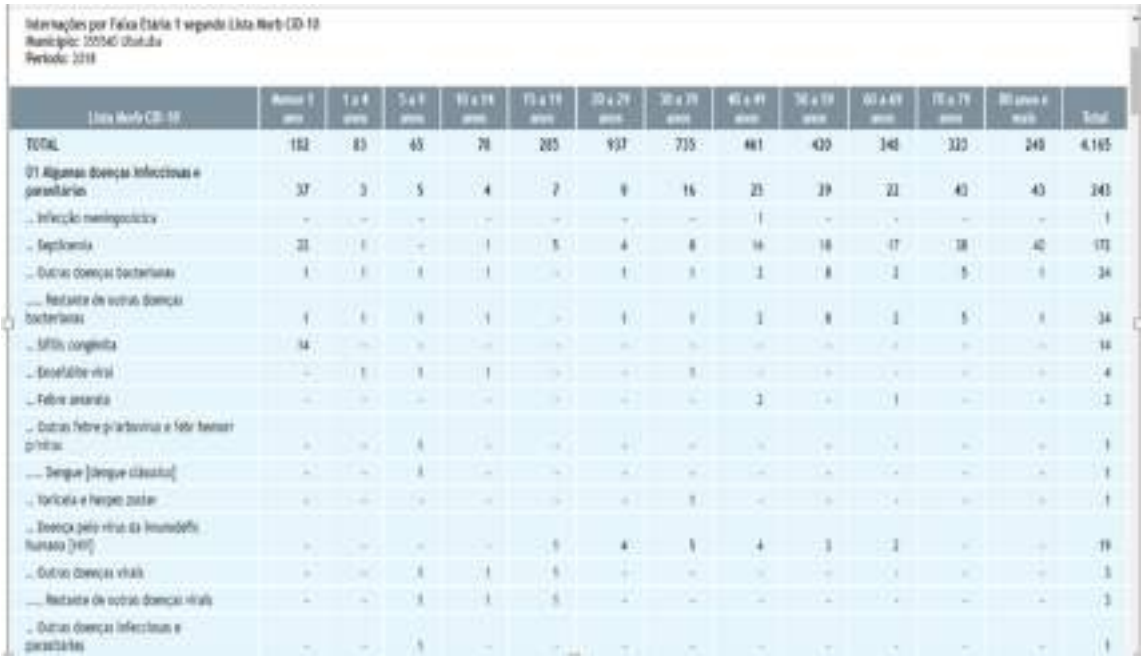
O perfil produtivo do Município apresenta predominância dos setores de serviços vinculados ao turismo. Muitos dos antigos moradores da zona costeira trabalham como caseiros das casas construídas nos loteamentos e grande número de pessoas desenvolvem serviços autônomos, como: agricultura, pesca, comércio nos quiosques nas praias e confecção de artesanatos.

Conforme o IBGE Ubatuba apresenta 43% da população com renda até 2 Salários Mínimos, dos quais 10% abaixo da linha de indigência (renda inferior a ¼ Salário Mínimo). Apresenta 40% da população entre 2 e 5 Salários Mínimos. A cidade conta com 42.211 pessoas em situação economicamente ativa onde 50% em empregos informais (Fonte: IBGE 2010).

A situação urbanística da cidade apresenta 60 mil domicílios onde 50% de uso ocasional (veraneio).

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

A seguir, as tabelas demonstram os motivos de internações por faixa etária.



Lista Morb CID-10	Menos 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
TOTAL	152	83	65	78	285	937	735	461	439	348	323	249	4.165
01 Algumas doenças infecciosas e parasitárias	37	3	5	4	7	9	16	25	29	22	43	43	243
.. Infecção meningocócica	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
.. Septicemia	23	1	-	1	5	4	8	14	18	17	38	42	171
.. Outras doenças bacterianas	1	1	1	1	-	1	1	2	8	2	5	1	24
.... Restante de outras doenças bacterianas	1	1	1	1	-	1	1	2	8	2	5	1	24
.. Sífilis congênita	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14
.. Encefalite viral	-	1	1	1	-	-	1	-	-	-	-	-	4
.. Febre amarela	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	3
.. Outras febres p/ arbovírus e febr hemorr p/ vírus	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
.... Dengue [dengue clássico]	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
.. Varicela e herpes zoster	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
.. Doença pelo vírus da imunodefic humana [HIV]	-	-	-	-	5	4	5	4	3	2	-	-	19
.. Outras doenças virais	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	3
.... Restante de outras doenças virais	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	3
.. Outras doenças infecciosas e parasitárias	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1

02 Neoplasias (tumores)	-	-	-	1	-	3	9	8	15	14	15	8	75
... Neoplasia maligna do lábio cavid oral e faringe	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1	-	1	6
... Neoplasia maligna do estômago	-	-	-	-	-	-	-	1	3	1	1	1	7
... Neoplasia maligna do estômago	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	4	2	8
... Neopl malig junção retosc reto bocc canal anal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
... Neopl malig fígado e vias biliares intra-hepat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	2
... Neoplasia maligna do pâncreas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	2
... Outras neoplasias malignas de órgãos digestivos	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	2
... Neoplasia maligna da traquéia brônquios e pulm	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	3	-	9
... Outros neopl malig órg respirat e intratorácic	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
... Neoplasia maligna da mama	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
... Neoplasia maligna do colo do útero	-	-	-	-	-	-	4	-	1	1	-	-	6
... Outras neopl malignas órgãos genitais femininos	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	1	-	3
... Neoplasia maligna da próstata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3	1	5
... Neoplasia maligna da bexiga	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	3	-	5
... Outras neoplasias malignas do trato urinário	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
... Neoplasia maligna do encéfalo	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	2	-	4
... Neopl malig outras partes sistema nerv central	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	2
... Neopl malig outr local mal def secun e não esp	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	2
... Leucemia	-	-	-	1	-	-	1	-	-	2	-	-	4
... Leiomioma do útero	-	-	-	-	-	-	2	3	-	-	-	1	6
... Outr neopl in situ benigs e comport incert desc	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	2
03 Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1	3	3	2	2	8	5	7	15	10	14	13	83
... Outras anemias	1	2	2	2	2	8	3	7	14	10	14	11	76
... Afecç hemorrág e outr doenç sang e órg hematop	-	1	-	-	-	-	2	-	1	-	-	2	6
04 Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	14	-	-	3	-	2	11	17	4	8	6	3	68
... Outros transtornos tireoidianos	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
... Diabetes mellitus	11	-	-	2	-	1	11	9	4	8	6	3	56
... Desnutrição	3	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-	8
... Outros transt endócrinos nutricionais metabólic	-	-	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	3
05 Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-	11	8	6	11	10	3	6	3	57
... Transt mentais e comportamentais dev uso álcool	-	-	-	-	-	-	-	3	3	-	-	-	9
... Transt ment comport dev uso outr subst psicoat	-	-	-	-	2	2	3	1	1	-	-	-	9
... Esquizofrenia transt esquizotípicos e delirant	-	-	-	-	6	4	3	5	4	3	6	3	32
... Transtornos de humor [afetivos]	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	3
... Outros transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-	2	2	1	1	3	-	-	-	9

06 Doenças do sistema nervoso	1	1	-	2	1	2	3	7	3	1	-	1	21
.. Doença de Alzheimer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
.. Epilepsia	1	1	-	1	1	1	1	5	1	1	-	-	13
.. Enxaqueca e outras síndromes de algias cefálic	-	-	-	1	-	-	1	1	-	-	-	-	3
.. Transtornos dos nervos raízes e plexos nervosos	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
.. Outras doenças do sistema nervoso	-	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	3
07 Doenças do olho e anexos	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	-	3
.. Outras doenças do olho e anexos	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	-	3
08 Doenças do ouvido e da apófise mastoide	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
.. Outras doenças do ouvido e da apófise mastoide	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1

09 Doenças do aparelho circulatório	2	-	1	-	-	14	28	56	103	112	100	78	494
.. Hipertensão essencial (primária)	-	-	-	-	-	1	1	1	1	-	-	-	4
.. Outras doenças hipertensivas	-	-	-	-	-	5	9	4	6	1	-	3	27
.. Infarto agudo do miocárdio	-	-	-	-	-	-	3	18	24	33	17	8	103
.. Outras doenças isquêmicas do coração	-	-	-	-	-	-	-	3	4	4	5	2	18
.. Embolia pulmonar	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	3
.. Transtornos de condução e arritmias cardíacas	-	-	-	-	-	3	-	1	2	-	1	1	8
.. Insuficiência cardíaca	-	-	1	-	-	1	3	18	24	37	31	26	112
.. Outras doenças do coração	2	-	-	-	-	1	1	-	1	-	-	1	6
.. Hemorragia intracraniana	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
.. Acid vascular cerebr não especi hemorrág ou isq	-	-	-	-	-	2	3	14	22	39	49	28	165
.. Aterosclerose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	2	-	5
.. Outras doenças vasculares periféricas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2	4
.. Embolia e trombose arterial	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
.. Outras doenças das artérias arteríolas e capil	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	1	-	4
.. Flebite tromboflebite embolia e trombose venos	-	-	-	-	-	-	4	5	6	1	4	3	24

10 Doenças do aparelho respiratório	19	17	11	9	4	10	16	21	45	43	49	40	345
.. Faringite aguda e amigdalite aguda	-	-	-	1	1	1	1	-	-	-	-	-	4
.. Pneumonia	13	14	8	8	-	13	8	17	35	32	28	38	254
.. Bronquite aguda e bronquiolite aguda	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	4
.. Doenças crônicas das amígdalas e das adenóides	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
.. Outras doenças do trato respiratório superior	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
.. Bronquite enfisema e outr doenç pulm obstr crôn	1	-	-	-	-	3	1	-	3	3	15	2	28
.. Asma	-	3	3	-	1	1	1	-	-	-	-	1	10
.. Outras doenças do aparelho respiratório	2	-	-	-	2	1	2	4	5	8	5	8	41

11 Doenças do aparelho digestivo	8	13	20	27	33	75	74	76	72	53	33	14	488
.. Outros transtornos dentais e estruturas de suporte	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
.. Outr doenç cavidade oral, glând salv e mandíbul	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	4
.. Doença gástrica e duodenal	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	-	-	4
.. Outras doenças do estômago, intestino e duodeno	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1	3
.. Doenças de apêndice	-	-	11	14	13	18	18	7	6	3	1	-	91
.. Hérnia inguinal	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	1	7
.. Outras hérnias	1	-	-	-	-	-	1	1	1	1	-	-	6
.. Doença do trânsito e cólon alcoólico	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
.. Res gastrintes e obstrução intestinal s/hérnia	-	1	1	-	1	1	2	4	4	9	1	-	24
.. Doença diverticular do intestino	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	-	3
.. Outras doenças dos intestinos e peritônio	1	4	1	1	3	6	4	5	5	1	1	-	31
.. Doença alcoólica do fígado	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	2
.. Outras doenças do fígado	-	-	-	1	-	3	1	11	11	2	-	1	30
.. Colelitíase e colecistite	-	-	-	1	1	8	15	11	6	8	1	1	57
.. Pancreatite aguda e outras doenças do pâncreas	-	-	-	-	-	7	7	3	4	4	1	1	27
.. Outras doenças do aparelho digestivo	1	0	5	7	15	11	11	11	15	10	11	4	112

11 Doenças do aparelho digestivo	8	13	20	27	33	75	74	76	72	53	33	14	488
.. Outros transtornos dentais e estruturas de suporte	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
.. Outr doenç cavidade oral, glând salv e mandíbul	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	4
.. Doença gástrica e duodenal	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	-	-	4
.. Outras doenças do estômago, intestino e duodeno	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1	3
.. Doenças de apêndice	-	-	11	14	13	18	18	7	6	3	1	-	91
.. Hérnia inguinal	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	1	7
.. Outras hérnias	1	-	-	-	-	-	1	1	1	1	-	-	6
.. Doença do trânsito e cólon alcoólico	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
.. Res gastrintes e obstrução intestinal s/hérnia	-	1	1	-	1	1	2	4	4	9	1	-	24
.. Doença diverticular do intestino	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	-	3
.. Outras doenças dos intestinos e peritônio	1	4	1	1	3	6	4	5	5	1	1	-	31
.. Doença alcoólica do fígado	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	2
.. Outras doenças do fígado	-	-	-	1	-	3	1	11	11	2	-	1	30
.. Colelitíase e colecistite	-	-	-	1	1	8	15	11	6	8	1	1	57
.. Pancreatite aguda e outras doenças do pâncreas	-	-	-	-	-	7	7	3	4	4	1	1	27
.. Outras doenças do aparelho digestivo	1	0	5	7	15	11	11	11	15	10	11	4	112

12 Doenças da pele e do tecido subcutâneo	4	10	10	4	6	17	26	27	21	18	14	7	164
.. Infecções da pele e do tecido subcutâneo	3	9	10	2	4	13	20	19	12	12	8	1	113
.. Outras doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	1	-	2	2	4	6	8	9	6	6	6	51
13 Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1	-	1	1	-	4	6	13	10	6	3	1	46
.. Artrite reumatóide e outr poliartropatias infl	1	-	-	1	-	1	-	-	1	2	1	1	8
.. Deformidades adquiridas das articulações	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
.. Outros transtornos articulares	-	-	1	-	-	-	-	3	2	1	-	-	7
.. Doenças sistêmicas do tecido conjuntivo	-	-	-	-	-	-	1	-	4	-	-	-	5
.. Outras dorsopatias	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	-	3
.. Transtornos do tecido mole	-	-	-	-	-	1	2	2	-	1	1	-	7
.. Transtornos da densidade e da estrutura ósseas	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	1	-	4
.. Osteomielite	-	-	-	-	-	1	1	1	1	-	-	-	10
.. Outras doenças sist osteomuscular e tec conjunt	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1

14 Doenças do aparelho geniturinário	7	6	6	7	19	41	32	27	27	32	20	13	227
.. Outras doenças glomerulares	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
.. Doenças renais túbulo-intersticiais	-	-	-	1	-	1	1	2	1	-	-	-	6
.. Insuficiência renal	-	-	-	-	1	2	1	8	9	13	7	5	46
.. Urolitíase	-	-	-	-	-	1	2	2	2	-	1	-	8
.. Outras doenças do aparelho urinário	7	4	3	3	11	15	9	4	6	7	10	5	84
.. Preprúcio redundante fimose e parafimose	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
.. Outras doenças dos órgãos genitais masculinos	-	-	2	2	-	-	-	-	2	-	-	1	8
.. Transtornos da mama	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	-	-	3
.. Salpingite e ooforite	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
.. Outras doenças inflamat órgãos pélvicos femin	-	-	-	-	2	4	3	2	1	1	-	1	15
.. Prolapso genital feminino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
.. Transt não-inflam ovário tromp Fatápio lig larg	-	-	-	1	3	5	3	-	-	-	1	1	14
.. Outros transtornos do aparelho geniturinário	-	-	-	-	2	11	13	7	5	-	-	-	38

15 Gravidez parto e puerpério	-	-	-	7	171	658	425	67	-	-	-	-	1.328
.. Aborto espontâneo	-	-	-	-	2	2	1	2	-	-	-	-	7
.. Outras gravidezes que terminam em aborto	-	-	-	1	11	62	46	14	-	-	-	-	134
.. Edema protein transt hipertens grav parto puerp	-	-	-	-	3	31	31	2	-	-	-	-	67
.. Placent prév descol prenat plac hemor antepart	-	-	-	-	-	2	1	-	-	-	-	-	3
.. Outr mot ass mãe rel cav fet amn pos prob part	-	-	-	1	15	55	39	8	-	-	-	-	118
.. Trabalho de parto obstruído	-	-	-	1	9	23	16	3	-	-	-	-	52
.. Outras complicações da gravidez e do parto	-	-	-	3	56	202	135	26	-	-	-	-	421
.. Parto único espontâneo	-	-	-	3	72	261	146	12	-	-	-	-	493
.. Compl pred rel puerpério e outr afecç obst HDOP	-	-	-	-	3	12	10	-	-	-	-	-	25
16 Algumas afec originadas no período perinatal	65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	65
.. Ret cres fet desn fet tran gest curt baix peso	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11
.. Outros transt respiratórios orig per perinatal	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
.. Doenças infecciosas e parasitárias congênitas	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
.. Outras afecções originadas no período perinatal	47	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	47

17 Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	2	1	-	-	2	-	-	-	-	1	-	-	6
.. Malformações congênitas do aparelho circulat	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
.. Outras malformações congênitas aparelho digest	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
.. Testículo não-descido	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	2
.. Deformidades congênitas dos pés	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
18 Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	-	-	-	-	-	-	2	2	3	2	1	2	12
.. Dor abdominal e pélvica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
.. Outr sint sinais achad anorm ex clín labor NCOP	-	-	-	-	-	-	2	2	3	1	1	2	11

19 Lesões enven e alg out conseq causas externas	1	7	8	10	28	88	68	90	57	31	14	21	417
.. Fratura do pescoço tórax ou pelve	-	-	-	-	-	1	2	2	1	1	-	-	7
.. Fratura do fêmur	-	-	-	3	4	6	4	5	3	5	2	8	40
.. Fratura de outros ossos dos membros	-	4	3	3	7	23	28	21	18	14	2	4	127
.. Fraturas envolvendo múltiplas regiões do corpo	-	-	-	-	-	1	1	3	3	-	1	1	10
.. Luxações entorse distensão reg esp e múlt corpo	-	1	1	-	2	4	3	10	9	2	2	1	34
.. Traumatismo do olho e da órbita ocular	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
.. Traumatismo intracraniano	-	-	-	2	6	7	9	17	8	4	1	2	56
.. Traumatismo de outros órgãos internos	-	-	-	-	1	5	1	7	-	-	-	-	14
.. Lesões superf amput traumát reg esp e múlt corpo	-	-	-	1	1	1	-	2	1	-	1	1	8
.. Outr traum reg espec não espec e múltipl corpo	1	-	2	1	8	22	19	18	12	3	4	3	93
.. Efeitos corpo estranho através de orifício nat	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
.. Queimadura e corrosões	-	1	1	-	-	5	-	-	-	-	-	-	7
.. Envenenamento por drogas e substâncias biológ	-	-	-	-	-	1	1	1	1	-	-	-	4
.. Efeitos tóxicos subst origem princ não medicin	-	-	-	-	-	3	1	2	-	1	-	1	8
.. Outros efeitos e não especif de causas													

21 Contatos com serviços de saúde	-	2	-	1	-	6	7	3	6	1	4	-	30
.. Anticoncepção	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
.. Pessoas contato com saúde cuidados prec especi	-	2	-	1	-	5	7	3	6	1	4	-	29

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Está constatado que as cinco principais Causas de Óbito em Ubatuba em 2016 foram:

1. Doenças do Aparelho Circulatório;

2. Neoplasias, Tumores;

3. Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não classificados em outra parte (causas mal definidas);

4. Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade;

5. Doenças do Aparelho Respiratório;

Desta forma, existe a necessidade de incrementar o atendimento a hipertensos e diabéticos, bem como as atividades voltadas para a melhoria da qualidade de vida, redução do sedentarismo, do tabagismo e implementar o diagnóstico.

Dentro desse escopo, o presente plano de trabalho tem por fim promover a gestão de forma compartilhada e complementar dos serviços de saúde.

O Atendimento aos usuários da Rede Municipal de Saúde de Ubatuba é garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), bem como toda a linha de cuidado, desde a atenção primária até os procedimentos mais complexos, de forma organizada e hierarquizada. A gestão e administração dos serviços assistenciais das Unidades de Saúde, que compõe a rede pública de saúde de Ubatuba

O IAPP irá direcionar as diretrizes na qualidade dos serviços prestados aos usuários com atenção acolhedora, resolutiva e humanizada, segundo o grau de complexidade de assistência requerida e sua capacidade operacional aos serviços de saúde adequados, resultando em um custo adequado, utilizando modelo gerencial moderno, flexível e transparente que permite, além de alto grau de resolubilidade e satisfação do usuário, um controle adequado pelo gestor do SUS.

O serviço será prestado de forma a assegurar a assistência em caráter contínuo e resolutivo, objetivando o aumento da eficiência e maior oferta no número de procedimentos.

O modelo gerencial proposto, como forma flexível de administração de gestão compartilhada, obedecerá aos princípios e diretrizes do Sistema de Saúde - SUS, observando as políticas públicas voltadas para a regionalização da saúde, preservando-se a missão da SMS de Ubatuba e o contido no Contrato de GESTÃO.

Exercerá um papel de alta relevância no atendimento de sua população-alvo, por se tratar de serviços e ações imprescindíveis para a resolubilidade do cuidado. Atenderá as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde/MS, especialmente àquelas referentes ao atendimento humanizado e integral à saúde.

4. MODELO GERENCIAL

4.1 – Procedimentos dos Serviços Assistenciais

Atividades Assistenciais propostas pelo IAPP:

• Universalidade, equidade e integralidade da atenção a todas as situações de urgência e emergência, incluindo as clínicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos, violências e acidentes);
• Ampliação do acesso, com acolhimento, aos casos agudos e em todos os pontos de atenção;
• Formação de relações horizontais, articulação e integração entre os pontos de atenção, tendo a atenção básica como centro de comunicação;
• Classificação de risco;
• Regionalização da saúde e atuação territorial;
• Regulação do acesso aos serviços de saúde;
• Humanização da atenção, garantindo a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
• Organização do processo de trabalho por intermédio de equipes multidisciplinares;
• Práticas clínicas cuidadoras e baseadas na gestão de linhas de cuidado e estratégias prioritárias;
• Centralidade nas necessidades de saúde da população;
• Qualificação da atenção e da gestão por meio do desenvolvimento de ações coordenadas e contínuas que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;
• Institucionalização da prática de monitoramento e avaliação, por intermédio de indicadores de processo, desempenho e resultado que permitam avaliar e qualificar a atenção prestada;
• Articulação interfederativa;
• Participação e controle social;
• Fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas; e
• Qualificação da assistência por meio da educação permanente em saúde para gestores e trabalhadores.

Dentre as atividades assistenciais prestadas, podemos elencar:

1. Executar procedimentos de enfermagem, dentro dos limites de sua função, de acordo com a prescrição médica.

2. Reconhecer os sinais de disfunção respiratória nas patologias mais prevalentes: crise asmática, DBPOC, Infecções respiratórias, quadros de obstrução por corpo estranho, edema agudo de pulmão; adotando medidas de tratamento.

3. Aferir sinais vitais: frequência cardíaca, respiratória, tensão arterial, temperatura, saturação, controle de glicemia.

4. Reconhecer sinais de doenças circulatórios aguda: infarto agudo do miocárdio, angina instável, arritmias, AVC, quadros isquêmicos e edema agudo de pulmão, assim como seu tratamento.

5. Realizar monitorização cardíaca e eletrocardiográfica.

6. Reconhecer e adotar medidas para controle e tratamento inicial dos quadros de Intoxicação exógena, sobretudo nos casos de libação alcoólica.

7. Reconhecer sinais de gravidade na vítima traumatizada grave: sinais de disfunção ventilatória, respiratória e circulatória. E prestar atendimento inicial nas medidas de suporte básico e avançado de vida.

8. Reconhecer e tratar sinais de agravos metabólicos agudos tais como: diabetes descompensado, coma hiperglicêmico, coma hipoglicêmico e coma hiperosmolar.

9. Adotar medidas no manejo do trauma raquimedular, trauma cranioencefálico, trauma torácico, trauma abdominal, trauma de extremidades, trauma em face, controle de choques e hemorragias, trauma na gestante, queimaduras, afogamento, lesões por eletricidade, acidentes com múltiplas vítimas e acidentes com produtos perigosos.

10. Reconhecer sinais de gravidade das patologias psiquiátricas em situações de urgência.

11. Realizar procedimentos de suporte ventilatório: intubação traqueal, cricotireoidostomia, drenagem torácica, toracocentese, assim como manejo dos equipamentos de suporte ventilatório básico e avançado.

12. Realizar manobras de reanimação cardiorrespiratória básica e avançada.

13. Realizar as técnicas de imobilização e remoção.

Proposta de Atendimento nas Clínicas Médica e Pediátrica

Política da Clínica Médica e Pediátrica

Prestar assistência de excelência para os pacientes internados na Clínica Médica e Clínica Pediátrica, garantindo cuidados sistematizados e individualizados, em ambiente saudável, com programa de prevenção de Infecção hospitalar, acompanhamento de enfermeiros e médicos nas 24 horas.

Descrição do Fluxo

Após o atendimento pelo médico do Pronto Atendimento, caso necessário, o paciente é encaminhado para a observação, se no prazo de 24 horas o paciente ainda não estiver estabilizado, o médico realiza consulta, procedendo assim a prescrição e evolução médica e determina a internação do paciente, para clinica especifica.

Enfermagem executa a prescrição medica, realiza exames laboratoriais e de imagem e solicita leito na clínica de destino.

Enfermagem encaminha paciente com documentação para unidade de destino.

O Setor de Enfermagem de destino disponibiliza o leito conforme a especialidade, acomoda o paciente, repassa as informações necessárias.

Enfermagem realiza protocolos assistenciais e registra no sistema e no prontuário.

Rotinas e Regras - Atendimento na Clínica Médica e Pediátrica

• Assinatura e/ou confecção da prescrição médica no máximo até as 15h (prazo de validade de uma prescrição) porém preferencialmente no período da manhã.

• Fornecer informações ao enfermeiro e demais componentes da equipe multiprofissional do andar sobre a situação clínica dos pacientes, programando em conjunto o plano terapêutico e os cuidados a serem seguidos.

• Assinatura e/ou confecção da prescrição médica no máximo até as 15h (prazo de validade de uma prescrição) porém preferencialmente no período da manhã.

• Fornecer informações ao enfermeiro e demais componentes da equipe multiprofissional do andar sobre a situação clínica dos pacientes, programando em conjunto o plano terapêutico e os cuidados a serem seguidos.

• Para melhor adequação da relação interprofissional e, por conseguinte mais eficiência do plano assistencial, portar-se de maneira respeitosa com todos os componentes da equipe multiprofissional do andar, evitando atitudes que configurem autoritarismo e desrespeito pessoal.

• Obedecer à política que define os critérios de internação e transferência de pacientes da CM.

• Obedecer rigorosamente ao fluxo institucional de internação e alocação de pacientes em leitos, evitando reservar leitos diretamente no andar.

• Obedecer às normas de preenchimento de prontuários, com todas as anotações de internação, alta, prescrição, autenticação de ordens verbais, evolução médica com letra legível e com identificação adequada.

• Disponibilizar BIP ou telefones para contato, respondendo prontamente, quando acionados pela equipe multiprofissional, e atualizando regularmente seu cadastro junto à diretoria clínica.

• Atuar de acordo com normas Institucionais com relação à política antitabagismo, evitando autorizar o tabagismo nas dependências do hospital, em particular nos quartos.

• Atuar de acordo com normas Institucionais com relação à política para pacientes psiquiátricos, obedecendo aos critérios estritos para internação desses pacientes e colaborando com a adesão às recomendações de restrição de saídas do leito e obrigatoriedade de permanência de acompanhantes.

• Atuar de acordo com normas Institucionais com relação à entrada de profissionais externos à Instituição, no cuidado ao paciente (enfermeiros, cuidadores, etc.).

• Adesão a protocolos institucionais para atendimento de urgência/emergência.

• Atuar de acordo com normas Institucionais com relação à política para prevenção de infecções hospitalares, incluindo uso racional de antibioticoterapia profilática em procedimentos cirúrgicos.

• Adesão a protocolos médicos institucionais, respeitando sua avaliação clínica do caso (analgesia, heparinização).

• Atuar de acordo com normas institucionais relacionadas à alta do paciente, assinando a alta em horário que viabilize a não-ocorrência de nova diária, preferencialmente até 8 horas da manhã.

• Atuar de acordo com normas Institucionais relacionadas à alta do paciente evitando dar licenças aos pacientes. Na eventual necessidade desta prática, seguir a norma de dar alta e reinternação posterior.

• No atendimento ao paciente não fazer distinção de origem, raça, sexo, religião, cor idade, diagnóstico ou qualquer forma de preconceito.

• Portar sempre crachá de identificação ao se deslocar dentro das instalações da unidade.

• Participar ativamente de fóruns de especialidades da Instituição.

• Referir-se à Enfermeira Coordenadora de cada andar para auxílio na resolução de problemas administrativos e assistenciais.

IAPP Instituto de Apoio a Políticas Públicas
Verificação de Peso e Altura
Especialidade: *Enfermagem* — **POP : 029**

Material Necessário

- Balança antropométrica.
- Papel toalha.
- Prontuário hospitalar.

Passos Críticos

- Explicar o procedimento ao paciente.
- Aferir a balança.
- Forrar o piso da balança com papel toalha.
- Encaminhar o paciente ao local onde se encontra a balança.
- Solicitar o paciente que retire os sapatos e roupas pesadas.
- Solicitar o paciente que suba na balança.
- Posicionar o paciente de frente para a balança.
- Executar a técnica de pesagem.
- Posicionar o paciente de costas para a balança.
- Realizar a mensuração da altura.
- Encaminhar o paciente de volta ao quarto.

- Anotar o procedimento realizado em prontuário.
- Anotar os dados de peso e altura obtidos em folha de controle

Manuseio de Material

- A balança digital pode ser utilizada quando o paciente tem problemas para a deambulação.
- A mensuração de rotina do peso é de responsabilidade dos funcionários do plantão noturno, devendo ser realizada com o paciente em jejum.
- Sempre padronizar a balança em uso para evitar resultados com oscilações falsas.

Resultados Esperados

- Acompanhar as oscilações do peso em pacientes idosos, desnutridos e crianças.
- Controlar oscilações de peso em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada e/ou com insuficiência renal.
- Obter dados para a utilização de drogas anestésicas durante procedimento cirúrgico.

Ações Corretivas

- Caso a balança esteja desregulada, solicitar a manutenção para que a mesma seja aferida.

Verificação da Pressão Arterial	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 030**

Material Necessário

- Esfigmomanômetro.
- Estetoscópio.
- Álcool 70%
- Prontuário hospitalar.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Promover a assepsia das olivas e do diafragmado estetoscópio com álcool 70 %
- Certificar se o paciente está com a bexiga vazia.
- Proporcionar um ambiente tranquilo.
- Posicionar o braço do paciente ao nível do coração. (Preferência ao MSE).
- Permitir um repouso de 5 minutos.
- Expor o membro do paciente enrolando a manga da roupa sem que haja compressão.
- Selecionar o manguito de tamanho apropriado.
- Localizar por palpação a artéria braquial ao longo da superfície ventromedial do braço.

- Enrolar o manguito ao redor do braço centrando a bolsa inflável sobre a artéria braquial e a margem inferior 2,5cm acima do espaço antecubital.
- Colocar o manômetro no nível dos olhos, a uma distância suficiente para leitura das calibrações marcadas pelo ponteiro ou coluna de mercúrio.
- Palpar a artéria braquial na fossa antecubital.
- Posicionar o diafragma do estetoscópio sobre a artéria.
- Fechar a válvula do esfigmomanômetro.
- Insuflar a bolsa pressionando a pêra.
- Determinar o nível de insuflação máxima observando a pressão em que o pulso radial não é mais palpável.
- Desinsuflar o manguito regularmente com rapidez.
- Marcar a pressão sistólica quando ocorrerem duas batidas consecutivas, sendo contado a partir da primeira.
- Marcar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons.
- Retirar todo o ar do manguito.
- Remover o manguito.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Promover a assepsia das olivas e do diafragma do estetoscópio com álcool 70%.
- Lavar as mãos.
- Anotar a pressão arterial obtida em ficha de controle de sinais vitais.

Manuseio de Material

- Não aferir a pressão arterial em membros com fístulas arteriovenosas.
- Esperar de um a três minutos antes de repetir a medida de pressão do mesmo braço para permitir o escoamento do sangue represado nas veias do antebraço.

- A largura do manguito deve ser 0,38 do comprimento da circunferência do braço e o comprimento, 0,8.
- Caso o desaparecimento dos sons para determinar a pressão diastólica ocorra muito próximo do zero, marcar, também, o ponto onde há o amortecimento do som.
- Paciente em isolamento de contato deve manter um estetoscópio e um esfigmomanômetro de uso individual.
- O intervalo de tempo para as medições da pressão arterial depende do estado clínico do paciente e de sua situação.

Resultados Esperados

- Acompanhar as oscilações da pressão arterial.
- Controlar as oscilações da pressão arterial em pacientes hipertensos e cardiopatas.

Ações Corretivas

- Caso o manômetro esteja desregulado, encaminhar o material para aferição.

IAPP Instituto de Apoio a Políticas Públicas	
Verificação da Temperatura Axilar	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 031**

Material Necessário

- Termômetro de mercúrio.
- Álcool 70%
- Relógio.
- Prontuário hospitalar.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir o material necessário.
- Realizar assepsia do termômetro com álcool 70%.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Abduzir o braço do paciente.
- Enxugar a axila sem friccionar.
- Observar a coluna de mercúrio que deve estar abaixo de 35º.
- Encostar o bulbo do termômetro no ápice da axila posicionando-o perpendicular à parede medial da axila.
- Solicitar ao paciente para comprimir o braço de encontro ao corpo colocando-o transversalmente sobre o tórax.
- Retirar o termômetro após 7 minutos.

- Proceder à leitura movimentando o termômetro até visualizar a linha de mercúrio.
- Realizar assepsia do termômetro com álcool 70%
- Retornar a coluna de mercúrio ao ponto inicial.
- Lavar as mãos.
- Anotar a temperatura obtida em ficha de controle de sinais vitais.

Manuseio de Material

- Paciente em isolamento de contato deve manter um termômetro de uso individual.

Resultados Esperados

- Controlar a oscilação da temperatura corporal.
- Obter parâmetros para o estabelecimento da eficiência de antibióticos em tratamento de infecções.

Ações Corretivas

- Se o paciente apresentar temperatura superior a 37,8ºC, comunicar o médico responsável ou enfermeiro de plantão para adoção de condutas.
- Se o paciente apresentar hipotermia após procedimento cirúrgico, realizar o aquecimento com cobertor e, se necessário, com aquecedor.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Verificação do Pulso	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 032**

Material Necessário

Relógio com marcação de segundos.

- Prontuário hospitalar.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Certificar se o paciente está com a bexiga vazia.
- Proporcionar um ambiente tranquilo.
- Permitir um repouso de 5 minutos.
- Colocar as polpas dos dedos médios e indicador sobre a artéria.
- Pressionar suavemente até localizar os batimentos.
- Contar as pulsações durante um minuto, avaliando frequência, volume e ritmo.
- Lavar as mãos.
- Anotar a frequência cardíaca obtida em ficha de controle de sinais vitais.

Manuseio de Material

- Evitar verificar o pulso em membros afetados de pacientes com lesões neurológicas ou vasculares
- A verificação do pulso pode ser realizada nas artérias carotídea, temporal, braquial, radial, femoral, poplítea, pediosa e tibial posterior.
- Monitorizar o paciente, se necessário, para um controle mais rigoroso.
- A ausculta cardíaca pode ser realizada simultaneamente a palpação do pulso para avaliação de extra-sístoles.

Resultados Esperados

- Avaliar a perfusão periférica de membros submetidos à cirurgia.
- Controlar as oscilações da frequência cardíaca em pacientes com alterações no ritmo cardíaco.

Ações Corretivas

- Se o paciente apresentar oscilação extrema na contagem dos batimentos e/ou arritmia, comunicar o médico responsável ou o enfermeiro de plantão.

IAPP Instituto de Apoio a Políticas Públicas	
Verificação da Frequência Respiratória	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 033**

Material Necessário

- Relógio com marcação de segundos.
- Prontuário hospitalar.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Proporcionar um ambiente tranquilo.
- Permitir um repouso de 5 minutos.
- Colocar paciente em decúbito dorsal.
- Observar os movimentos respiratórios.
- Contar a frequência respiratória por um minuto.
- Avaliar o tipo, a profundidade e o ritmo da respiração.
- Avaliar a presença de sinais de desconforto respiratório, como batimento de aletas nasais, uso da musculatura acessória e retração intercostal.
- Lavar as mãos.
- Anotar a frequência respiratória obtida em ficha de controle de sinais vitais.

Manuseio de Material

- Para evitar a alteração da frequência respiratória por ansiedade, colocar os dedos no pulso do paciente como se estivesse verificando-os

Resultados Esperados

- Avaliar o padrão respiratório.
- Verificar a presença de anormalidades no padrão respiratório.

Ações Corretivas

- Se o paciente apresentar oscilação extrema na contagem dos movimentos respiratórios, comunicar o médico responsável ou o enfermeiro de plantão para adoção de condutas.

Monitorização Cardíaca	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 034**

Material necessário

- 05 Eletrodos.
- Álcool 70%
- Monitor cardíaco.
- Aparelho de tricotomia, se necessário.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Orientar o paciente da finalidade de monitorização sempre que possível.
- Limpar / desengordurar a pele do paciente com álcool 70%.
- Realizar a tricotomia do local de aplicação dos eletrodos, se necessário.
- Remover a camada córnea da pele utilizando a lixa no verso do eletrodo com leve fricção para diminuição da impedância.
- Remover o papel protetor do eletrodo fixando-o do centro para as extremidades.
- Posicionar os eletrodos conforme a técnica.

- São posicionados na parte superior do abdome na linha do apêndice xifoide, à esquerda é colocado o LL e a direita é colocado o RL.

RA **e** ***LA***

Vermelho **Amarelo**

- O eletrodo branco deve ser posicionado no quarto espaço intercostal, no limite direito do externo, embora possa ser colocado em qualquer posição de derivação precordial.

RL ***e*** **LL**

Preto Verde

- São posicionados exatamente abaixo das clavículas direita (RA) e esquerda (LA), próximos à junção dos braços e do tórax.

Branco

- Ligar o monitor cardíaco.
- Conectar os eletrodos aos fios do monitor cardíaco.
- Observar os traçados eletrocardiográficos e os parâmetros vitais na tela do monitor.
- Anotar procedimento realizado e anormalidades observadas em prontuário hospitalar.

Manuseio de Material

- Eletrodos, este pode permanecer se bem aderido à pele, por um período de 05 dias (conforme orientação do fabricante).
- Nunca utilizar soluções como: benzina, benjoim, éter, etc. para facilitar a aderência do eletrodo à pele. Estas soluções quando em contato com a cola do eletrodo podem causar irritação à pele.

- Manter os cabos do monitor cardíaco desembaraçados, evitando quebra ou interferências.
- Manter os alarmes do monitor sempre ligados.
- Manter monitorização cardíaca / oximetria durante o banho de leito do paciente.
- Após a alta o paciente efetuar a desinfecção do cabo de ECG e monitor cardíaco com um pano macio embebido com álcool a 70%.

Resultados esperados

- Monitorização cardíaca fiel e de qualidade para o auxílio diagnóstico.
- Atuação precoce em quadros de instabilidade cardíaca

Ações corretivas

No caso de defeito do cabo de ECG ou monitor cardíaco, comunicar imediatamente o enfermeiro de plantão para que o mesmo seja encaminhado para conserto.

Instituto de Apoio a Políticas Públicas	
Banho de Aspersão	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 035**

Material Necessário

- Carrinho de banho.
- Toalha de banho.
- Sabonete individualizado.
- Luvas de procedimento.
- Avental impermeável.
- Roupa pessoal do paciente.
- Hamper.
- Prontuário hospitalar.
- Cadeira de banho, se necessário.
- Material de curativo, se necessário.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material no carrinho de banho.
- Vestir o avental impermeável.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Ligar o chuveiro.

- Adequar o jato do chuveiro quanto ao fluxo e temperatura da água.
- Encaminhar o paciente ao banheiro, se necessário, em cadeira de banho.
- Orientar o paciente em relação ao funcionamento do chuveiro.
- Auxiliar o paciente a se despir, se necessário.
- Observar as condições da pele.
- Orientar ao paciente que acione a campainha ao término do banho ou, se necessário, auxiliar o paciente durante o banho.
- Auxiliar o paciente a se vestir, se necessário.
- Encaminhar o paciente ao quarto.
- Posicionar o paciente de maneira confortável na poltrona.
- Arrumar o leito conforme técnica.
- Colocar as roupas sujas no hamper, se pertencentes ao hospital.
- Proceder à realização de curativos, se necessário.
- Realizar massagem de conforto com creme hidratante, conforme prescrição de enfermagem.
- Deixar o banheiro e o quarto organizados.
- Solicitar ao Serviço de Higiene a limpeza do banheiro.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Lavar as mãos.
- Anotar procedimento, intercorrências e observações em prontuário.
- Checar procedimento realizado em prescrição de enfermagem.

Manuseio de Material

- Oferecer o banho de aspersão em cadeira para pacientes idosos ou muito debilitados para facilitar que os mesmos lavem as pernas e os pés, com menor probabilidade de queda.
- Solicitar ao paciente que não tranque a porta do banheiro.

Resultados Esperados

- Proporcionar conforto físico e mental ao paciente.
- Estimular a circulação sanguínea.
- Reduzir a flora bacteriana transitória da pele.

Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Higiene Corporal no Leito	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 036**

Material Necessário

- Carrinho de banho.
- Luvas de procedimento.
- Compressas não estéreis.
- Avental impermeável.
- Máscara de proteção.
- Óculos de proteção.
- Material para higiene oral.
- Sabonete individualizado.
- Comadre e/ou papagaio individualizado.
- Roupa de vestuário para o paciente.
- Kit roupa de cama.
- Hamper.
- 02 Bacias.
- 01 Balde.
- Biombo.
- Fralda Geriátrica.
- Pente de cabelo.

- Creme hidratante.
- Sanito branco.
- Prontuário hospitalar.
- Material para curativo, se necessário.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Vestir avental impermeável.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Colocar óculos e máscara de proteção.
- Levar o carrinho de banho próximo do leito.
- Colocar biombos ao redor do leito para garantir a privacidade do paciente.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Oferecer comadre ou papagaio ao paciente para realização de micção e/ou evacuação.
- Colocar água morna no balde e nas bacias.
- Desprender a roupa de cama.
- Realizar a higiene oral do paciente.
- Realizar a higiene da cabeça, utilizando uma bacia para lavagem e a outra para enxágue.
- Trocar a água do banho após a lavagem da cabeça.
- Lavar e enxaguar e enxugar o rosto, orelhas e pescoço, utilizando compressas não estéreis e sabonete individualizado.
- Lavar os olhos do paciente com compressa úmida e limpa, com movimentos do canto interno para o canto externo.
- Remover o vestuário do paciente, mantendo o paciente protegido com lençol, deixando os braços descobertos.

- Lavar, enxaguar e enxugar os braços e as mãos do lado oposto ao que se encontra depois o mais próximo, com movimentos longos e firmes, do punho à axila.
- Trocar a água do banho.
- Descobrir o tórax do paciente, mantendo os membros inferiores protegidos.
- Lavar, enxaguar e enxugar o tórax e o abdome, com movimentos circulares, estimulando a circulação sanguínea.
- Observar a integridade cutânea e presença de anormalidades.
- Cobrir o tórax com lençol limpo.
- Descobrir a região genital e os membros inferiores.
- Lavar, enxaguar e enxugar as pernas e coxas, do tornozelo à raiz da coxa, primeiro do lado mais distante que se encontra trabalhando, depois do mais próximo.
- Colocar a bacia sob os pés.
- Lavar, enxaguar e enxugar os pés atentando a região interdigital.
- Observar as condições cutâneas e a presença de fissuras.
- Trocar a água do banho e as compressas.
- Colocar a comadre sob o quadril do paciente.
- Realizar a higiene íntima do paciente conforme a técnica.
- Retirar a comadre.
- Trocar a água do banho e as compressas.
- Posicionar o paciente em decúbito lateral.
- Colocar uma toalha sob as costas e nádegas do paciente.
- Lavar, enxaguar e enxugar as costas, nádegas e parte posterior dos membros inferiores.
- Massagear as costas e nádegas durante o procedimento para estimular a circulação.
- Manter o paciente em decúbito lateral.

- Empurrar a roupa de cama úmida para o meio do leito enxugando o colchão.
- Trocar as luvas de procedimento para não contaminar a roupa de cama limpa.
- Colocar a roupa de cama limpa na metade do leito seca.
- Virar o paciente sobre o lado pronto do leito.
- Proceder à realização de curativos em região dorsal, se necessário.
- Colocar a roupa de cama suja no hamper.
- Trocar de luvas de procedimento para não contaminar a roupa de cama limpa.
- Proceder à arrumação do leito.
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal.
- Proceder à realização de outros curativos, se necessário.
- Trocar a fronha do travesseiro.
- Realizar massagem de conforto com creme hidratante por toda extensão corporal.
- Colocar a fralda no paciente.
- Vestir o paciente.
- Pentear os cabelos do paciente.
- Posicionar o paciente confortavelmente, se necessário, com uso de travesseiros.
- Deixar o quarto do paciente organizado.
- Lavar comadre, papagaio, balde e bacias
- Manter a comadre, o papagaio e as bacias na parte inferior da mesa de cabeceira ou dentro do banheiro, se quarto com banheiro.
- Colocar as compressas e as toalhas sujas dentro do hamper.
- Desprezar o material de curativo e as luvas de procedimento no sanito branco.
- Retirar a luva de procedimento.
- Lavar as mãos.

- Anotar em prontuário o procedimento prestado e anormalidades observadas.
- Checar em prescrição de enfermagem o procedimento realizado.
- Comunicar a enfermeira sobre qualquer intercorrência ou anormalidade observada.

Manuseio de Material

- Trocar a água do banho conforme a técnica e sempre que necessário.
- O banho no leito deve ser realizado por dois funcionários da equipe de enfermagem ou, se o paciente conseguir colaborar, por uma pessoa.
- Quando houver colostomia e/ou drenos, esvaziar ou trocar as bolsas coletoras antes do início do banho.

Resultados Esperados

- Proporcionar conforto físico e mental ao paciente.
- Estimular a circulação sanguínea.
- Reduzir a flora bacteriana transitória da pele.

Ações Corretivas

- Em caso de prejuízo da integridade cutânea, comunicar ao enfermeiro de plantão para a avaliação.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Higiene de Prótese Dentária	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 037**

Material Necessário

- Copo com solução antisséptica bucal.
- Escova de dente.
- Pasta dental ou sabão líquido.
- Cuba rim.
- Luvas de procedimento.
- Compressas não estéreis.
- Papel toalha.
- Biombo.
- Prontuário hospitalar.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material em uma bandeja.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Colocar a bandeja de material próximo ao leito do paciente.
- Colocar biombo ao redor do leito para garantir a privacidade do paciente.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Colocar toalha sobre o tórax do paciente.

- Colocar o paciente em Posição de Fowler ou, quando possível, sentado.
- Retirar as próteses dentárias com o uso de papel toalha ou, se possível, solicitar ao paciente que as remova.
- Colocar as próteses em uma cuba rim forrada com papel toalha.
- Levar a cuba rim ao banheiro.
- Colocar pasta dental ou sabão líquido sobre a escova dental.
- Segurar a prótese dentária e escová-la com movimentos firmes da base dos dentes para as pontas.
- Escovar a área de acrílico em toda a sua extensão.
- Enxaguar a prótese dentária com água corrente fria.
- Desprezar o papel toalha da cuba rim.
- Forrar novamente a cuba rim com papel toalha.
- Lavar a escova dental com água corrente.
- Colocar a prótese dentária.
- Lavar as mãos enluvadas.
- Realizar a higiene oral do paciente
- Recolocar a prótese dentária do paciente ou, se possível, solicitar ao paciente que o faça.
- Colocar o paciente em posição confortável.
- Deixar o quarto e o banheiro organizados.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Lavar as mãos.
- Anotar procedimento em prontuário hospitalar.

Manuseio de Material

- Caso a prótese seja removida devido a condições especiais, como preparo para cirurgia, solicitar um porta-prótese na farmácia ou utilizar um saco branco com etiqueta de identificação, colocando o pacote na gaveta da mesa de cabeceira ou entregando à família.

Resultados Esperados

- Promover conforto ao paciente.
- Garantir higiene adequada da cavidade oral.

Ações Corretivas

- Caso seja observada alguma anormalidade na cavidade oral do paciente, comunicar o enfermeiro de plantão e anotar em prontuário.

Higiene Íntima Feminina	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 038**

Material Necessário

- Balde.
- Jarra.
- Pacote de gazes.
- Pinça cheron.
- Comadre.
- Toalha de banho.
- Clorexidine degermante.
- Luvas de procedimento.

- Avental impermeável.
- Hamper.
- Biombo.
- Sanito branco.
- Forro impermeável.
- Prontuário hospitalar.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Explicar o procedimento à paciente.
- Posicionar biombo ao redor do leito para garantir a privacidade da paciente.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Vestir o avental impermeável.
- Encher o balde com água morna.
- Colocar a paciente em decúbito dorsal, com as pernas abertas e fletidas, com apoio sob os pés (Posição ginecológica).
- Colocar o forro impermeável sob a região glútea da paciente.
- Colocar a comadre sob a região glútea da paciente.
- Despejar a água morna com o auxílio da jarra sobre o monte pubiano e a vulva.
- Ensaboar a região pubiana com clorexidine degermante, utilizando uma pinça cheron montada em gaze, com movimentos de cima para baixo sem atingir o ânus.
- Desprezar a gaze após cada movimento vulva-ânus.
- Afastar os grandes lábios.
- Observar a presença de anormalidades em regiões genitais e anal.
- Ensaboar a região exposta no sentido anteroposterior, utilizando uma gaze para cada lado.

- Ensaboar a região anal.
- Despejar a água da jarra sobre as regiões ensaboadas.
- Retirar a comadre.
- Enxugar a região lavada com a toalha de banho.
- Deixar a paciente em posição confortável.
- Colocar a toalha e o forro no hamper.
- Lavar a comadre e a jarra no banheiro.
- Colocar a comadre e a jarra na parte inferior da mesa de cabeceira.
- Desprezar as gazes sujas no sanito branco.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas no sanito branco.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento prestado e anormalidades observadas em prontuário.

Manuseio de Material

- Realizar o procedimento de higiene íntima duas vezes por dia se a paciente apresentar sondagem vesical de demora.
- Remover o excesso de secreção vaginal com o auxílio de gazes montadas na pinça auxiliar antes de iniciar a higiene.

Resultados Esperados

- Proporcionar higiene e conforto à paciente.
- Preparar à paciente para coleta de urina por saco coletor de plástico ou sondagem vesical.
- Prevenir ou tratar infecções urinárias.

Ações Corretivas

- Se houver presença de secreção uretral e/ou vaginal ou sangramento anal, comunicar a enfermeira ou o médico responsável.

IAPP Instituto de Apoio a Políticas Públicas	
Higiene Íntima Masculina	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 039**

Material Necessário

- Balde.
- Jarra.
- Pacote de gazes.
- Pinça cheron.
- Comadre.
- Toalha de banho.
- Clorexidine degermante.
- Luvas de procedimento.
- Avental impermeável.
- Hamper.
- Biombo.
- Sanito branco.
- Forro impermeável.
- Prontuário hospitalar.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.

- Explicar o procedimento ao paciente.
- Posicionar biombo ao redor do leito para garantir a privacidade do paciente.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Vestir o avental impermeável.
- Encher o balde com água morna.
- Posicionar o paciente expondo somente a área genital.
- Colocar o forro impermeável sob a região glútea do paciente.
- Colocar a comadre sob a região glútea, acima do impermeável.
- Despejar a água com o auxílio da jarra sobre a região genital.
- Montar a pinça cheron com gaze.
- Ensaboar a região genital com clorexidine degermante.
- Desprezar a gaze suja no sanito branco.
- Utilizar nova gaze a cada etapa.
- Tracionar o prepúcio.
- Iniciar a higiene íntima pelo meato urinário, prepúcio, glande e corpo do pênis com movimentos únicos circulares.
- Ensaboar a região escrotal.
- Ensaboar, por último, a região anal.
- Observar presença de anormalidades nas regiões genital e anal e presença de secreção.
- Desprezar as gazes sujas no sanito branco.
- Enxaguar a região pubiana, pregas inguinais, pênis, bolsa escrotal e região anal.
- Retirar a comadre.
- Enxugar a região higienizada com toalha de banho.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Colocar a toalha e o forro no hamper.
- Lavar a comadre, o balde e a jarra no banheiro.
- Colocar a comadre na parte inferior da mesa de cabeceira.

- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas no sanito branco.
- Encaminhar a pinça ao expurgo para esterilização em Central de Material.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento prestado e as anormalidades observadas em prontuário.

Manuseio de Material

- Realizar o procedimento de higiene íntima duas vezes por dia se o paciente apresentar a sondagem vesical de demora.
- Remover o excesso de secreção uretral com o auxílio de gazes antes de iniciar a higiene.

Resultados Esperados

- Proporcionar higiene e conforto ao paciente.
- Preparar o paciente para coleta de urina por uripen ou sondagem vesical.
- Prevenir ou tratar infecções urinárias.

Ações Corretivas

- Se houver presença de secreção uretral purulenta ou sangramento anal, comunicar a enfermeira ou o médico responsável.

Higiene Oral	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 040**

Material Necessário

- Espátula envolta em gazes.
- Solução antisséptica (bicarbonatada) ou Listerine.
- Toalha ou compressas não estéreis.
- Copo plástico.
- Luvas de procedimento
- Cuba rim
- Sanito branco.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Posicionar o paciente com a cabeceira elevada, de maneira confortável.
- Colocar a toalha no pescoço e na parte superior do tórax do paciente, se necessário, com forro plástico.
- Diluir o antisséptico ou o Listerine com água em um copo plástico.

- Proceder à limpeza de toda a cavidade oral do paciente utilizando a espátula envolta em gazes embebidas com solução antisséptica diluída.
- Solicitar ao paciente que realize manobras de bochecho.
- Oferecer a cuba rim ao paciente para que cuspa a solução contida em cavidade oral.
- Realizar limpeza da língua, com movimentos de fricção leve, para evitar saburro.
- Enxugar os lábios com a toalha.
- Lubrificar os lábios com vaselina, para evitar formação de fissuras.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas de procedimento e o material utilizado como escova dental no sanito branco.

Manuseio de Material

- Preferencialmente, realizar a higiene oral antes do banho e após as refeições.
- Ao lidar diretamente com o paciente é imprescindível o uso de luvas de procedimento.
- A diluição do bicarbonato de sódio é realizada na medida de uma colher de chá de soluto para 500ml de água.
- Em pacientes com lesão cervical, retirar o excesso de líquido da solução antisséptica com espátula envolta em gaze seca, sem mobilizar a cabeça.
- Se o paciente fizer uso de prótese dental móvel, retirar a prótese e realizar a higienização conforme a técnica.
- Pacientes conscientes e aptos a realizar a higiene oral podem proceder à escovação dos dentes com pasta.

Resultados Esperados

- Promover conforto ao paciente.

- Prevenir alterações dentárias, como cáries e formação de placas de tártaro.
- Evitar a halitose.
- Prevenir a formação de lesões na mucosa oral por resíduos alimentares.
- Reduzir flora bacteriana em cavidade oral.

IAPP Instituto de Apoio a Políticas Públicas	
Lavagem dos Cabelos	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 041**

Material Necessário

- Carrinho de banho.
- Balde.
- Bacia.
- Jarra.
- Shampoo.
- Toalha de banho.
- Luvas de procedimento.
- Avental impermeável.
- Forro impermeável.
- Lençol.
- Algodão em bola.
- Pente de cabelo.
- Hamper.
- Prontuário hospitalar.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material no carrinho de banho.

- Colocar o carrinho de banho próximo ao leito.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Fechar portas e janelas.
- Encher o balde com água morna.
- Abaixar a cabeceira do leito.
- Calçar luvas de procedimento.
- Vestir o avental impermeável.
- Retirar o travesseiro.
- Colocar um forro impermeável na cabeceira do leito.
- Colocar uma toalha de banho na cabeceira do leito, sobre o forro impermeável.
- Colocar a bacia com água sobre a toalha.
- Posicionar o paciente em diagonal, com a cabeça próxima ao funcionário.
- Proteger os ouvidos do paciente com algodão.
- Afrouxar a camisola, se mulher, ou retirar a camisa, se homem.
- Cobrir o tórax do paciente com um lençol.
- Colocar outra toalha ao redor do pescoço do paciente.
- Sustentar com uma das mãos à cabeça do paciente sobre a bacia com água.
- Fazer coxins com lençol.
- Colocar coxins sob o pescoço do paciente.
- Pentear os cabelos do paciente inspecionando o cabelo e o couro cabeludo.
- Observar condições de anormalidade.
- Umedecer os cabelos com um pouco de água.
- Aplicar o shampoo, evitando que o líquido escorra nos olhos.
- Massagear o couro cabeludo com as pontas dos dedos.
- Lavar os cabelos.

- Enxaguar os cabelos do paciente com o auxílio de uma jarra, até retirar toda a espuma.
- Elevar a cabeça do paciente.
- Espremer os cabelos cuidadosamente fazendo escorrer a água em excesso.
- Retirar a bacia que está sob a cabeça do paciente.
- Envolver a cabeça do paciente em uma toalha limpa.
- Secar os cabelos do paciente.
- Pentear os cabelos do paciente.
- Recolocar o travesseiro.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Colocar as toalhas, o forro impermeável e o avental no hamper.
- Lavar o balde, a bacia e a jarra.
- Deixar o quarto organizado.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Descartar as luvas no lixo contaminado do Posto de Enfermagem.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento prestado e as anormalidades observadas em prontuário.

Resultados Esperados

- Proporcionar conforto ao paciente.
- Reduzir a flora bacteriana transitória.
- Manter a higiene adequada do couro cabeludo e cabelos.

Ações Corretivas

- Em caso de alterações observadas no couro cabeludo e nos cabelos, como por exemplo, a presença de infestação (pediculose), comunicar ao enfermeiro ou ao médico responsável.
- Se houver contato do shampoo com a mucosa ocular, realizar lavagem dos olhos com soro fisiológico.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Preparo no Leito Com o Paciente	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 042**

Material Necessário

- Luvas de procedimento.
- Hamper.
- 01 fronha.
- 02 lençóis.
- 01 forro.
- 01 impermeável.
- 01 colcha.
- 01 cobertor, se necessário.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material necessário.
- Colocar o material sobre a mesa de cabeceira.
- Orientar o procedimento ao paciente
- Calçar as luvas de procedimento.
- Colocar o hamper próximo ao leito.
- Desprender a roupa de cama dos cantos e laterais do leito.

- Posicionar o paciente lateralmente mantendo as grades de proteção, à sua frente, elevadas.
- Soltar a roupa de cama, do lado mais afastado do paciente, e empurra-la para próximo do paciente.
- Estender o lençol, o impermeável e o forro até próximos do paciente.
- Prender a metade da roupa e cama na lateral e nos cantos do leito.
- Elevar as grades de proteção na metade arrumada.
- Virar o paciente para o lado pronto do leito.
- Abaixar as grades de proteção.
- Retirar a roupa de cama suja.
- Desprezar a roupa de cama suja no hamper.
- Puxar o lençol, o impermeável e o forro.
- Prender a roupa de cama na lateral e nos cantos do leito.
- Elevar as grades de proteção.
- Colocar o paciente no centro da cama.
- Cobrir o paciente com o lençol.
- Oferecer a colcha.
- Trocar a fronha do travesseiro.
- Desprezar a fronha suja no hamper.
- Colocar o travesseiro sob a cabeça do paciente.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Deixar o quarto organizado.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas de procedimento em lixo contaminado.
- Lavar as mãos.

Manuseio de Material

- Ao colocar no hamper a roupa suja, observar a presença de pertences do paciente, material hospitalar (como bolsa térmica, controle remoto da televisão) ou ainda material perfurocortante entre os lençóis.
- A roupa de cama deve ser trocada no mínimo uma vez ao dia, preferencialmente, após o banho.
- A troca da roupa de cama deve ser feita sempre que necessária.
- Havendo apenas um funcionário para o preparo do leito, as luvas de procedimento não devem ser retiradas até que as roupas sujas sejam colocadas no hamper.
- Se o paciente for totalmente dependente, a troca da roupa de cama deve ser realizada por dois funcionários.

Resultados Esperados

- Reduzir a flora bacteriana presente nas roupas de cama.
- Manter o leito em condições adequadas de higiene.
- Garantir o bem-estar do paciente

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Preparo do Leito Sem o Paciente	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 043**

Material Necessário

- Luvas de procedimento.
- Hamper.
- 01 fronha.
- 02 lençóis.
- 01 forro.
- 01 colcha.
- 01 cobertor se necessário.
- 01 impermeável, se necessário.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material necessário.
- Colocar o material sobre a mesa de cabeceira.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Retirar a roupa de cama suja.
- Desprezar a roupa de cama suja no hamper.
- Retirar as luvas de procedimento.

- Estender o lençol sobre o leito.
- Prender o lençol nos cantos do leito.
- Estender o impermeável, se necessário.
- Estender o forro no centro do leito.
- Prender as extremidades do forro na região lateral do leito.
- Estender o lençol.
- Estender a colcha sobre o virol.
- Prender o lençol e a colcha nos pés do leito.
- Realizar uma meia dobra na cabeceira com o lençol e a colcha sobrepostos.
- Colocar a fronha no travesseiro.
- Colocar o travesseiro no leito.
- Deixar a cama aberta (lençol dobrado em diagonal) ou preparada (lençol enrolado no canto próximo da parede), de acordo com a situação.
- Deixar a unidade organizada.
- Desprezar as luvas de procedimento em lixo contaminado.
- Lavar as mãos.

Manuseio de Material

- Ao colocar a roupa de cama suja no hamper, retirar peça por peça observando a presença de pertences do paciente, material hospitalar (como bolsa térmica, controle remoto da televisão) entre os lençóis, ou ainda material perfuro-cortante.
- A roupa de cama deve ser trocada no mínimo uma vez ao dia, preferencialmente, após o banho.
- A troca da roupa de cama deve ser feita sempre que necessária.

Resultados Esperados

- Reduzir a flora bacteriana presente nas roupas de cama.

- Preparar o leito para receber o paciente em pós-operatório.
- Manter o leito em condições adequadas de higiene.
- Garantir o bem-estar do paciente.

IAPP Instituto de Apoio a Políticas Públicas	
Movimentação em Direção a Cabeceira	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 044**

Material Necessário

- 02 funcionários da equipe de enfermagem.
- Travesseiro.
- Luvas de procedimento.
- Prescrição de enfermagem.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou familiares.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Colocar o paciente em decúbito dorsal.
- Abaixar a cabeceira e grades laterais do leito.
- Posicionar-se ao lado do leito, em pé de frente para o paciente, um funcionário de cada lado.
- Soltar as extremidades do forro.
- Segurar o forro com firmeza, cada funcionário em seu lado.
- Movimentar o paciente em direção a cabeceira, com um movimento único e ritmado.

- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Elevar as grades de proteção.
- Deixar a unidade organizada.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas em lixo contaminado.
- Anotar o procedimento realizado em prontuário, descrevendo a posição e o horário.

Manuseio de Material

- É de responsabilidade da equipe de enfermagem a mobilização de pacientes acamados e dependentes.
- Se possível, ajustar a altura da cama para a realização do procedimento.
- Pacientes acamados devem ser mudados de decúbito a cada 2 horas.
- A massagem de conforto com creme hidratante pode ser realizada durante as mudanças de decúbito, estimulando a circulação sanguínea.
- Se o paciente estiver recebendo dieta enteral a elevação da cabeceira deve ser mantida em, no mínimo, 45º.
- Pausar dieta enteral durante o procedimento para evitar broncoaspiração.

Resultados Esperados

- Manter o paciente em posição confortável.
- Reduzir o risco de complicações pulmonares por estase.
- Melhorar o padrão respiratório.

- Prevenir broncoaspiração de dieta enteral.

Ações Corretivas

- Se o paciente ou o acompanhante recusar o procedimento, anotar em prontuário.

Instituto de Apoio a Políticas Públicas	
Movimentação Para Um dos Lados	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 045**

Material Necessário

- 02 Funcionários da equipe de enfermagem.
- Travesseiro.
- Luvas de procedimento.
- Prescrição de enfermagem.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou familiares.
- Posicionar-se ao lado do leito, em pé de frente para o paciente, um funcionário de cada lado.
- Segurar nas regiões laterais do forro com firmeza.
- Trazer o paciente para um dos lados, previamente combinado, com movimentos ritmados.
- Colocar travesseiros entre as regiões de contato ósseo.
- Colocar travesseiros na região dorsal do paciente proporcionando apoio.
- Deixar a unidade organizada.

- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas em lixo contaminado.
- Anotar o procedimento realizado em prontuário, descrevendo a posição e o horário.
- Checar o procedimento em prescrição de enfermagem.

Manuseio de Material

- É de responsabilidade da equipe de enfermagem a mobilização de pacientes acamados e dependentes.
- Os funcionários que realizam o procedimento devem permanecer com uma das pernas a frente da outra, com os joelhos e quadris fletidos, trazendo o braço ao nível da cama.
- Se possível, ajustar a altura da cama para a realização do procedimento.
- Pacientes acamados devem ser mudados de decúbito a cada 2 horas.
- A massagem de conforto com creme hidratante pode ser realizada durante as mudanças de decúbito, estimulando a circulação sanguínea.

Resultados Esperados

- Manter o paciente em posição confortável.
- Reduzir o risco de complicações pulmonares por estase.
- Prevenir a formação de úlceras por pressão.

Ações Corretivas

- Se o paciente ou o acompanhante recusar o procedimento, anotar em prontuário.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Posicionamento em Poltrona	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 046**

Material Necessário

- Travesseiro.
- Lençol.
- Luvas de procedimento.
- Prescrição de enfermagem.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou familiares.
- Colocar a poltrona ao lado do leito com as costas voltadas para o pé do leito.
- Travar as rodas da cadeira de rodas.
- Forrar a poltrona com um lençol.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Posicionar o paciente sentado na beira do leito, colocando um dos braços sob os ombros do paciente e o outro na região poplítea, o braço mais distante do paciente se apoia no ombro do funcionário, que com um impulso senta-o no leito.
- Calçar os chinelos no paciente.

- Posicionar as pernas de maneira afastadas, com um dos pés apontado para o lado da cama e o outro apontado para a poltrona / cadeira de rodas.
- Apoiar o joelho mais próximo do paciente com sua perna dianteira, mantendo a outra perna para trás de modo a oferecer uma boa base de apoio.
- Colocar os braços do paciente sobre os ombros do funcionário.
- Segurar a cintura do paciente.
- Sincronizar os movimentos com a contagem até três.
- Auxiliar o paciente a posicionar-se em pé.
- Virar o paciente para o lado oposto da poltrona / cadeira.
- Sentar o paciente na cadeira.
- Manter a privacidade do paciente, cobrindo-o com lençol ou cobertor.
- Colocar um travesseiro nas costas do paciente para apoio.
- Certificar do conforto e segurança do paciente.
- Deixar a unidade organizada.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas em lixo contaminado.
- Anotar o procedimento realizado em prontuário, descrevendo a posição e o horário.
- Checar o procedimento em prescrição de enfermagem.

Manuseio de Material

- É de responsabilidade da equipe de enfermagem a mobilização de pacientes acamados e dependentes.
- Se possível, ajustar a altura da cama para a realização do procedimento.
- Pacientes acamados devem ser mudados de decúbito a cada 2 horas.

- Se o paciente for totalmente dependente, serão necessários dois funcionários para a transferência do leito para a poltrona, com um funcionário segurando a região torácica (passando os braços pela axila) e o outro os membros inferiores e quadril.
- Se o paciente apresentar uma instabilidade postural ou agitação motora, passar uma faixa (um lençol dobrado no sentido longitudinal) ao redor da região abdominal do paciente, amarrando as extremidades na parte de trás da cadeira.
- O funcionário que auxilia na transferência deve sempre manter os joelhos fletidos e a coluna ereta.
- Sempre se certificar das condições do piso evitando quedas durante a mobilização.
- Durante a transferência do paciente do leito para a poltrona pode-se usar o cinto de transferência ao redor da cintura.

Resultados Esperados

- Manter o paciente em posição confortável.
- Reduzir o risco de complicações pulmonares por estase.
- Prevenir a formação de úlceras por pressão.

Ações Corretivas

- Se o paciente ou o acompanhante recusar o procedimento, anotar em prontuário.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Posicionamento em Decúbito Lateral	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 047**

Material Necessário

- Travesseiro.
- Luvas de procedimento.
- Prescrição de enfermagem.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou familiares.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Posicionar-se ao lado do qual se quer virar o paciente.
- Manter as grades de proteção elevadas do lado oposto.
- Aproximar o paciente na extremidade oposta do leito.
- Virá-lo para o lado desejado com movimentos firmes e suaves.
- Colocar travesseiros em região dorsal do paciente para apoio.
- Flexionar o membro inferior que está por cima.
- Colocar um travesseiro entre os membros inferiores.
- Manter fletido o membro superior que está em contato com o colchão.

- Deixar a unidade organizada.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas em lixo contaminado.
- Anotar o procedimento realizado em prontuário, descrevendo a posição e o horário.
- Checar o procedimento em prescrição de enfermagem.

Manuseio de Material

- É de responsabilidade da equipe de enfermagem a mobilização de pacientes acamados e dependentes.
- Se possível, ajustar a altura da cama para a realização do procedimento.
- Se o paciente for totalmente dependente, realizar toda a movimentação em dois funcionários, conforme a técnica descrita em movimentação do paciente para um dos lados.
- Pacientes acamados devem ser mudados de decúbito a cada 2 horas.
- A massagem de conforto com creme hidratante pode ser realizada durante as mudanças de decúbito, estimulando a circulação sanguínea.

Resultados Esperados

- Manter o paciente em posição confortável.
- Reduzir o risco de complicações pulmonares por estase.
- Prevenir a formação de úlceras por pressão.

Ações Corretivas

- Se o paciente ou o acompanhante recusar o procedimento, anotar em prontuário.

IAPP Instituto de Apoio a Políticas Públicas	
Transferência do Leito Para a Maca	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 048**

Material Necessário

- 04 funcionários da equipe de enfermagem.
- Lençol.
- Luvas de procedimento.
- Prontuário hospitalar.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou familiares.
- Forrar a maca com lençol.
- Posicionar o leito no centro do quarto.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Soltar o lençol de baixo do leito do paciente.
- Colocar a maca paralelamente ao leito.
- Travar as rodas da maca.
- Posicionar dois funcionários junto à maca, com os pés afastados, do lado em que o paciente será locomovido, um funcionário apoia a cabeça do

paciente e segura na parte superior do lençol móvel enquanto o outro segura a parte inferior do lençol apoiando todo o tronco e as pernas do paciente.

- Posicionar outros dois funcionários ao lado do leito utilizando a mesma técnica descrita no item anterior.
- Transferir o paciente do leito para a maca em um movimento único e sincronizado.
- Manter a privacidade do paciente, cobrindo-o com lençol ou cobertor.
- Elevar as grades de proteção da maca.
- Certificar do conforto e segurança do paciente.
- Deixar a unidade organizada.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas em lixo contaminado.
- Anotar o horário e o local para onde o paciente foi encaminhado em prontuário.

Manuseio de Material

- É de responsabilidade da equipe de enfermagem o transporte do paciente para setores internos, como raios-X e ressonância, aos finais de semana e durante o período noturno.
- Durante o horário administrativo a locomoção interna dos pacientes é realizada por funcionários do setor onde será realizado o exame.
- A transferência do paciente para a Unidade de Terapia Intensiva ou para outra acomodação no Andar de Internação é sempre realizada pela equipe de enfermagem do setor.
- Se possível, ajustar a altura da cama para a realização do procedimento.
- Sempre se certificar das condições do piso evitando quedas durante a mobilização.

- Os funcionários com mais força devem se posicionar ao lado da maca.

Resultados Esperados

- Transferir pacientes dependentes do leito para a maca utilizando técnica adequado.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Transferência do Leito Para a Maca em Bloco	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 049**

Material Necessário

- 06 funcionários da equipe de enfermagem.
- Maca.
- Lençol.
- Luvas de procedimento.
- Prontuário hospitalar.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou familiares.
- Forrar a maca com lençol.
- Posicionar o leito no centro do quarto.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Soltar o lençol de baixo do leito do paciente.
- Colocar a maca paralelamente ao leito.
- Travar as rodas da maca.
- Posicionar três funcionários junto à maca e os outros três funcionários ao lado do leito.

- Transferir o paciente do leito para a maca, com movimento de elevação, em um movimento único e sincronizado.
- Manter a privacidade do paciente, cobrindo-o com lençol ou cobertor.
- Elevar as grades de proteção da maca.
- Certificar do conforto e segurança do paciente.
- Deixar a unidade organizada.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas em lixo contaminado.
- Anotar o horário e o local para onde o paciente foi encaminhado em prontuário.

Manuseio de Material

- O posicionamento dos seis funcionários ocorre de forma simétrica, com três de cada lado. A primeira pessoa coloca um braço sob o pescoço e ombros e o outro sob as costas; a segunda pessoa coloca um braço sob a cintura e o outro sob os quadris; e a terceira pessoa coloca um braço sob os quadris e o outro sob as pernas.
- É de responsabilidade da equipe de enfermagem o transporte do paciente para setores internos, como raios-X e ressonância, aos finais de semana e durante o período noturno.
- Durante o horário administrativo a locomoção interna dos pacientes é realizada por funcionários do setor onde será realizado o exame.
- A transferência do paciente para a Unidade de Terapia Intensiva ou para outra acomodação no Andar de Internação é sempre realizada pela equipe de enfermagem do setor.
- Se possível, ajustar a altura da cama para a realização do procedimento.
- Sempre se certificar das condições do piso evitando quedas durante a mobilização.

Resultados Esperados

- Transferir pacientes politraumatizados, em pós-operatório de laminectomia, ou que exigem imobilização da coluna vertebral, do leito para a maca, utilizando técnica adequada.

Restrição Com Atadura de Crepe	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 050**

Material Necessário

- Atadura de crepe.
- Compressa não estéril.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir o material necessário.
- Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente e/ou acompanhante.
- Colocar os membros superiores do paciente em posição anatômica.
- Colocar compressa ao redor do membro para evitar lesão por fricção pelo uso da atadura.
- Adaptar a atadura de crepe no membro.
- Enfaixar as extremidades distais dos membros, em região de punhos.
- Deixar a outra extremidade da atadura livre e com sobra.
- Amarrar a extremidade da atadura livre na grade lateral do leito.
- Realizar o mesmo procedimento com o outro membro.

- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento realizado e as reações do paciente no prontuário.

Manuseio de Material

- Sempre ajustar a contenção de modo que não permaneça nem muito apertada e nem muito frouxa.
- A utilização da compressa previne lesão no local de fricção da atadura com a pele.

Resultados Esperados

- Realizar a contenção física em pacientes com nível de consciência alterado.
- Prevenir a queda do leito de pacientes com quadros de agitação psicomotora.
- Prevenir que os pacientes pós-operados que estejam agitados ou poucos colaborativos retirem drenos, cateteres e sondas.

Ações Corretivas

- Caso a família não permita a realização da intervenção, comunicar ao médico responsável e anotar em prontuário.
- Se o membro contido apresentar cianose, afrouxar imediatamente a contenção realizada.
- Se houver escoriação após a retirada da contenção, comunicar a enfermeira de plantão para que a mesma avalie a integridade cutânea e realize a prescrição de enfermagem.

IAPP Instituto de Apoio a Políticas Públicas	
Restrição Com Lençol	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 051**

Material Necessário

- Travesseiro.
- Lençol.

Passos Críticos

A) Restrição dos Ombros

- Lavar as mãos.
- Reunir o material necessário.
- Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente e/ou acompanhante.
- Dobrar um lençol em diagonal até formar uma faixa de 25 cm de largura.
- Colocar a faixa sob as costas do paciente.
- Passar a faixa pela axila.
- Cruzar a faixa sob o travesseiro.
- Amarrar as pontas da faixa na cabeceira da cama.
- Lavar as mãos.

- Anotar o procedimento realizado e as reações do paciente no prontuário.

B) Restrição do Abdome

- Lavar as mãos.
- Reunir o material necessário.
- Dobrar 02 lençóis de forma longitudinal ou diagonal até formar, cada uma, uma faixa de 25 cm de largura.
- Colocar uma faixa sobre o abdome do paciente e a outra sob a região lombar.
- Torcer juntas as pontas do lado direito dos dois lençóis.
- Amarrar na barra lateral do leito.
- Realizar o mesmo procedimento para o lado esquerdo.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento realizado e as reações do paciente no prontuário.

C) Restrição dos Joelhos

- Lavar as mãos.
- Reunir o material necessário.
- Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente e/ou acompanhante.
- Dobrar um lençol em diagonal.
- Colocar a faixa sob os joelhos.
- Passar a ponta do lado direito do lençol sobre o joelho direito e por baixo do esquerdo.
- Passar a ponta do lado esquerdo do lençol sobre o joelho esquerdo e por baixo do joelho direito.
- Amarrar as extremidades livres na barra lateral do leito.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento realizado e as reações do paciente.

Manuseio de Material

- Sempre ajustar a contenção de modo que não permaneça nem muito apertada e nem muito frouxa, colocar as mãos entre a pele do paciente e o lençol para adequar a restrição.

Resultados Esperados

- Realizar a contenção física em pacientes com nível de consciência alterado.
- Prevenir a queda do leito de pacientes com quadros de agitação psicomotora.
- Prevenir que os pacientes pós-operados em agitação ou os pouco colaborativos retirem drenos, cateteres e sondas.

Ações Corretivas

- Caso a família não permita a realização da intervenção, comunicar ao médico responsável e anotar em prontuário.

Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Irrigação Vesical	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 052**

Material Necessário

- Equipo de irrigação.
- Suporte de soro.
- Frasco de água destilada.
- Campo estéril.
- Luva estéril.
- Gazes.
- Frasco de Clorexidine aquosa.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Explicar o procedimento ao paciente (sonda Folley de três vias).
- Adaptar o equipo de irrigação ao frasco de água destilada.
- Retirar o ar do equipo.
- Colocar o frasco no suporte de soro.
- Abrir o campo estéril com a técnica adequada.
- Calçar a luva estéril.

- Realizar a desinfecção da 3ª via da sonda Folley com Clorexidine aquosa.
- Colocar a sonda Folley sobre o campo estéril.
- Conectar o equipo na 3ª via da sonda Folley.
- Abrir a infusão da água destilada.
- Controlar o gotejamento conforme prescrição médica.
- Observar o funcionamento do sistema de irrigação/drenagem.
- Observar formação de coágulos, obstrução da sonda, presença de bexigoma.
- Comunicar à enfermeira ou ao médico responsável qualquer anormalidade no procedimento.
- Desprezar o débito da bolsa coletora.
- Anotar em prontuário o volume infundido, o volume drenado e o aspecto do débito.

Manuseio de Material

- Preparar o material para a instalação do sistema de irrigação quando o paciente for encaminhado ao Centro Cirúrgico para a realização de retirada de tumor de próstata.
- Manter a irrigação vesical contínua, instalando um novo frasco de água destilada antes do término do frasco em utilização para evitar a formação de coágulos no sistema.

Resultados Esperados

- Evitar a obstrução do fluxo da urina por coágulos, grumos e/ou sedimentos.

Ações Corretivas

- Em caso de obstrução do sistema de irrigação proceder a ordenha da sonda vesical, persistindo o problema realizar a desobstrução com seringa.

- Se o paciente apresentar bexigoma ou dor intensa comunicar à enfermeira ou ao médico responsável.

IAPP Instituto de Apoio a Políticas Públicas	
Lavagem intestinal	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 053**

Material Necessário

- Solução comercial e enteroclisma (glicerina), aquecida ou gelada conforme a indicação.
- Forro.
- Vaselina ou xylocaína gel.
- Papel higiênico.
- Comadre.
- Biombo.
- Hamper.
- Sonda retal.
- Gazes.
- Equipo de soro.
- Luvas de procedimento.
- Óculos de proteção
- Avental.
- Máscara facial.
- Suporte de soro.
- Sanito branco pequeno.

- Prescrição médica.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir o material.
- Explicar a finalidade e as etapas do procedimento ao paciente.
- Colocar biombos ao lado do leito para garantir a privacidade do paciente.
- Colocar sobre a mesa de cabeceira a solução de glicerina, gazes e xylocaína.
- Colocar a comadre próxima ao leito.
- Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo com o quadril e o joelho direitos flexionados (Posição de Sims), mantendo-o coberto.
- Colocar os forros sob as nádegas do paciente para proteger a cama.
- Adaptar o equipo de soro ao frasco de clister, retirando o ar do equipo.
- Colocar o frasco no suporte de soro, mais ou menos 45 cm acima do nível do leito.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Colocar a máscara de proteção.
- Colocar os óculos de proteção.
- Vestir o avental.
- Conectar a sonda retal a extremidade do equipo, retirando o ar da mesma.
- Lubrificar a sonda com xylocaína.
- Separar a prega interglútea com gazes expondo a região anal.
- Solicitar ao paciente que respire profundamente com a finalidade de promover maior relaxamento.

- Introduzir a sonda no reto, cerca de 8 a 10 cm, de forma lenta e cuidadosa, nunca forçando o procedimento.
- Abrir a pinça do equipo de soro e deixar a solução correr até o final, controlando o gotejamento conforme prescrição médica.
- Fechar a pinça do equipo.
- Retirar a sonda ao término da solução.
- Desprezar a sonda envolvida no papel higiênico e o frasco dentro do sanito branco.
- Orientar o paciente a reter a solução durante alguns minutos.
- Oferecer a comadre (ou encaminhar ao banheiro) deixando o papel higiênico em suas mãos
- Retirar a comadre e levar ao banheiro desprezando o conteúdo e lavando-a.
- Retirar as luvas de procedimento e a máscara de proteção, desprezando-os no sanito branco.
- Retirar os óculos de proteção, lavar com água e sabão e guardar no posto de enfermagem.
- Retirar o avental e colocar no hamper.
- Oferecer material para lavagem das mãos do paciente, se necessário.
- Deixar a unidade organizada e o paciente confortável.
- Lavar as mãos.
- Anotar no prontuário o horário, a quantidade de solução usada e o retorno.
- Checar procedimento na prescrição médica e anotar na folha de controles do paciente.

Manuseio de Material

- Se necessário, a sonda retal pode ser fixada com esparadrapo.
- Não permitir a entrada de ar no sistema.

- Controlar rigorosamente o gotejamento em clister gota a gota.
- Nunca forçar a introdução da sonda retal.

Resultados Esperados

- Realizar o preparo do cólon para cirurgias anais ou para colonoscopia.
- Tratar quadros de constipação intestinal e fecaloma.
- Realizar clister terapêutico em quadros de diarreia intensa.

Ações Corretivas

- Se o paciente se queixar de dor, diminuir ou interromper momentaneamente o fluxo do líquido.
- Quando o líquido não entrar por obstrução da sonda, realizar movimentos delicados com a mesma ou substitui se estiver obstruído.

IAPP Instituto de Apoio a Políticas Públicas	
Lavagem Intestinal pela Colostomia	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 054**

Material Necessário

- Frasco com solução comercial para lavagem intestinal, ou solução conforme prescrição médica.
- Toalha ou forro.
- Sanito branco.
- Papel higiênico.
- Sonda retal nº: 14 ou 16, conforme o estoma.
- Equipo de soro.
- Gazes.
- Luvas de procedimento.
- Bolsa de colostomia.
- Xilocaína gel.
- Frasco de soro fisiológico 0,9% de 250 ml.
- Tesoura.
- Biombo.
- Comadre.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente.
- Reunir o material levando-o a unidade do paciente.
- Colocar biombos ao lado do leito para garantir a privacidade do paciente.
- Conectar a sonda retal na extremidade do equipo de soro.
- Posicionar o frasco da solução comercial para a lavagem intestinal no suporte de soro cerca de 45 a 50cm acima do nível da colostomia.
- Retirar o ar da extensão do equipo.
- Lubrificar a sonda retal usando gaze com gel anestésico.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Retirar a bolsa de colostomia e desprezar no sanito branco.
- Proceder a limpeza ao redor da colostomia com gaze e soro fisiológico a 0,9%.
- Segurar a sonda retal com auxílio de uma gaze.
- Introduzir a sonda retal pelo estoma cerca de 15 a 20cm.
- Segurar a sonda retal com uma gaze, já introduzida.
- Abrir a pinça do equipo da solução.
- Deixar a solução correr lentamente.
- Fechar a pinça quando terminar a solução, evitando a entrada de ar.
- Retirar a sonda clampando-a e puxando-a.
- Desprezar a sonda envolvida em papel higiênico e as gazes sujas no sanito branco.
- Proceder à limpeza ao redor da colostomia utilizando gaze e soro fisiológico, após o efeito satisfatório da lavagem.
- Providenciar a higiene do paciente.
- Secar a área ao redor da colostomia com gazes.
- Verificar o diâmetro do estoma.

- Recortar de forma anatômica a nova bolsa de colostomia.
- Encaixar a bolsa de colostomia ao estoma.
- Recolher o material e deixar a unidade em ordem.
- Providenciar para que o banheiro seja higienizado, em caso de utilização do mesmo.
- Desprezar as luvas de procedimento no sanito branco.
- Lavar as mãos.
- Anotar no prontuário do paciente, a realização do procedimento, o efeito da lavagem, a quantidade e aspecto do líquido retornado.
- Checar o procedimento na prescrição médica.
- Anotar o retorno em folha de controle do paciente

Manuseio de Material

- Antes da introdução da sonda pela colostomia, retirar o ar da extensão do equipo, evitando desta forma, distensão e cólica abdominal.

Resultados Esperados

- Realizar o preparo do cólon para cirurgias ou para colonoscopia.

Ações Corretivas

- Caso o paciente não possa ir ao banheiro, realizar o procedimento no próprio leito, levando uma comadre para desprezar o conteúdo, um forro e um plástico para colocar sob o local da colostomia.
- Havendo resistência durante a introdução da sonda retal, abrir a pinça do equipo de soro permitindo que corra um pouco da solução; se assim mesmo não resolver, não forçar a introdução, comunicar a enfermeira do setor.

- Havendo refluxo de grande quantidade de líquido, durante a infusão da solução, diminuir a pressão do mesmo ou tentar introduzir a sonda mais 5cm.

IAPP Instituto de Apoio a Políticas Públicas	
Sondagem Nasoenteral	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 055**

Material Necessário

- Sonda Nasoenteral.
- Tubo de xylocaína gel.
- Luvas de procedimento.
- Gaze.
- Micropore.
- Esparadrapo.
- Copo plástico com água.
- Seringa 20 ml.
- Estetoscópio.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material necessário em uma bandeja.
- Realizar a preparação da sonda nasoenteral conforme as instruções do fabricante.

- Explicar as etapas do procedimento e sua finalidade ao paciente e/ou familiares.
- Avaliar a integridade dos reflexos de deglutição e tosse do paciente.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Posicionar o paciente com a cabeceira do leito elevada (Posição de Fowler).
- Proceder à mensuração para determinar a extensão de sonda que será introduzida.
- Realizar a mensuração do lóbulo da orelha à ponta do nariz, da ponta do nariz ao apêndice xifoide, acrescentando mais 5 cm.
- Realizar a marcação da sonda com esparadrapo no ponto determinado, utilizando como parâmetro em situação de deslocamento da mesma.
- Solicitar ao paciente que flexione a cabeça e realize movimentos de deglutição durante a introdução da sonda.
- Observar as condições das narinas e aletas nasais.
- Passar xylocaína gel na ponta da sonda enteral.
- Introduzir a sonda enteral até a marcação realizada.
- Retirar o fio guia.
- Realizar o teste de ausculta da região epigástrica durante a injeção de ar.
- Conectar uma seringa com ar em uma das vias da sonda.
- Fechar a outra via da sonda.
- Posicionar o estetoscópio na região epigástrica.
- Pressionar o êmbolo da seringa.
- Auscultar o ruído.
- Realizar o teste da aspiração.
- Conectar a seringa na sonda.
- Aspirar a sonda.

- Observar o retorno de líquido.
- Fixar a sonda com tiras finas de micropore.
- Limpar com gaze o excesso de xylocaína em narinas.
- Identificar a seringa de 20 ml com nome do paciente e data, mantê-la dentro da embalagem para uso de rotina.
- Deixar o quarto organizado.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Desprezar as luvas em lixo contaminado.
- Identificar o fio guia com nome do paciente e data.
- Lavar as mãos.
- Anotar procedimento realizado, observações e intercorrências em prontuário.
- Checar o procedimento em prescrição médica.
- Solicitar raios-X de controle para confirmação de locação.

Manuseio de Material

- A passagem de sonda nasoenteral é de responsabilidade exclusiva do enfermeiro.
- Recomenda-se fixar a sonda no nariz e não na testa, para que não haja comprometimento do campo de visão do paciente.
- A fixação deve ser confortável e segura, com tiras finas de esparadrapo ou micropore.
- A cada período de 12 horas, após as mudanças de decúbito do paciente, após o banho e após a fisioterapia e após o horário de visitas, confirmar a posição da sonda realizando a ausculta do ruído característico, ao injetar ar pela sonda com uma seringa de 10 ml.

- Lavar a sonda após cada administração de medicamentos com 20 ml de água, pois a impactação de medicamentos é a causa mais frequente de obstrução de sonda enteral.
- A diluição mínima dos medicamentos administrados pela sonda é de 20 ml.
- A troca da seringa utilizada deverá ser realizada a cada 24 horas.
- A posição de fowler e a flexão da cabeça facilita a introdução da sonda no esôfago.
- O uso de xylocaína gel tem por finalidade tornar a sonda escorregadia, provocar o mínimo de traumatismo na mucosa nasal e minimizar a dor do paciente.
- Não deve haver dificuldade na progressão da sonda, no momento de sua colocação. A dificuldade na introdução da sonda se deve a dobras da sonda na boca, progressão da sonda para a traqueia, ou a formação de alça dentro do estômago, fazendo com que sua extremidade fique apontada em direção ao esôfago.

Ações Corretivas

- Se no momento da colocação da sonda houver o aparecimento de tosse, alterações no ritmo respiratório, cianose, taquipneia, ou dificuldade respiratória, retirar imediatamente a sonda, pois estes sinais indicam que a sonda está na traqueia.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Sondagem Retal	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 056**

Material Necessário

- Sonda retal nº: 22 ou 24.
- Vaselina 5ml.
- Luvas de procedimento.
- Gazes.
- Forros.
- Esparadrapos.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir o material.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Colocar biombos ao lado do leito para garantir a privacidade do paciente.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Lubrificar a sonda retal com vaselina.
- Separar a prega interglútea com gazes expondo a região anal.

- Introduzir a sonda retal de 8 a 10 cm, solicitando que o paciente respire profundamente.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Manter o paciente em posição confortável.
- Lavar as mãos.
- Anotar no prontuário do paciente o horário do procedimento, o responsável pela execução e o resultado obtido.

Manuseio de Material

- Se necessário, a sonda retal pode ser fixada com esparadrapo.

Resultados Esperados

- Realizar a coleta de fezes a fresco.
- Realizar sondagem terapêutica em quadros de diarreia intensa e flatulência.
- Realizar o preparo do cólon para cirurgias anais e para colonoscopia.

Ações Corretivas

- Não forçar a introdução da sonda se houver resistência durante o procedimento, comunicar enfermeiro responsável.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Sondagem Vesical de Demora Feminino	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 057**

Material Necessário

- Material para higiene íntima.
- Luvas de procedimento.
- Sonda Folley de calibre adequado.
- Coletor de urina estéril (sistema fechado).
- Xylocaína gel.
- Solução antisséptica clorexidine aquosa
- 02 Pacotes de gaze estéril.
- Luva estéril.
- Máscara descartável.
- Kit de cateterismo vesical (cuba rim, cúpula, pinça Cherron e campo fenestrado).
- Seringa de 20ml.
- Agulha 40x12.
- 02 Ampolas de água destilada de 10ml.
- 10 cm de micropore.
- Biombo.
- Sanito branco.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Arrumar o material na mesa auxiliar no quarto do paciente.
- Orientar o paciente sobre o procedimento.
- Posicionar biombos ao redor do leito.
- Colocar a paciente em posição ginecológica, expondo apenas os genitais.
- Proceder à higiene íntima com água e sabão, conforme a técnica.
- Lavar as mãos.
- Colocar máscara facial.
- Abrir o pacote de cateterismo vesical sobre o leito, no sentido diagonal, colocando uma das pontas do campo rente à região glútea.
- Abrir o restante do material sobre o campo (pacote de lavagem externa, gaze, seringa, agulha, sonda vesical).
- Colocar a solução antisséptica na cúpula e a xylocaína gel na gaze estéril.
- Abrir a embalagem do coletor e colocar a ponta da conexão sobre o campo, conservando-a estéril.
- Fixar a extensão do coletor na periferia do campo com a presilha e a bolsa coletora na lateral da cama.
- Abrir a ampola de água destilada e deixe-a sobre a mesa.
- Abrir a seringa de xylocaína gel.
- Calçar a luva estéril.
- Testar o balão da sonda com a seringa de 20 ml de ar após verificar sua capacidade (fornecida pelo fabricante).
- Aspirar a água destilada com o auxílio da seringa e agulha, sem tocar na ampola.
- Dispor o material sobre o campo de forma a facilitar o trabalho.

- Lubrificar a sonda vesical com a xylocaína gel segurando a seringa da xylocaína gel com gaze estéril para não contaminar a luva.
- Conectar a sonda à extensão do coletor.
- Proceder à antissepsia da vulva e do meato uretral com gazes montadas em pinça e embebidas clorexedine
- Desprezar as gazes sujas no sanito branco.
- Separar os lábios menores com o polegar e o indicador expondo o vestíbulo vaginal, dando atenção à área do meato uretral.
- Colocar o campo fenestrado estéril sobre a região.
- Comunicar ao paciente quando estiver introduzindo a sonda e solicite a ela que inspire e expire lentamente se possível.
- Introduzir a sonda no meato urinário, aproximadamente 3 cm após o início da drenagem da urina.
- Insuflar o balão da sonda com uma seringa com 15 ml de soro.
- Tracionar lentamente a sonda até encontrar resistência.
- Fixar a sonda na coxa para evitar tração, com auxílio de fita de micropore.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Deixar o quarto organizado.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento realizado, a quantidade e o aspecto de urina drenada e observações em prontuário.

Manuseio de Material

- Para a sondagem vesical é importante uma iluminação adequada para a visualização do meato urinário.
- Nunca forçar a introdução da sonda.
- A sonda vesical de demora segundo preconização da CCIH pode permanecer por tempo indeterminado conforme situação clínica do paciente

exigir, exceto quando em presença de piúria, disúria, ou obstrução por grumos e material quebrado.

- Para a coleta de exame de urocultura se o período de passagem exceder a 30 dias, é indicado uma nova cateterização vesical do paciente antes da coleta da amostra.
- Para transporte e/ou mobilização do paciente não é necessário pinçar a extensão da sonda vesical, pois a mesma possui um sistema de anti-refluxo.
- Antes de fazer a sondagem em pacientes com retenção urinária, procurar todos os meios para estimulá-lo a urinar, como a abertura de torneira, realização de lavagem externa com água aquecida, posicionamento do paciente sobre uma comadre com água quente e colocação de bolsa de água quente na região hipogástrica.
- Para pacientes com incontinência urinária, ao invés de cateterizar, é preferível usar absorventes e calças plásticas especiais para adultos.
- Realizar higiene íntima com água e sabão, no mínimo duas vezes ao dia.

Resultados Esperados

- Controlar rigorosamente o balanço hídrico em quadros clínicos graves e/ou pacientes cardiopatas, nefropatas e com alterações neurológicas.
- Aliviar distensão vesical pela retenção urinária.
- Manter o esvaziamento vesical em pacientes com comprometimento da mobilidade ou em pós-operatório.

Ações Corretivas

- Em caso de sangramento para o procedimento e comunicar ao médico de plantão e anotar.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Sondagem Vesical de Demora Masculina	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 058**

Material Necessário

- Material para higiene íntima.
- Luvas de procedimento.
- Sonda vesical Folley de calibre adequado.
- Coletor de urina estéril (sistema fechado).
- Tubo de xylocaína gel.
- Solução antisséptica clorexidine aquosa.
- Pacote de gaze estéril.
- Luva estéril.
- Máscara descartável.
- Kit de cateterismo vesical (cuba rim, cúpula, pinça Cherron e campo fenestrado).
- Seringa de 20ml.
- Agulha 40x12.
- Água destilada de 1 ml.
- Micropore.
- Sanito branco.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Arrumar o material na mesa auxiliar no quarto do paciente.
- Orientar o paciente sobre o procedimento.
- Posicionar biombos ao redor do leito.
- Colocar o paciente em decúbito dorsal, expondo somente os genitais.
- Proceder à higiene íntima com água e sabão, conforme a técnica.
- Lavar as mãos.
- Colocar máscara facial.
- Abrir o pacote de cateterismo vesical sobre as pernas do paciente, no sentido diagonal, colocando uma das pontas do campo rente à raiz peniana.
- Abrir o restante do material sobre o campo (pacote de lavagem externa, seringa, agulha, gaze, sonda vesical).
- Colocar a solução antisséptica na cúpula.
- Abrir a embalagem do coletor e colocar a ponta da conexão sobre o campo, conservando-a estéril.
- Fixar a extensão do coletor na periferia do campo com a presilha e a bolsa coletora na lateral da cama.
- Abrir a seringa de xylocaína gel.
- Calçar as luvas estéreis. Aspire à água destilada com o auxílio da seringa e agulha, sem tocar na ampola.
- Teste o balão da sonda após verificar sua capacidade (fornecida pelo fabricante).
- Dispor o material sobre o campo de forma a facilitar o trabalho.
- Afastar o prepúcio e segurar o pênis entre o dedo indicador e médio, perpendicularmente ao corpo.

- Proceder à antissepsia das pregas do prepúcio, glande e meato uretral, com gazes montadas em pinça e embebidas em solução clorexidine aquosa;
- Observar a presença de anormalidades.
- Colocar o campo fenestrado estéril.
- Colocar a extremidade distal da sonda vesical dentro da cuba rim.
- Introduzir a xylocaína gel direto no meato uretral, mantendo o bico da seringa firmemente acoplado.
- Comunicar ao paciente a introdução da sonda.
- Introduzir a sonda cuidadosamente quase até a sua bifurcação.
- Insuflar o balão com uma seringa com 15ml de soro.
- Tracionar lentamente a sonda até encontrar resistência.
- Fixar a sonda lateralmente na coxa ou sobre o abdome para diminuir o ângulo penoescrotal, com auxílio de fita micropore.
- Reposicionar o prepúcio.
- Retirar as luvas estéreis.
- Desprezar as luvas no sanito branco.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Deixar o quarto organizado.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento realizado, a quantidade e o aspecto de urina drenada e observações em prontuário.

Manuseio de Material

- Para a sondagem vesical é importante uma iluminação adequada para a visualização do meato urinário.
- Caso sinta resistência do esfíncter externo, aumentar levemente a tração sobre o pênis e aplicar uma pressão suave sobre a sonda.
- Nunca forçar a introdução da sonda.

- Antes de fazer a sondagem em pacientes com retenção urinária, procurar todos os meios para estimulá-lo a urinar, como a abertura de torneira, realização de lavagem externa com água aquecida, posicionamento do paciente sobre uma comadre com água quente e colocação de bolsa de água quente na região hipogástrica.
- Para pacientes com Incontinência Urinária, ao invés de cateterizar, é preferível usar absorventes e calças plásticas especiais para adultos. Em caso de paciente masculino, pode ser adaptado externamente, no pênis, um dispositivo de tubo de borracha (URIPEN) tipo condom, ligado a um intermediário, e este ao coletor de urina.
- Realizar higiene íntima com água e sabão, no mínimo 2 vezes ao dia. A sonda vesical de demora segundo preconização da CCIH pode permanecer por tempo indeterminado conforme situação clínica do paciente exigir, exceto quando em presença de piúria, disúria, ou obstrução por grumos e material quebrado.
- Para a coleta de exame de urocultura se o período de passagem exceder a 30 dias, é indicada uma nova cateterização vesical do paciente antes da coleta da amostra.
- Para transporte e/ou mobilização do paciente não é necessário pinçar a extensão da sonda vesical, pois a mesma possui um sistema de anti-refluxo.

Resultados Esperados

- Controlar rigorosamente o balanço hídrico em quadros clínicos graves e/ou pacientes cardiopatas, nefropatas e com alterações neurológicas.
- Aliviar distensão vesical pela retenção urinária.
- Manter o esvaziamento vesical em pacientes com comprometimento da mobilidade ou em pós-operatório.

Ações Corretivas

- Em caso de sangramento para o procedimento e comunicar ao médico de plantão e anotar.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Sondagem Nasogástrica	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 059**

Material Necessário

- Sonda Nasogástrica.
- Tubo de xylocaína gel.
- Luvas de procedimento.
- Gaze.
- Micropore.
- Esparadrapo.
- Seringa 20 ml.
- Estetoscópio.
- Prontuário hospitalar.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material necessário em uma bandeja.
- Explicar as etapas do procedimento e sua finalidade ao paciente e/ou familiares.
- Avaliar a integridade dos reflexos de deglutição e tosse do paciente.
- Calçar as luvas de procedimento.

- Posicionar o paciente com a cabeceira do leito elevada (Posição de Fowler).
- Proceder a mensuração para determinar a extensão de sonda que será introduzida.
- Realizar a mensuração do lóbulo da orelha à ponta do nariz, da ponta do nariz ao apêndice xifoide.
- Realizar a marcação da sonda com esparadrapo no ponto determinado, utilizando como parâmetro em situação de deslocamento da mesma.
- Solicitar ao paciente que flexione a cabeça e realize movimentos de deglutição durante a introdução da sonda.
- Observar as condições das narinas e aletas nasais.
- Passar xylocaína gel na ponta da sonda enteral.
- Introduzir a sonda até a marcação realizada.
- Realizar o teste de ausculta da região epigástrica durante a injeção de ar.
- Conectar uma seringa com ar a extremidade da sonda.
- Posicionar o estetoscópio na região epigástrica.
- Pressionar o êmbolo da seringa.
- Auscultar o ruído.
- Realizar o teste da aspiração.
- Conectar a seringa na sonda.
- Aspirar a sonda.
- Observar o retorno de líquido.
- Fixar a sonda com tiras finas de micropore.
- Limpar com gaze o excesso de xylocaína em narinas.
- Colocar a seringa de 20ml dentro de um copo plástico para uso de rotina.
- Deixar o quarto organizado.
- Retirar as luvas de procedimento.

- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Desprezar as luvas em lixo contaminado.
- Lavar as mãos.
- Anotar procedimento realizado, observações e intercorrências em prontuário.
- Checar o procedimento em prescrição médica.

Manuseio de Material

- A fixação deve ser confortável e segura, com tiras finas de esparadrapo ou micropore.
- A cada período de 12 horas, após as mudanças de decúbito do paciente, após o banho e após a fisioterapia e após o horário de visitas, confirmar a posição da sonda realizando a ausculta do ruído característico, ao injetar ar pela sonda com uma seringa de 10 ml.
- A posição de fowler e a flexão da cabeça facilita a introdução da sonda no esôfago.
- O uso de xylocaína gel tem por finalidade tornar a sonda escorregadia, provocar o mínimo de traumatismo na mucosa nasal e minimizar a dor do paciente.
- Não deve haver dificuldade na progressão da sonda, no momento de sua colocação. As dificuldades na introdução da sonda se devem a dobras da sonda na boca, progressão da sonda para a traqueia, ou a formação de alça dentro do estômago, fazendo com que sua extremidade fique apontada em direção ao esôfago.

Resultados Esperados

- Administrar medicamentos e alimentos.
- Obter conteúdo gástrico para análise.
- Tratar uma obstrução ou um local com sangramento.
- Descomprimir o estômago e remover gás e líquido.

Ações Corretivas

- Se no momento da colocação da sonda houver o aparecimento de tosse, alterações no ritmo respiratório, cianose, taquipnéia, ou dificuldade respiratória, retirar imediatamente a sonda, pois estes sinais indicam que a sonda está na traqueia.

Sondagem Vesical de Alívio Feminina	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 060**

Material Necessário

- Material para higiene íntima.
- Luvas de procedimento.
- Sonda vesical de calibre adequado.
- Xylocaína gel.
- Solução antisséptica (Clorexidina aquosa).
- 02 Pacotes de gaze estéril.
- Luva estéril.
- Máscara descartável.
- Kit de cateterismo vesical (cuba rim, cúpula, pinça Cherron e campo fenestrado).
- Biombo.
- Sanito branco.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Arrumar o material na mesa auxiliar no quarto do paciente.
- Orientar o paciente sobre o procedimento.

- Posicionar biombos ao redor do leito.
- Colocar a paciente em posição ginecológica, expondo apenas os genitais.
- Proceder à higiene íntima com água e sabão, conforme a técnica.
- Lavar as mãos.
- Colocar máscara facial.
- Abrir o pacote de cateterismo vesical sobre o leito, no sentido diagonal, colocando uma das pontas do campo rente à região glútea.
- Abrir o restante do material sobre o campo (pacote de lavagem externa, sonda vesical).
- Colocar a solução antisséptica na cúpula e a xylocaína gel na gaze estéril.
- Abrir a seringa de xylocaína gel.
- Calçar a luva estéril.
- Dispor o material sobre o campo de forma a facilitar o trabalho.
- Lubrificar a sonda vesical com a xylocaína gel segurando a seringa da xylocaína gel com gaze estéril para não contaminar a luva.
- Proceder à antissepsia da vulva e do meato uretral com gazes montadas em pinça e embebidas em Clorexidina Aquosa.
- Desprezar as gazes sujas no sanito branco.
- Separar os lábios menores com o polegar e o indicador expondo o vestíbulo vaginal, dando atenção à área do meato uretral.
- Colocar o campo fenestrado estéril sobre a região.
- Colocar a extremidade distal da sonda vesical dentro da cuba rim.
- Comunicar ao paciente quando estiver introduzindo a sonda e solicite a ela que inspire e expire lentamente se possível.
- Introduzir a sonda no meato urinário, aproximadamente 3cm após o início da drenagem da urina.
- Observar o retorno de débito urinário pela sonda.
- Aguardar a drenagem completa.

- Retirar a sonda vesical.
- Desprezar a sonda vesical no sanito branco.
- Retirar as luvas estéreis.
- Desprezar as luvas no sanito branco.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Deixar o quarto organizado.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento realizado, a quantidade e o aspecto de urina drenada e observações em prontuário.

Manuseio de Material

- Para a sondagem vesical é importante uma iluminação adequada para a visualização do meato urinário.
- Nunca forçar a introdução da sonda.
- Antes de fazer a sondagem em pacientes com retenção urinária, procurar todos os meios para estimulá-lo a urinar, como a abertura de torneira, realização de lavagem externa com água aquecida, posicionamento do paciente sobre uma comadre com água quente e colocação de bolsa de água quente na região hipogástrica.
- Para pacientes com incontinência urinária, ao invés de cateterizar, é preferível usar absorventes e calças plásticas especiais para adultos.

Resultados Esperados

- Aliviar distensão vesical pela retenção urinária.
- Manter o esvaziamento vesical em pacientes com comprometimento da mobilidade ou em pós-operatório.

Ações Corretivas

- Em caso de sangramento para o procedimento e comunicar ao médico de plantão e anotar.

Sondagem Vesical de Alívio Masculina	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 061**

Material Necessário

- Material para higiene íntima.
- Luvas de procedimento.
- Sonda vesical de calibre adequado.
- Xylocaína gel.
- Solução antisséptica (Clorexidine Aquosa).
- 02 Pacotes de gaze estéril.
- Luva estéril.
- Máscara descartável.
- Kit de cateterismo vesical (cuba rim, cúpula, pinça Cherron e campo fenestrado).
- 10 cm de micropore.
- Biombo.
- Sanito branco.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Arrumar o material na mesa auxiliar no quarto do paciente.

- Orientar o paciente sobre o procedimento.
- Posicionar biombos ao redor do leito.
- Colocar o paciente em decúbito dorsal, expondo somente os genitais.
- Proceder à higiene íntima com água e sabão, conforme a técnica.
- Lavar as mãos.
- Colocar máscara facial.
- Abrir o pacote de cateterismo vesical sobre as pernas do paciente, no sentido diagonal, colocando uma das pontas do campo rente à raiz peniana.
- Abrir o restante do material sobre o campo (pacote de lavagem externa, sonda vesical).
- Colocar a solução antisséptica na cúpula.
- Abrir a seringa de xylocaína gel.
- Calçar as luvas estéreis.
- Dispor o material sobre o campo de forma a facilitar o trabalho.
- Afastar o prepúcio e segurar o pênis entre o dedo indicador e médio, perpendicularmente ao corpo.
- Proceder à antissepsia das pregas do prepúcio, glande e meato uretral, com gazes montadas em pinça e embebidas em solução de Clorexina Aquosa.
- Observar a presença de anormalidades.
- Colocar o campo fenestrado estéril.
- Introduzir a xylocaína gel direto no meato uretral, mantendo o bico da seringa firmemente acoplado.
- Colocar a extremidade distal da sonda dentro da cuba rim.
- Comunicar ao paciente a introdução da sonda.
- Introduzir a sonda cuidadosamente quase até a sua bifurcação.
- Observar o retorno de débito urinário pela sonda.
- Aguardar a drenagem completa.
- Retirar a sonda vesical.

- Reposicionar o prepúcio.
- Desprezar a sonda vesical no sanito branco.
- Retirar as luvas estéreis.
- Desprezar as luvas no sanito branco.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Deixar o quarto organizado.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento realizado, a quantidade e o aspecto de urina drenada e observações em prontuário.

Manuseio de Material

- Para a sondagem vesical é importante uma iluminação adequada para a visualização do meato urinário.
- Caso sinta resistência do esfíncter externo, aumentar levemente a tração sobre o pênis e aplicar uma pressão suave sobre a sonda.
- Nunca forçar a introdução da sonda.
- Antes de fazer a sondagem em pacientes com retenção urinária, procurar todos os meios para estimulá-lo a urinar, como a abertura de torneira, realização de lavagem externa com água aquecida, posicionamento do paciente sobre uma comadre com água quente e colocação de bolsa de água quente na região hipogástrica.
- Para pacientes com Incontinência Urinária, ao invés de cateterizar, é preferível usar absorventes e calças plásticas especiais para adultos. Em caso de paciente masculino, pode ser adaptado externamente, no pênis, um dispositivo de tubo de borracha (URIPEN) tipo códon, ligado a um intermediário, e este ao coletor de urina.

Resultados Esperados

- Aliviar distensão vesical pela retenção urinária.

- Manter o esvaziamento vesical em pacientes com comprometimento da mobilidade ou em pós-operatório.

Ações Corretivas

- Em caso de sangramento para o procedimento e comunicar ao médico de plantão e anotar.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Troca de Selo D' água de Dreno de Tórax	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 062**

Material necessário

- Máscara facial.
- Óculos de proteção.
- Luvas de procedimento.
- Forro grande.
- Frasco de água destilada estéril 500 ml.
- Frasco para desprezar débito do dreno torácico

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Explicar ao paciente o procedimento e finalidade sempre que possível.
- Colocar o forro grande embaixo do dreno de tórax, caso respingue sangue.
- Colocar óculos de proteção.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Clampear dreno de tórax para prevenção de entrada de ar em sistema fechado.

- Abrir frasco de dreno de tórax, tendo cuidado para não contaminar o intermediário.
- Desprezar débito de frasco de tórax em um segundo frasco.
- Realizar previamente uma lavagem do frasco com um pouco de água destilada para a retirada de sangue ou grumos depositados.
- Adicionar selo d'água com 200 ml de água destilada estéril no frasco de drenagem.
- Conectar a tampa ao frasco, certificando o correto fechamento.
- Desclampear o dreno de tórax.
- Observar oscilação da coluna d'água de acordo com a respiração do paciente.
- Desprezar débito em vaso sanitário individual.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Deixar o quarto organizado.
- Lavar as mãos.
- Anotar procedimento no relatório de enfermagem descrevendo volume e aspecto de conteúdo drenado pelo tórax.

Manuseio de Material

- Certificar-se de que a extensão do dreno de tórax foi seguramente clampeada a fim de provocar um quadro de pneumotórax ao paciente.
- Realizar a troca de selo d'água a cada 24 horas, conforme padronização.
- Prevenir risco de infecção para o paciente, manuseando o frasco aberto sem contaminar seu intermediário e paredes internas.

Resultados esperados

- Obter uma drenagem eficiente do tórax acometido para alívio e conforto do paciente.
- Melhorar padrão respiratório do paciente.

- Observar “coleção” presente no pulmão do paciente e pesquisar presença de microorganismos se necessário.

Ações corretivas

- Em caso de dreno de tórax não oscilante, verificar se a não drenagem de líquidos pleurais pode estar relacionada ao incorreto posicionamento do frasco, tampa do frasco mal rosqueada ou presença de grumos na extensão do sistema de drenagem torácica.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Instalação da Dieta Enteral	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 063**

Material Necessário

- Bomba de Infusão.
- Bolsa da dieta.
- Equipo para dieta enteral.
- Bandeja
- Estetoscópio.
- Seringa de 20ml.
- Álcool 70%
- Prescrição médica.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Conferir o rótulo da dieta, o nome do paciente e a data do preparo com a prescrição médica.
- Conectar o equipo a bolsa da dieta, obedecendo a todos os cuidados de assepsia, desinfetando a superfície externa com álcool a 70% antes de ser aberta.
- Reunir todo o material necessário em uma bandeja.

- Orientar o procedimento a ser prestado aos acompanhantes e, se possível, ao paciente.
- Posicionar o paciente com a cabeceira do leito elevada em 45º.
- Realizar teste de ausculta para confirmar a locação adequada da sonda, através da infusão de ar.
- Conectar o equipo da bolsa de dieta a bomba de infusão apropriada.
- Conectar a extremidade distal do equipo a sonda nasoenteral.
- Ajustar o fluxo de infusão da bomba, conforme orientação da nutricionista em prescrição médica.
- Ligar a bomba de infusão.
- Checar o procedimento realizado em prescrição médica.

Manuseio de Material

- O controle do gotejamento da dieta deve ser realizado de maneira correta, pois fluxo de infusão da dieta acelerado pode provocar intolerância digestiva e o fluxo reduzido ocasiona a oferta incompleta da dieta, com prejuízos na oferta calórica.
- A cada período de 12 horas, após as mudanças de decúbito do paciente, após o banho e após a fisioterapia e após o horário de visitas, confirmar a posição da sonda realizando a ausculta do ruído característico, ao injetar ar pela sonda com uma seringa de 10 ml.
- O paciente deve ser mantido com a cabeceira elevada em 45º para evitar o risco de broncoaspiração.
- A progressão na velocidade de infusão da dieta depende da tolerância do paciente e do volume prescrito para 24 horas.
- Durante a terapia nutricional, sempre avaliar presença de distensão abdominal, náuseas e vômitos e diarreia.
- Para a instalação da dieta enteral por gastrostomia, seguir o procedimento de maneira semelhante, com a conexão da extremidade distal do equipo a sonda de gastrostomia.

Resultados Esperados

- Melhorar o aporte nutricional do paciente.

Ações Corretivas

- Se no momento do teste de ausculta não houver a presença do ruído, comunicar ao enfermeiro de plantão imediatamente.

IAPP Instituto de Apoio a Políticas Públicas	
Punção Venosa	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 064**

Material Necessário

- Bandeja.
- Álcool 70%
- Luvas de procedimento.
- Injetor de borracha.
- Abocath.
- Micropore.
- Tesoura.
- Kit de sorolização.
- Garrote.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material necessário.
- Orientar o paciente em relação ao procedimento.
- Escolher o local de punção.
- Observar a integridade cutânea, as condições de hidratação da pele e as condições da rede venosa do paciente.

- Garrotear o membro, em região acima do local escolhido para a punção.
- Solicitar ao paciente que feche as mãos com força.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Fazer antissepsia da região com álcool 70%, com movimentos em sentido único.
- Fixar a veia de escolha.

- Colocar o dedo indicador da mão dominante sobre o canhão da agulha e com os demais dedos segurar a seringa.
- Manter a agulha com o bisel voltado para baixo.
- Puncionar a veia aproximadamente 1 cm antes do local onde a veia deverá ser alcançada com um ângulo de 15º.
- Retirar o garrote e observar a presença de sangue.
- Retirar a agulha.
- Adaptar o injetor de borracha ao cateter venoso.
- Lavar o acesso venoso com soro fisiológico.
- Observar a permeabilidade do acesso venoso.
- Fixar o cateter venoso com micropore, conforme a técnica.
- Escrever nome do responsável e data em uma fita de micropore.
- Colar a identificação sobre a fixação do cateter.
- Reunir todo o material na bandeja.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Encaminhar a bandeja para a sala de medicação.
- Desprezar a agulha na caixa de material perfuro cortante.
- Desprezar as luvas de procedimento no lixo contaminado.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento prestado e qualquer anormalidade observada no prontuário.

Manuseio de Material

- Se o material utilizado para a punção for proveniente do estoque de material do setor, providenciar a reposição imediata.

Resultados Esperados

- Garantir acesso endovenoso em quadros clínicos instáveis
- Evitar punções venosas repetidas.

Ações Corretivas

- Em caso da utilização de mais de um cateter venoso para realização do procedimento, justificar em anotações de enfermagem.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Coleta de Sangue por Cateter de Hickman	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 065**

Material Necessário

- Bandeja.
- Luva estéril.
- Luvas de procedimento.
- 01 Seringa 5 ml.
- 01 Seringa 10 ml.
- 02 Seringas de 20 ml.
- 04 Agulhas interlink.
- Álcool 70%;
- 03 ampolas de soro fisiológico de 10ml.
- Agulha 25x8.
- Máscara cirúrgica.

Passos Críticos

- Reunir todo o material necessário em uma bandeja.
- Lavar as mãos rigorosamente.
- Preparar o material para o procedimento.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Colocar a máscara cirúrgica.

- Dispor o material em mesa auxiliar.
- Calçar a luva estéril.
- Realizar a assepsia do injetor de borracha do cateter de Hickman com álcool 70%;
- Introduzir a agulha interlink, adaptada a seringa de 5ml, no injetor de borracha.
- Aspirar 5 ml de sangue do cateter.
- Desconectar a agulha interlink juntamente com a seringa.
- Colocar a seringa usada na bandeja, distante do material estéril.
- Realizar nova assepsia do injetor de borracha.
- Introduzir a agulha interlink, adaptada a seringa de 20ml, no injetor de borracha.
- Coletar o sangue para a realização do exame laboratorial.
- Desconectar a agulha interlink juntamente com a seringa.
- Colocar a seringa com o sangue coletado sobre a bandeja.
- Realizar nova assepsia do injetor de borracha.
- Introduzir a agulha interlink, adaptada a seringa de 20ml com soro fisiológico, ao injetor de borracha.
- Lavar o cateter com 20ml de soro fisiológico.
- Desconectar a agulha interlink juntamente com a seringa.
- Colocar a seringa usada na bandeja.
- Realizar nova assepsia do injetor de borracha.
- Introduzir a agulha interlink, acoplada a seringa de 10 ml com a solução de heparina, no injetor de borracha.
- Heparinizar a via utilizada do cateter com 6 ml da solução preparada conforme padronização.
- Distribuir o sangue coletado nos frascos do laboratório.
- Retirar as luvas.
- Deixar o quarto organizado.
- Posicionar o paciente confortavelmente.

- Calçar as luvas de procedimento, no posto de enfermagem.
- Desprezar as seringas no lixo de material perfuro cortante.
- Desprezar as luvas em lixo contaminado.
- Lavar as mãos.
- Encaminhar os frascos para o laboratório.
- Anotar procedimento realizado e observações em prontuário.

Manuseio de Material

- O volume de sangue coletado é determinado de acordo com o número de exames laboratoriais.
- As seringas com o soro fisiológico e a solução de heparina devem ser preparadas no posto e encaminhadas ao quarto do paciente dentro da bandeja.
- As amostras de sangue devem ser coletadas pela via proximal do cateter de Hickman, a mesma via utilizada para hemoterapia.
- A solução de heparina é constituída de 0,2ml de heparina e 9,8ml de soro fisiológico.
- Cada etapa do procedimento requer a assepsia do injetor de borracha.

Resultados Esperados

- Padronizar a técnica para coleta de sangue em cateter de Hickman.
- Reduzir o risco de contaminação durante a coleta de sangue em cateter de Hickman.

Ações Corretivas

- Havendo resistência a aspiração e/ou a infusão de soro fisiológico, comunicar a enfermeira de plantão.

Instalação de Pressão Venosa Central	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 066**

Material Necessário

- Bandeja.
- Suporte de soro.
- Soro fisiológico 0,9% 250ml.
- Equipo de PVC.
- Régua niveladora.
- Fita adesiva 19 mm (cm).
- Trava rosca.
- Micropore.
- Etiqueta de soro.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material necessário em uma bandeja.
- Conectar o equipo no frasco de soro.
- Retirar o ar do equipo.
- Fechar as pinças.
- Proteger as extremidades.
- Orientar o procedimento ao paciente.

- Fixar a parte inferior da fita graduada no terço médio do suporte de soro ao nível do colchão com uso de micropore.
- Fixar a via do paciente e a via acessória na parte inferior da fita graduada.
- Ajustar as vias do equipo fixando também na parte superior.
- Colocar o paciente em decúbito dorsal horizontal.
- Retirar travesseiros e coxins.
- Descobrir o tórax.
- Colocar os braços do paciente ao longo do corpo.
- Estabelecer o ponto "zero" da fita graduada, com o auxílio da régua niveladora, na linha esternal.
- Manter a bolha do nivelador no centro.
- Assinalar o ponto correspondente na parte inferior do nivelador na linha esternal.
- Manter a via de PVC conectada na via da torneirinha do cateter central com injetor de borracha e trava rosca.
- Abrir a torneirinha para via da PVC.
- Certificar se todo o equipo está preenchido com soro.
- Abrir a pinça da via do paciente e da via acessória.
- Observar o rebaixamento e a oscilação do líquido da coluna.
- Pedir ao paciente para tossir ou respirar fundo, quando possível.
- Aguardar o rebaixamento máximo da coluna líquida.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Deixar o quarto organizado.
- Anotar o valor da PVC em ficha de controles.

Manuseio de Material

- O ponto-zero deve ser estabelecido a cada mensuração da PVC.
- Fazer desinfecção com álcool 70% no injetor de borracha a cada instalação da PVC para uma nova medição.

- Caso não seja possível posicionar o paciente em decúbito dorsal, zerar a PVC em decúbito elevado.
- O sistema de PVC (soro, equipo de PVC, trava rosca) deve ser trocado a cada 72 h.
- Para se obter comparativos exatos deve-se sempre medir a PVC num mesmo padrão, com zeramento a cada medida.
- Avaliar se todo equipo de PVC está preenchido com soro, pois a presença de espaços com ar interfere no valor final.
- Não é necessária a interrupção dos soros ou soluções.
- Caso o cateter inserido no paciente seja duplo lúmen ou triplo, verificar a PVC através da via proximal.

Resultados Esperados

- Mensuração da Pressão Venosa Central.
- Obtenção de parâmetros fidedignos em relação à pressão venosa e às funções cardíacas e pulmonares.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Heparinização mensal de Port-a-Cath	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 067**

Material Necessário

- Bandeja.
- Agulha tipo Hubber.
- Solução antisséptica.
- Compressa de gaze estéril.
- Frasco de Heparina (5000UI/ml).
- 02 Agulhas 40x12.
- 02 Seringas de 10 ml.
- 01 Seringa de 20ml.
- 02 Ampolas de soro fisiológico 10ml.
- Álcool 70%
- Luva estéril.
- Micropore.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material necessário em uma bandeja.

- Preparar a solução de heparina, utilizando 2,0ml de heparina e 5,0ml de SF 0,9%.
- Dispor todo o material a ser utilizado.
- Calçar a luva estéril.
- Puncionar o Port-a-cath com a agulha tipo Hubber, conforme a técnica.
- Conectar a seringa de 10ml a extensão da agulha.
- Aspirar de 5 a 6ml de sangue.
- Desconectar a seringa.
- Colocar a seringa utilizada na bandeja.
- Conectar a seringa de 10ml com solução de heparina.
- Infundir os 7,0 ml da solução de heparina.
- Retirar a agulha Hubber.
- Realizar curativo local cobrindo com gaze e fixando com micropore.
- Deixar a unidade organizada.
- Retirar as luvas.
- Desprezar a agulha Hubber em lixo de material perfuro cortante.
- Desprezar as luvas em lixo contaminado.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento e as observações em prontuário.

Manuseio de Material

- Sempre higienizar a tampa de borracha do frasco-ampola de heparina antes da introdução da agulha para aspiração da medicação.
- Ao retirar a agulha Hubber, é importante que o enfermeiro pressione o êmbolo da seringa para evitar refluxo sanguíneo.

Resultados Esperados

- Padronizar o procedimento de heparinização de Port-a-cath.
- Reduzir o número de manipulações desnecessárias.

- Reduzir o risco de infecção por manipulação excessiva.

Ações Corretivas

- Havendo resistência na infusão, interromper o procedimento, aspirar o conteúdo presente na extensão do conjunto da agulha Hubber e lavar o sistema com soro fisiológico.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Heparinização Rotina de Port-a-cath	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 068**

Material Necessário

- Frasco de Heparina (5000UI/ml).
- Soro Fisiológico 10ml.
- Agulha 40x12.
- Seringa estéril de 10 ml.
- Compressa de gaze.
- Micropore.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material necessário em uma bandeja.
- Preparar a solução de heparina, utilizando 0,2ml de heparina para 9,8ml de SF 0,9%.
- Infundir 7 ml da solução de heparina.
- Realizar curativo no local de inserção da agulha com SF0,9% e clorexidina alcoólico.
- Cobrir com gaze e fixando com micropore.
- Realizar curativo na extremidade do sistema com gaze.
- Registrar procedimento em prontuário.

Manuseio de Material

- A solução de heparina acima descrita é utilizada para as heparinizações frequentes, em âmbito hospitalar.

Resultados Esperados

- Padronizar o procedimento de heparinização de Port-a-cath.
- Reduzir o risco de infecção.

Ações Corretivas

- Havendo resistência na infusão, interromper o procedimento, aspirar o conteúdo presente na extensão do conjunto da agulha Hubber e lavar o sistema com soro fisiológico.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Heparinização Semanal de Hickman	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 069**

Material Necessário

- Frasco de Heparina (5000UI/ml).
- Álcool 70%
- 02 Ampolas de Soro Fisiológico 10ml.
- Luvas de procedimento.
- 02 Agulhas 40x12.
- 02 Seringas de 10 ml.
- 02 Agulhas Interlink.
- Compressa de gaze.
- Micropore.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material necessário em uma bandeja.
- Preparar duas seringas 10ml com solução de heparina, utilizando 1,0ml de heparina e 6,0ml de SF 0,9%.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Observar as condições da pele em local de inserção de cateter.

- Infundir os 7,0 ml da solução de heparina com uso de uma seringa em cada via.
- Proteger a ponta do cateter com curativo com gaze fixado com micropore.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas em lixo contaminado.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento realizado e as observações em prontuário.
- Checar o procedimento em prescrição médica.

Manuseio de Material

- Sempre higienizar a tampa de borracha do frasco-ampola de heparina antes da introdução da agulha para aspiração da medicação.

Resultados Esperados

- Padronizar o procedimento de heparinização de cateter de Hickman.
- Reduzir o número de infecções por manipulação inadequada do cateter de Hickman.
- Reduzir o número de manipulações desnecessárias.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Heparinização de Rotina de Hickman	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 070**

Material Necessário

- Frasco de Heparina (5000UI/ml).
- Ampola de Soro Fisiológico 10ml.
- Luvas de procedimento.
- Agulha 40x12.
- Seringa de 10 ml.
- Agulha Interlink.
- Compressa de gaze.
- Micropore.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material necessário em uma bandeja.
- Preparar a solução de heparina, utilizando 0,2ml de heparina para 9,8ml de SF 0,9%.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Observar as condições da pele em local de inserção de cateter.
- Infundir 6 ml da solução de heparina.

- Proteger a ponta do cateter com curativo com gaze fixado com micropore.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas em lixo contaminado.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento realizado e as observações em prontuário.
- Checar o procedimento em prescrição médica.

Manuseio de Material

- Se a heparinização for realizada nas duas vias do cateter de Hickman repetir o procedimento para a outra via.

Resultados Esperados

- Padronizar o procedimento de heparinização de cateter de Hickman.
- Reduzir o número de infecções por manipulação inadequada do cateter de Hickman.

Ações Corretivas

- Havendo resistência na infusão, interromper o procedimento, aspirar o conteúdo presente na extensão do conjunto da agulha Hubber e lavar a via do cateter de Hickman com soro fisiológico.

Nutrição Parenteral	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 071**

Material Necessário

- Bomba de infusão.
- Equipo de NPP próprio para a bomba de infusão.
- Bolsa de NPP.
- Suporte de soro.
- Álcool 70%;
- Máscara descartável.
- Luvas de procedimento.
- Etiqueta de identificação.
- Prescrição médica

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Retirar a bolsa de NPP da geladeira uma hora antes da instalação.
- Conferir o rótulo da bolsa de NPP com a prescrição médica.
- Colocar a máscara
- Calçar as luvas de procedimento.

- Realizar a desinfecção do lacre da bolsa de NPP com álcool 70% três vezes consecutivas.
- Conectar o equipo a bolsa de NPP, com cuidado para não contaminar.
- Virar o sistema (bolsa e equipo) para baixo e abrir a pinça do equipo para permitir o gotejamento da solução até o preenchimento de todo o sistema.
- Pinçar o equipo após o preenchimento do sistema com a solução.
- Colocar a bolsa de NPP no suporte de soro.
- Conectar o equipo a bomba de infusão.
- Programar a bomba de infusão conforme prescrição médica.
- Identificar a bolsa de NPP com nome do responsável pela instalação, data, horário de início e de término.
- Orientar ao paciente o procedimento.
- Realizar antissepsia do cateter venoso com álcool 70%;
- Conectar o equipo de NPP ao cateter venoso do paciente.
- Iniciar a infusão.

Manuseio de Material

- A administração da NPP deve ser realizada em acesso venoso central e via exclusiva.
- A troca de equipo deve ser realizada a cada nova bolsa.
- A infusão da mesma bolsa de NPP não deve ultrapassar 24 horas.
- A bolsa de NPP não deve ser infundida em temperatura fria, pois pode causar hipotermia.
- A solicitação da bolsa de NPP é realizada em impresso específico pelo médico responsável e encaminhado a farmácia.

Resultados Esperados

- Melhorar o estado nutricional do paciente.
- Auxiliar no processo de cicatrização.

- Recuperar o peso do paciente.
- Garantir aporte nutricional para pacientes que estejam impossibilitados de receber dieta enteral.

Ações Corretivas

- Em caso do término da bolsa de NPP antes da chegada de uma nova bolsa, manter a permeabilidade do acesso venoso com soro fisiológico 0,9%
- Se o paciente apresentar um quadro de bacteremia, interromper o gotejamento e comunicar à enfermeira ou ao médico responsável.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Punção de Port-a-Cath	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 072**

Material Necessário

- Clorexidine alcoólica;
- Compressas de gaze esterilizada.
- Par de luvas estéril.
- Agulha de Hubber (agulha para punção de cateter implantável).
- Seringa de 10 ml.
- Ampola de água destilada ou soro fisiológico.
- Agulha 40x12.
- Micropore.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material necessário em uma bandeja.
- Realizar a limpeza da mesa de cabeceira com álcool a 70%.
- Colocar o material sobre a mesa.
- Abrir os pacotes de material estéril dispondo de forma acessível em campo estéril.
- Calçar o par de luvas estéril.

- Realizar antissepsia na região de implantação do reservatório, aplicar clorexidine alcoólica embebido em compressa de gaze estéril com movimentos circulares, de dentro para fora, três vezes, consecutivamente.
- Enxugar a área com gaze esterilizada.
- Delimitar e fixar o reservatório com a mão não dominante.
- Puncionar com a mão dominante a região mediana do reservatório com uma agulha tipo Hubber, com angulação perpendicular a pele.
- Conectar a seringa, aspirar 5 a 6 ml do sistema para remover a solução de heparina residual e lavar o sistema com soro fisiológico ou água destilada.
- Conectar a seringa em equipo para iniciar a terapia endovenosa.
- Realizar curativo em local de punção, com compressas de gaze dobradas sob as aletas da agulha Hubber e compressas de gaze abertas sobre a mesma e fixação com micropore.

Manuseio de Material

- A punção do Port-a-cath é de responsabilidade exclusiva do enfermeiro.
- Se o acesso venoso central não for utilizado logo após a punção, proceder a heparinização de rotina.

Resultados Esperados

- Padronizar o procedimento de punção de Port-a-cath.
- Evitar a infecção durante o procedimento de punção de Port-a-cath.

Retirada de Venóclise	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 073**

Material Necessário

- Bandeja.
- Luvas de procedimento.
- Gaze.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Fechar a pinça do equipo de soro.
- Desconectar o equipo de soro do injetor de borracha.
- Retirar o esparadrapo que fixa o cateter venoso à pele do paciente.
- Colocar a gaze seca próximo ao cateter intravenoso.
- Retirar o cateter com movimento único e rápido.
- Aplicar com a gaze uma leve pressão no local de punção.
- Observar se houve hemostasia.
- Avaliar se a local precisa de cuidados especiais.
- Retirar as luvas de procedimento.

- Encaminhar a bandeja para a sala de medicação.
- Desprezar o sistema interlink, as luvas de procedimento e o álcool 70% no lixo contaminado.
- Lavar as mãos.
- Anotar procedimento prestado em prontuário, justificando a retirada do acesso venoso, e qualquer anormalidade observada.

Manuseio de Material

- Não utilizar álcool 70% para compressão no local da punção, depois de retirado o cateter venoso, por causar ardência.
- Em pacientes com distúrbio da coagulação, realizar compressão efetiva após a retirada do cateter venoso e, se necessário, compressa com gelo para promover a vasoconstrição.

Ações Corretivas

- Caso a hemostasia não ocorra em três a cinco minutos, realizar um curativo oclusivo no local com gaze e micropore.

IAPP Instituto de Apoio a Políticas Públicas	
Salinização de Cateter Venoso Periférico	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 074**

Material Necessário

- Bandeja.
- Luvas de procedimento.
- Álcool 70%
- Kit de salinização

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Acoplar a seringa de 5ml à agulha interlink.
- Aspirar o soro fisiológico.
- Retirar o ar da seringa.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Desconectar o dispositivo trava clip do injetor de borracha do equipo.
- Realizar a assepsia do injetor de borracha.
- Infundir o soro fisiológico com fluxo rápido e ininterrupto.
- Observar a permeabilidade do acesso venoso.
- Retirar as luvas de procedimento.

- Encaminhar a bandeja para a sala de medicação.
- Desprezar o sistema interlink e as luvas de procedimento no lixo contaminado.
- Lavar as mãos.
- Anotar qualquer anormalidade observada.

Manuseio de Material

- Os kits de salinização devem ser solicitados à Farmácia, sendo composto por soro fisiológico de 10ml, agulha interlink e seringa de 5ml.

Resultados Esperados

- Evitar punções venosas repetidas.
- Manter a permeabilidade do acesso venoso.
- Evitar a administração de anticoagulante desnecessário.
- Evitar a coagulação sanguínea no cateter venoso.

Ações Corretivas

- Se durante a infusão do soro fisiológico o paciente referir ardência, observar as condições de permeabilidade da rede venosa.
- Se durante a infusão do soro fisiológico houver infiltração local, retirar o cateter venoso e proceder à nova punção.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Auxílio na Passagem de Cateter Venoso Central	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 075**

Material Necessário

- Bandeja.
- Mesa Mayo.
- Óculos de proteção.
- Gorro.
- Máscaras descartáveis.
- Avental estéril.
- 02 Campos cirúrgicos estéreis.
- Luvas estéreis.
- 03 pacotes de gazes estéreis.
- 01 seringa de 20ml.
- 01 seringa de 10ml.
- 01 agulha 40x12.
- 01 agulha 30x8.
- 01 cateter central (Intracath; Duplo lúmen).
- 01 bandeja de punção.
- 01 frasco de solução antisséptica (Cloroexidine alcoólico 0,5%).
- 01 frasco de Xylocaína 2%.
- 01 torneirinha.

- 01 polifix.
- 02 injetores de borracha.
- 01 equipo Eurofix.
- 01 SF 0,9% de 100 ou 250ml.
- 01 fio de sutura – Polycot 2.0.
- 1 micropore 25 mm (30 cm)

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material necessário em uma bandeja.
- Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente sempre que possível.
- Aproximar a mesa Mayo do leito.
- Posicionar o paciente em decúbito horizontal dorsal, retirar o travesseiro.
- Auxiliar o médico na paramentação (colocar gorro, máscara, avental e luva estéril).
- Abrir bandeja de punção sobre a mesa Mayo.
- Abrir todos os materiais necessários para punção e inserção do cateter (agulhas, seringas, gazes), oferecendo ao médico com técnica estéril.
- Oferecer solução antisséptica (Cloroexidine alcoólico 0,5%).
- Oferecer Xilocaína 2% ao médico.
- Deixar preparado o SF 0,9% conectado ao equipo Eurofix, polifix e torneirinha para adaptar no cateter.
- Após a punção, conectar o soro no cateter e realizar teste de refluxo sanguíneo abaixando o soro.
- Realizar curativo oclusivo com SF 0,9% + Cloroexidine alcoólico 0,5% e ocluindo com gaze estéril e micropore.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Desprezar materiais contaminados em sanito branco.

- Deixar o quarto organizado.
- Desprezar as agulhas no lixo de material perfuro cortante.
- Anotar o procedimento realizado e as intercorrências em prontuário hospitalar.

Manuseio de Material

- Deve ser feito controle radiológico após a punção do cateter, que será solicitado pelo médico de plantão.
- Atentar para hemorragias por punção acidental de artéria, arritmias por excesso de progressão do cateter no ventrículo.
- Atentar para traumatismos ou perfuração das paredes vasculares por manuseio brusco do cateter.
- Trocar o curativo do cateter a cada 24 horas ou se estiver sujo ou deslocado.
- No segundo dia de cateter central, se ausência de sangramento, trocar o curativo com gaze por filme transparente (Tegaderme).

Resultados Esperados

- Obter acesso venoso central, atingindo diretamente a circulação sanguínea sistêmica.
- Possibilitar a administração de todos os tipos de substâncias endovenosa concomitantemente e com fluxo rápido quando necessário.
- Obter dados hemodinâmicos do paciente, como por exemplo, a PVC.

Ações Corretivas

- Havendo sinais de infecção no local de inserção do cateter (hiperemia, secreção purulenta, febre, prurido, dor no local) ou ruptura do cateter, comunicar ao médico.
- Em caso de obstrução do cateter, aspirar com seringa de 1 ml e lavar com SF 0,9%, sempre movimentando o trombo para fora, nunca deslocar o

trombo para dentro do cateter, se persistir a obstrução, comunicar ao médico e solicitar passagem de novo cateter.

Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Aspiração de Traqueostomia	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 076**

Material Necessário

- Frasco coletor de secreção de vidro.
- Copo descartável 150ml com água corrente.
- Luva estéril.
- Sonda de aspiração (nº 12 ou 14).
- Máscara cirúrgica comum.
- Óculos protetor.
- Gazes estéril, se necessário.
- Xylocaína gel, se necessário.
- Soro fisiológico 0,9% 10ml, se necessário.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo material.
- Explicar o procedimento ao paciente se for possível.
- Verificar as condições respiratórias e hemodinâmicas do paciente.
- Colocar máscara e óculos de proteção.

- Abrir a embalagem da sonda de aspiração.
- Conectar a sonda de aspiração à extremidade da extensão, com técnica asséptica.
- Ligar o aspirador e ajustar a pressão negativa.
- Calçar as luvas estéreis.
- Introduzir a sonda de aspiração na cânula traqueal, mantendo o orifício da sonda aberta para não aplicar sucção.
- Ocluir o orifício da sonda de aspiração para propiciar sucção.
- Fazer movimentos circulares com a sonda trazendo-a para fora em menos de 10 segundos.
- Aspirar secreções da orofaringe e finalizar com aspiração oral, se necessário.
- Lavar a extensão do aspirador com a água do copo.
- Proteger extremidade da extensão de látex.
- Retirar as luvas.
- Desligar o sistema a vácuo.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Deixar o quarto organizado.
- Desprezar as luvas em lixo contaminado.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento realizado e as características das secreções.
- Checar o procedimento em prescrição médica ou de enfermagem.

Manuseio de Material

- Na introdução da sonda de aspiração quando encontrar resistência, não forçar a sonda e retornar um cm da sonda, antes de começar a aspirar.
- Para manter as vias aéreas permeáveis, aspirar ao paciente sempre que houver necessidade.

- Fazer anotação de enfermagem de todas as aspirações realizadas.
- Cada aspiração deverá estar checada na prescrição de enfermagem.
- A aspiração deverá ser feita somente quando necessária nunca como rotina.
- Manter o decúbito elevado em 30° durante aspiração.
- Interromper a administração da dieta enteral durante o procedimento de aspiração, para prevenir vômitos e aspiração pulmonar.

Resultados Esperados

- Manter a permeabilidade das vias aéreas.
- Realizar coleta de secreção traqueal para exames laboratoriais.

Ações Corretivas Caso haja diminuição da frequência cardíaca ou arritmias, queda da saturação de O2 (SpO2), cianose ou sangramento durante a aspiração, interromper imediatamente a aspiração e oferecer oxigênio o paciente.

IAPP Instituto de Apoio a Políticas Públicas
Oxigenoterapia com Cânula Nasal Tipo Óculos
Especialidade: *Enfermagem* — **POP : 077**

Material Necessário

- Cânula nasal.
- Umidificador de O2.
- Oxigênio.
- Água destilada.

Passos Críticos

- Lavas as mãos.
- Reunir o material.
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente.
- Colocar o paciente em posição confortável.
- Preencher o umidificador com água destilada, obedecendo o nível máximo e mínimo.
- Adaptar a cânula ao umidificador.
- Colocar a cânula no nariz do paciente.
- Abrir o fluxômetro.
- Manter o fluxo de O2(de3-5l/min ou), conforme prescrição médica.

Manuseio de Material

- Observar o nível de água destilada do umidificador, afim de que não ultrapasse o nível contido no frasco, para evitar a inalação de água pelo paciente.

Resultados Esperados

- Melhora padrão respiratório.
- Oferecer ao paciente oxigenoterapia necessária.

Ações Corretivas

- Caso haja piora do quadro respiratório comunicar o enfermeiro e médico plantonista

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Oxigenoterapia com Máscara na Reinalante	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 078**

Material Necessário

- Máscara não reinalante.
- Umidificador de O2.
- Oxigênio.
- Água Destilada.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir o material.
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente.
- Colocar o paciente em posição confortável.
- Preencher o umidificador com água destilada, obedecendo o nível mínimo e máximo.
- Adaptar a máscara ao umidificador preencher o reservatório.
- Colocar a máscara na face do paciente, acoplando boca e nariz.
- Manter o fluxometro com quantidade de O2 conforme prescrição médica.

Manuseio de Material

- Observar o nível da água destilada do umidificador, a fim de que não ultrapasse o nível permitido, para evitar que a água se deposite no reservatório da máscara

Resultados Esperados

- Oferecer ao paciente oxigenoterapia necessária.
- Melhorar padrão respiratório.

Ações Corretivas

- Caso haja piora do quadro o enfermeiro e médico de plantão deverão ser comunicados.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Curativo em Cateter Semi-Implantável com Gaze	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 079**

Material Necessário

- Kit de curativo (pinça dente de rato, pinça Kelly e pinça anatômica).
- Luvas de procedimento.
- Soro Fisiológico 0,9%.
- Clorexidina Alcóolico.
- Pacote com gaze estéril.
- Micropore.
- Tesoura.
- Sanito branco.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material necessário em uma bandeja.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Abrir o estojo com material estéril utilizando técnica asséptica.

- Abrir o pacote de gaze estéril com técnica asséptica, utilizando o invólucro do material esterilizado como campo estéril.
- Utilizar a pinça dente de rato para a remoção do curativo anterior.
- Desprezar o curativo no sanito branco.
- Colocar a pinça dente de rato em local distante do campo estéril.
- Observar aspecto de local de inserção de cateter semi-implantável, avaliando integridade cutânea, presença de sinais flogísticos, presença de sangramento e/ou secreção.
- Utilizar a pinça anatômica e a pinça Kelly para montagem de "bonequinhas" de gaze.
- Fixar a gaze com da pinça Kelly.
- Umedecer a gaze com SF0,9%.
- Realizar a limpeza em inserção de cateter semi-implantável com movimentos circulares em direção única do centro para a periferia, alternando os lados da gaze.
- Desprezar a gaze em sanito branco.
- Umedecer a gaze com clorexidina alcoólico.
- Realizar a antissepsia com clorexidine alcoólico em inserção de cateter semi-implantável com movimentos circulares em direção única do centro para a periferia, alternando os lados da gaze.
- Desprezar a gaze em sanito branco.
- Secar o local de inserção do cateter semi-implantável com gaze seca.
- Utilizar as pinças Kelly e anatômica para ocluir a inserção do cateter semi-implantável com gaze.
- Fixar a gaze com micropore.
- Registrar nome e data em fita adesiva.
- Fixar sobre o curativo.
- Anotar procedimento realizado e as observações em prontuário.
- Checar procedimento em Prescrição de Enfermagem.

Resultados Esperados

- Padronizar a técnica do curativo em inserção de cateteres semi-implantáveis.
- Reduzir o risco de contaminação em inserções de cateteres semi-implantáveis.

Ações Corretivas

- Se houver a presença de secreção e hiperemia local em inserção de cateter venoso central, comunicar a enfermeira de plantão.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Curativo em Cateter Semi-implantável com Tegaderme	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 080**

Material Necessário

- Kit de curativo (pinça dente de rato, pinça Kelly e pinça anatômica).
- Luvas de procedimento.
- Pacote com Gaze estéril.
- Soro Fisiológico 0,9%.
- Clorexidina Alcoólico.
- Tegaderm.
- Sanito branco.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material necessário em uma bandeja.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Abrir o estojo com material estéril utilizando técnica asséptica.
- Abrir o pacote de gaze estéril com técnica asséptica, utilizando o invólucro do material esterilizado como campo estéril.

- Utilizar a pinça dente de rato para a remoção do curativo anterior.
- Desprezar o curativo no sanito branco.
- Colocar a pinça dente de rato em local distante do campo estéril.
- Observar aspecto de local de inserção de cateter semi-implantável, avaliando integridade cutânea, presença de sinais flogísticos, presença de sangramento e/ou secreção.
- Utilizar a pinça anatômica e a pinça Kelly para montagem de "bonequinhas" de gaze.
- Fixar a gaze com pinça Kelly.
- Umedecer a gaze com SF0, 9%.
- Realizar a limpeza em inserção de cateter semi-implantável com movimentos circulares em direção única do centro para a periferia, alternando os lados da gaze.
- Desprezar a gaze em sanito branco.
- Umedecer a gaze com clorexidina alcoólico.
- Realizar a antissepsia com clorexidina alcoólico em inserção de cateter semi-implantável com movimentos circulares em direção única do centro para a periferia, alternando os lados da gaze.
- Desprezar a gaze em sanito branco.
- Secar o local de inserção do cateter semi-implantável.
- Posicionar o Tegaderm sobre o local de inserção do cateter.
- Retirar o selo protetor das bordas expondo a superfície aderente.
- Fixar o filme transparente.
- Registrar nome e data em local apropriado.
- Anotar o procedimento realizado as observações em prontuário.
- Checar Prescrição de Enfermagem.

Manuseio de Material

- O Tegaderm deve ser trocado após 7 dias ou se o filme transparente apresentar déficit na em sua aderência.

Resultados Esperados

- Padronizar a técnica do curativo em inserção de cateteres semi-implantáveis.
- Reduzir o risco de contaminação em inserções de cateteres semi-implantáveis.

Ações Corretivas

- Se o local de inserção do cateter venoso central estiver com secreção, comunicar a enfermeira de plantão.
- Se houver enrugamento do filme transparente com comprometimento da função protetora do Tegaderm, retirar o curativo.

Técnica de Curativo	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 081**

Material Necessário

- Material de Curativo.
- Luvas de Procedimento.
- Óculos de Proteção.
- Gases Estéreis.
- Soro Fisiológico 0,9%.
- Agulha 40/12.
- Micropore.
- Máscara.
- Cobertura adequada.
- Atadura crepe, se necessário.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir o material necessário.
- Explicar ao paciente o procedimento e finalidade.
- Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada.

- Garantir a privacidade do paciente.
- Calçar as luvas não estéreis para retirar o curativo anterior.
- Abrir o material de curativo com a técnica asséptica.
- Colocar as picas com os cabos voltados para fora do campo.
- Realizar limpeza da área menos contaminada para a mais contaminada, lembrando que, nas feridas cirúrgicas limpas, a pele ao redor é considerada mais contaminada que a lesão. Nas lesões infectadas, a área mais contaminada é a própria lesão. Neste caso, procede-se a antissepsia de fora para dentro, limpando primeiramente a área, a pele e por último a lesão.
- Retirar apenas a solução salina da pele para uma adequada fixação da cobertura. O leito da lesão deverá permanecer úmido, uma vez que essa condição é a ideal para a cicatrização.
- Aplicar a cobertura adequada, evitando dobraduras para não haver pressão local.
- Instalar cobertura secundária, se necessário (atadura crepe, compressa gaze estéril, compressa cirúrgica estéril).
- Fixar com micropore.
- Deixar a unidade em ordem, recolhendo o material e desprezando-o nos seus respectivos locais.
- Lavas as mãos.

Curativo de Drenos	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 082**

Material Necessário

- 1 Material de Curativo estéril.
- Gases estéreis.
- Soro Fisiológico 0,9%.
- Micropore.
- Luvas não estéreis.
- Coletor.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir o material.
- Explicar ao paciente o procedimento e finalidade.
- Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada.
- Abrir o material de curativo com técnica asséptica.
- Colocar as pinças com os cabos voltados para a borda do campo.
- Calçar as luvas.
- Remover o curativo anterior.

- Limpar o local da inserção do dreno, utilizando movimentos semicirculares, e as duas faces da gaze.
- Limpar a região ao redor do ponto de inserção com soro fisiológico 0,9%.
- Secar a região do ponto de inserção, e a seguir ao redor do mesmo, utilizando uma gaze para cada local.
- Colocar o coletor adequado.
- Fixar.
- Deixar a unidade em ordem.
- Lavar as mãos.

Manuseio de Material

- Sistemas fechados de drenagem devem ser manipulados assepticamente e o sistema (dreno, extensão, bolsa coletora) não deve ser desconectado.
- Se dreno de penrose, por exemplo, devem ser ocluídos com gases estéreis e trocados sempre que apresentar saturação.

Resultados Esperados

- Proporcionar conforto e bem-estar par ao paciente.
- Realizar curativo com técnica asséptica e livre de contaminação.

Ações Corretivas

- Caso haja qualquer anormalidade o médico e enfermeiro supervisor deverão ser comunicados.
- Observar características da drenagem, anotar e comunicar se alterações.

Curativo de Colostomia/Ileostomia	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 083**

Material Necessário

- Material de curativo estéril.
- Gases estéreis, se necessário.
- Soro Fisiológico 0,9%.
- Luvas de Procedimento.
- Tesoura.
- Bolsa coletora.
- Placa adesiva.

Passos Críticos

- Lavas as mãos.
- Reunir o material.
- Explicar ao paciente o procedimento e finalidade.
- Garantir a privacidade do paciente.
- Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada.
- Abrir o pacote de curativos com técnica asséptica.
- Colocar as pinças com os cabos voltados para borda do campo estéril.

- Calçar as luvas.
- Limpar a região peri-ostonial. Proteger a ostomia, com gaze, para impedir a drenagem de secreções, se necessário.
- Secar a região com gaze.
- Medir o ostoma, demarcar e recortar a placa no tamanho necessário.
- Acoplar a bolsa a placa e o "clamp" na parte inferior da bolsa. Retirar o adesivo da bolsa coletora simples ou da placa e fixar ao redor do ostoma.
- Retirar as luvas.
- Deixar a unidade em ordem.
- Lavar as mãos.

Manuseio de Material

- Orientar o paciente quanto a utilização da placa protetora a fim de prevenir lesões do epitélio peri-ostomal.
- Orientar o paciente a esvaziar a bolsa sempre que necessário, de acordo com a drenagem.
- Para a bolsa com placa, deve-se abrir o "clamp" na parte inferior e esvaziar e lavar a bolsa, sempre que necessário.

Resultados Esperados

- Proporcionar o conforto e bem-estar par ao paciente.
- Garantir integridade da pele do paciente.

Ações Corretivas

- A cada troca da bolsa, verificar se há qualquer lesão da pele ou distensão abdominal.
- Realizar a troca das bolsas simples a cada 24hs e sempre que necessário.

- Realizar a troca da bolsa com placa protetora apenas quando necessário (perder aderência ou extravasamento de secreções)

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Curativo de Traqueostomia	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 084**

Material Necessário

- Bandeja.
- Luvas de procedimento.
- Gazes estéreis.
- SF 0,9% 10ml.
- 01 metro de cadarço.
- Óculos de proteção.
- Máscara facial.
- Sanito branco.
- Luvas estéreis, se necessário.
- 01 Kit de aspiração secreção nº 12, se necessário.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material necessário em uma bandeja.
- Orientar o paciente sobre o procedimento a ser realizado, se possível.
- Posicionar o paciente em decúbito de 45º.
- Colocar a máscara e óculos de proteção.

- Abrir o pacote de gazes, SF0,9% e o cadarço.
- Remover o curativo anterior, usando luvas de procedimento.
- Desprezar as gazes sujas em sanito branco.
- Certificar se que o cuff da traqueostomia está insuflado.
- Aspirar a traqueostomia, se necessário, conforme a técnica.
- Limpar ao redor da inserção da traqueostomia com SF 0,9%.
- Secar ao redor da ostomia.
- Colocar gaze estéril sob a haste de metal ao redor da cânula.
- Colocar o cadarço novo fixando a traqueostomia.
- Desprezar o cadarço sujo no sanito branco.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Deixar o quarto organizado.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas no sanito branco.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento realizado relatando quantidade e aspecto da secreção observada na traqueostomia.

Manuseio de Material

- Os curativos da traqueostomia devem ser prescritos pelo enfermeiro.
- A troca do curativo deve ser realizada após o banho e sempre que necessário.
- Caso o paciente esteja com cânula de metal, retirar a parte interna da cânula e lavar com água destilada para evitar obstrução por acúmulo de secreções.
- Para avaliar se o cuff está insuflado, pressionar a bolsa externa.
- A aspiração da traqueostomia é realizada com técnica asséptica.

Resultados esperados

- Garantir desobstrução da traqueostomia.

- Reduzir o risco de infecção.
- Manter ostomia com bom aspecto.
- Manter a higiene da ostomia.

Ações Corretivas

- Se durante a aspiração da traqueostomia o paciente apresentar desconforto respiratório intenso ou cianose, interromper o procedimento e oferecer oxigenoterapia.

Administração de Soroterapia	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 085**

Material Necessário

- Bandeja.
- Álcool 70%;
- Frasco de soro prescrito.
- Luvas de procedimento.
- Identificação do soro.
- Suporte para soro.
- Seringa estéril.
- Agulha estéril.
- Equipo de eurofix.
- Trava clip.
- Injetor de borracha, se necessário.
- Abocath.
- Micropore, se necessário.
- Garrote, se necessário.
- Prescrição médica.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.

- Reunir todo o material.
- Verificar na prescrição médica a data, o nome do paciente, o número do quarto e do leito, o nome da medicação, o horário e a dosagem da droga.
- Conferir o rótulo da medicação com a prescrição médica, antes de prepará-la.
- Dispor o material a ser utilizado sobre o balcão da sala de preparação.
- Observar as características da solução contidas no frasco.
- Retirar o lacre do frasco de soro.
- Conectar o equipo eurofix em local adequado no frasco de soro.
- Preencher toda a extensão do equipo com o soro, retirando o ar.
- Conectar a trava clip na extremidade do equipo, sem retirar a capa protetora.
- Separar a ampola da medicação prescrita.
- Realizar a assepsia da ampola com álcool 70%
- Quebrar a ampola envolvida em uma gaze seca.
- Introduzir a agulha na ampola, com o bisel voltado para baixo, com cuidado para não se encostar às bordas.
- Aspirar à quantidade de líquido prescrito.
- Realizar a assepsia com álcool 70%no injetor de borracha do frasco de soro.
- Introduzir o bisel da agulha no injetor do soro.
- Injetar o líquido da seringa.
- Identificar o frasco de soro com o nome e leito do paciente, as medicações adicionadas, o gotejamento prescrito, horário de início e previsão do término, e o nome do responsável pela preparação.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Informar ao paciente sobre a medicação a ser administrada.
- Pendurar o frasco de soro no suporte.

- Calçar as luvas de procedimento.
- Puncionar um acesso venoso, se necessário.
- Realizar a assepsia do injetor de borracha presente no acesso venoso.
- Retirar a capa do trava clip.
- Conectar o dispositivo trava clip no injetor de borracha.
- Abrir a pinça do equipo.
- Observar a permeabilidade do acesso venoso.
- Graduar o número de gotas de acordo com a escala de horário.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Encaminhar a bandeja para a sala de medicação.
- Desprezar as luvas de procedimento e o álcool 70% utilizado no lixo contaminado.
- Lavar as mãos.
- Checar o horário da medicação em prescrição médica.
- Anotar qualquer anormalidade observada.

Manuseio de Material

- Se o paciente já estiver com acesso venoso, observar as condições de permeabilidade.
- Em caso de paciente em soroterapia e com medicações via endovenosa prescrita, conectar um dispositivo polifix.
- Identificar toda a punção venosa com nome do responsável e data do procedimento.

Resultados Esperados

- Realizar tratamento medicamentoso conforme conduta médica.

Ações Corretivas

- Se a medicação for recusada, informar a enfermeira responsável, colocar um círculo no horário da medicação e anotar em prontuário.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Administração de medicamento por via intravenosa (IV)	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 086**

Material Necessário

- Bandeja.
- Álcool 70%
- Gaze.
- Luvas de procedimento.
- Fita adesiva para identificar a seringa.
- Água destilada 10ml.
- Medicação prescrita.
- 02 Agulhas estéreis 40x12.
- Seringa estéril.
- Garrote.
- Prescrição médica.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Verificar na prescrição médica a data, o nome do paciente, o número do quarto e do leito, o nome da medicação, o horário e a dosagem da droga.

- Conferir o rótulo da medicação com a prescrição médica, antes de prepará-la.
- Dispor o material a ser utilizado sobre o balcão da sala de preparação.
- Abrir a seringa e a agulha.
- Conectar a agulha a ponta da seringa, mantendo os princípios de assepsia.
- Realizar a assepsia da ampola com álcool 70%
- Quebrar a ampola envolvida em uma gaze seca.
- Introduzir a agulha na ampola, com o bisel voltado para baixo, com cuidado para não se encostar às bordas.
- Aspirar a quantidade de líquido prescrito.
- Retirar todo o ar da seringa.
- Diluir a medicação aspirada com água destilada.
- Trocar a agulha para a administração da medicação.
- Colar na seringa uma fita adesiva identificada com o nome do paciente, quarto e leito, nome da medicação e horário.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Informar ao paciente sobre a medicação a ser administrada.
- Escolher o local de aplicação.
- Observar a integridade cutânea, as condições de hidratação da pele e as condições da rede venosa do paciente.
- Garrotear o membro, em região acima do local escolhido para a punção.
- Solicitar ao paciente que feche as mãos com força.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Fazer antissepsia da região com álcool 70% com movimentos em sentido único.
- Fixar a veia de escolha.

- Colocar o dedo indicador da mão dominante sobre o canhão da agulha e com os demais dedos segurar a seringa.
- Manter a agulha com o bisel voltado para cima.
- Puncionar a veia aproximadamente 1 cm antes do local onde a veia deverá ser alcançada com um ângulo de 15º.
- Retirar o garrote e observar a presença de sangue.
- Solicitar ao paciente que abra a mão.
- Pressionar lentamente o êmbolo, injetando todo o líquido.
- Retirar a agulha com movimento único e rápido.
- Comprimir região da punção com gaze seca.
- Orientar que o paciente mantenha o braço elevado em 60º por aproximadamente 3 minutos.
- Se paciente internado ou observação, identificar o adesivo com data, nome do realizador do procedimento e hora, para controle de uma nova punção ou para troca da fixação do cateter.
- Reunir todo o material na bandeja.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Encaminhar a bandeja para a sala de medicação.
- Desprezar a agulha acoplada à seringa na caixa de material perfuro cortante.
- Desprezar as luvas de procedimento e o álcool 70% utilizado no lixo contaminado.
- Lavar as mãos.
- Checar o horário da medicação em prescrição médica.
- Anotar qualquer anormalidade observada.

Manuseio de Material

- Evitar a punção de membros com fístula arteriovenosa ou lado mastectomizado.

- Escolher sempre o local de punção mais distal, para preservar a extensão do acesso venoso.
- Nunca reencapar a agulha.
- Caso a visualização da rede venosa esteja difícil, utilizar técnicas para promover a vasodilatação, como a aplicação de calor local com compressas quentes ou foco de luz.

Resultados Esperados

- Realizar tratamento medicamentoso conforme conduta médica.
- Proporcionar alívio de sintomas desagradáveis ao paciente.

Ações Corretiva

- Em caso de transfixação de veia, durante a punção venosa, comprimir o local por alguns minutos e depois realizar compressa quente para melhor absorção local.

Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Administração de medicamento por via dermatológica (ID)	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 087**

Material Necessário

- Bandeja.
- Álcool 70%;
- Gaze.
- Luvas de procedimento.
- Fita adesiva para identificar a seringa.
- Medicação prescrita.
- Agulha estéril 40x12.
- Agulha estéril 13x4,5.
- Seringa estéril de 1ml.
- Biombo.
- Prescrição médica.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Verificar na prescrição médica a data, o nome do paciente, o número do quarto e do leito, o nome da medicação, o horário e a dosagem da droga.

- Conferir o rótulo da medicação com a prescrição médica, antes de prepará-la.
- Dispor o material a ser utilizado sobre o balcão da sala de preparação.
- Abrir a seringa e a agulha.
- Conectar a agulha a ponta da seringa, mantendo os princípios de assepsia.
- Realizar a assepsia da ampola com álcool 70%;
- Quebrar a ampola envolvida em uma gaze seca.
- Introduzir a agulha na ampola, com o bisel voltado para baixo, com cuidado para não se encostar às bordas.
- Aspirar à quantidade de líquido prescrito.
- Retirar todo o ar da seringa.
- Trocar a agulha para a administração da medicação.
- Colar na seringa uma fita adesiva identificada com o nome do paciente, quarto e leito, nome da medicação e horário.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Informar ao paciente sobre a medicação a ser administrada.
- Escolher o local de aplicação.
- Posicionar o paciente adequadamente.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Fazer antissepsia da região com álcool 70%;
- Observar a integridade cutânea e as condições de hidratação da pele.
- Firmar a pele com os dedos polegar e indicador das mãos não dominante.
- Introduzir a agulha na pele com o bisel voltado para cima a um ângulo de 15º.
- Pressionar o êmbolo vagarosamente.
- Observar a formação de uma pápula.

- Retirar a agulha.
- Não friccionar o local
- Reunir todo o material na bandeja.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Encaminhar a bandeja para a sala de medicação.
- Desprezar a agulha acoplada à seringa na caixa de material perfuro cortante.
- Desprezar as luvas de procedimento e o álcool 70% utilizado no lixo contaminado.
- Lavar as mãos.
- Checar o horário da medicação em prescrição médica.
- Anotar qualquer anormalidade observada.

Manuseio de Material

- Em geral, a injeção intradérmica é utilizada na aplicação da vacina BCG, na inserção da parte inferior do músculo deltoide, e em testes alergênicos, na face anterior do antebraço.
- É importante a visualização da pápula durante a aplicação.
- Nunca friccionar o local da aplicação.

Resultados Esperados

- Prevenir o aparecimento de doenças, caracterizado pela vacinação.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Administração de medicamento por via intramuscular (IM)	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 088**

Material Necessário

- Bandeja.
- Álcool 70%
- Gaze.
- Luvas de procedimento.
- Fita adesiva para identificar a seringa.
- Medicação prescrita.
- Agulha estéril 13x4,5 ou 25x7 ou 25x8 ou 20x6 (comprimento/calibre compatível com a massa muscular solubilidade do liquido a ser injetado). 13x4,5 para neonatos.
- Seringa estéril.
- Biombo.
- Prescrição médica.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Verificar na prescrição médica a data, o nome do paciente, o número do quarto e do leito, o nome da medicação, o horário e a dosagem da droga.

- Conferir o rótulo da medicação com a prescrição médica, antes de prepara-la.
- Dispor o material a ser utilizado sobre o balcão da sala de preparação.
- Abrir a seringa e a agulha.
- Conectar a agulha a ponta da seringa, mantendo os princípios de assepsia.
- Realizar a assepsia da ampola com álcool 70%;
- Quebrar a ampola envolvida em uma gaze seca.
- Introduzir a agulha na ampola, com o bisel voltado para baixo, com cuidado para não se encostar às bordas.
- Aspirar a quantidade de líquido prescrito.
- Retirar todo o ar da seringa.
- Colar na seringa uma fita adesiva identificada com o nome do paciente, quarto e leito, nome da medicação e horário.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Informar ao paciente sobre a medicação a ser administrada.
- Colocar biombos ao redor do leito para garantir a privacidade do paciente.
- Escolher o local de aplicação.
- Posicionar o paciente adequadamente.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Fazer antissepsia da região com álcool 70%;
- Observar a integridade cutânea e as condições de hidratação da pele.
- Esticar a pele.
- Firmar o músculo.
- Introduzir a agulha em um movimento único e firme, com a técnica adequada.

- Aspirar ao êmbolo da seringa para verificar se a agulha atingiu algum vaso sanguíneo.
- Pressionar o êmbolo até o final, injetando todo o líquido.
- Retirar a agulha rapidamente.
- Comprimir a pele com gaze seca.
- Reunir todo o material na bandeja.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Encaminhar a bandeja para a sala de medicação.
- Desprezar a agulha acoplada à seringa na caixa de material perfuro-cortante.
- Desprezar as luvas de procedimento e o álcool swab utilizado no lixo contaminado.
- Lavar as mãos.
- Checar horário da medicação em prescrição médica.
- Anotar qualquer anormalidade observada.

Em pacientes adultos os locais indicados são:

- 1ª opção: Ventro-glútea - volume máximo de 5 ml
- 2ª opção: Vasto lateral da coxa - volume máximo de 5 ml
- 3ª opção: Dorso-glútea - volume máximo de 5 ml
- 4ª opção: Deltoidiana - volume máximo de 2 ml (em pacientes com desenvolvimento de massa muscular normal)

Em crianças os locais e volumes indicados são:

- 1ª opção: Ventro-glútea - não recomendada para menores de 3 anos

- Crianças de 3 a 6 anos: até 1,5 ml;

- Crianças de 6 a 14 anos: até 2,0 ml;

- Adolescentes: até 2,5 ml;

- 2ª opção: Vasto lateral da coxa

- Prematuros e neonatos – até 0,5 ml

- Menores de 3 anos: até 1 ml;

- Crianças de 3 a 6 anos: até 1,5 ml;

- Crianças de 6 a 15 anos: até 2,0 ml;

- Adolescentes: até 2,5 ml

- 3ª opção: Dorso-glútea - não recomendado para menores de 3 anos

- Crianças de 3 a 6 anos: até 1 ml;

- Crianças de 6 a 14 anos: até 2,0 ml;

- Adolescentes: até 2,5 ml

- 4ª opção: Deltóide

Crianças de 6 a 14 anos: até 0,5 ml;

Adolescentes: até 1 ml

Manuseio de Material

- A angulação da agulha durante a introdução e o posicionamento do paciente varia de acordo com a região escolhida.
- O local de aplicação da injeção intramuscular é determinado pela droga (irritante), volume a ser aplicado e características do paciente.
- As regiões de aplicação intramuscular são: deltoide, dorsoglútea, ventroglútea, face antero-lateral da coxa.

- Em caso de frasco-ampola, realizar a assepsia da região de borracha com álcool swab antes da introdução da agulha.
- Nunca reencapar a agulha.

Resultados Esperados

- Realizar tratamento medicamentoso conforme conduta médica.
- Prevenir o aparecimento de doenças, caracterizado pela vacinação.
- Proporcionar alívio de sintomas desagradáveis ao paciente.

Ações Corretivas

- Se durante a etapa da aspiração, após a introdução da agulha na região escolhida, houver retorno de sangue, retirar a agulha comprimindo o local de punção e realizar novo preparo e administração de medicação.
- Se a medicação for recusada, informar a enfermeira responsável, colocar um círculo no horário da medicação e anotar em prontuário.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Administração de medicamento por via subcutânea (SC)	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 089**

Material Necessário

- Bandeja.
- Álcool 70%
- Luvas de procedimento.
- Fita adesiva para identificar a seringa.
- Medicação prescrita.
- Agulha estéril 40x12.
- Agulha estéril 13X4,5.
- Seringa estéril de 1ml.
- Prescrição médica.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Verificar na prescrição médica a data, o nome do paciente, o número do quarto e do leito, o nome da medicação, o horário e a dosagem da droga.
- Conferir o rótulo da medicação com a prescrição médica, antes de prepará-la.

- Dispor o material a ser utilizado sobre o balcão da sala de preparação.
- Abrir a seringa e a agulha.
- Conectar a agulha a ponta da seringa, mantendo os princípios de assepsia.
- Realizar a assepsia da ampola com álcool 70%
- Quebrar a ampola envolvida em uma gaze seca.
- Introduzir a agulha na ampola, com o bisel voltado para baixo, com cuidado para não se encostar às bordas.
- Aspirar à quantidade de líquido prescrito.
- Retirar todo o ar da seringa.
- Trocar a agulha para a administração da medicação.
- Colar na seringa uma fita adesiva identificada com o nome do paciente, quarto e leito, nome da medicação e horário.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Informar ao paciente sobre a medicação a ser administrada.
- Escolher o local de aplicação.
- Posicionar o paciente adequadamente.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Fazer antissepsia da região com álcool 70%;
- Observar a integridade cutânea e as condições de hidratação da pele.
- Pressionar a pele com os dedos polegar e indicador da mão não dominante.
- Introduzir a agulha em um ângulo de 30ºa 90º em relação à pele.
- Aspirar verificar se a agulha não atingiu nenhum vaso sanguíneo.
- Injetar o líquido vagarosamente.
- Retirar a agulha rapidamente.
- Comprimir a pele com gaze seca.
- Reunir todo o material na bandeja.

- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Encaminhar a bandeja para a sala de medicação.
- Desprezar a agulha acoplada à seringa na caixa de material perfuro cortante.
- Desprezar as luvas de procedimento e o álcool 70% utilizado no lixo contaminado.
- Lavar as mãos.
- Checar o horário da medicação em prescrição médica.
- Anotar qualquer anormalidade observada.

Manuseio de Material

- Em caso de frasco-ampola, realizar a assepsia da região de borracha com álcool 70% antes da introdução da agulha.
- A angulação da agulha depende da constituição física do paciente e do calibre da agulha utilizada.
- Não massagear o local após a aplicação da medicação, pois ocorre alteração no tempo de absorção.
- Os locais de aplicação subcutânea são: abdome, face lateral do braço, face anterior da coxa e região infra-escapular.
- Realizar o rodízio entre as áreas de aplicação subcutânea.
- Não é necessário realizar a etapa de aspiração após a introdução da agulha ao uso de Clexane.

Resultados Esperados

Realizar tratamento medicamentoso conforme conduta médica.

- Prevenir o aparecimento de doenças, caracterizado pela vacinação.
- Proporcionar alívio de sintomas desagradáveis ao paciente.

Ações Corretivas

- Se durante a etapa da aspiração, após a introdução da agulha na região escolhida, houver retorno de sangue, retirar a agulha comprimindo o local de punção e realizar novo preparo e administração de medicação.
- Se a medicação for recusada, informar a enfermeira responsável, colocar um círculo no horário da medicação e anotar em prontuário.

Administração Sublingual	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 090**

Material Necessário

- Bandeja.
- Recipiente para colocar a medicação (copo plástico).
- Fita adesiva para identificação.
- Prescrição médica.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Verificar na prescrição médica a data, o nome do paciente, o número do quarto e do leito, o nome da medicação, o horário e a dosagem da droga.
- Conferir o rótulo da medicação com a prescrição médica.
- Colocar a medicação em recipiente apropriado.
- Identificar o recipiente com o nome do paciente, número do quarto e do leito e horário da medicação.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Informar ao paciente sobre a medicação a ser administrada.
- Colocar o paciente em posição confortável.
- Oferecer o comprimido ao paciente.

- Solicitar que o paciente coloque o comprimido sob a língua.
- Orientar o paciente que permaneça com o medicamento sob a língua, até sua diluição.
- Observar as possíveis reações do paciente.
- Lavar as mãos.
- Checar o horário da medicação em prescrição médica.
- Anotar qualquer anormalidade observada

Resultados Esperados

- Realizar tratamento medicamentoso conforme conduta médica.
- Prevenir o aparecimento de doenças.
- Proporcionar alívio de sintomas desagradáveis ao paciente.

Ações Corretivas

- Se a medicação for recusada, informar a enfermeira responsável, colocar um círculo no horário da medicação e anotar em prontuário.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Administração Via Auricular	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 091**

Material Necessário

- Bandeja.
- Gazes.
- Algodão.
- Luvas de procedimento.
- Sanito branco.
- Frasco de medicação com conta-gotas.
- Fita adesiva para identificação.
- Prescrição médica.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Verificar na prescrição médica a data, o nome do paciente, o número do quarto e do leito, o nome da medicação, o horário e a dosagem da droga.
- Conferir o rótulo da medicação com a prescrição médica.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Informar ao paciente sobre a medicação a ser administrada.
- Calçar as luvas de procedimento.

- Posicionar o paciente em decúbito lateral (com o ouvido a ser medicado para cima).
- Tracionar o lobo da orelha para cima e para trás.
- Abrir o frasco e aspirar a quantidade prescrita ou virar o frasco conta-gotas para baixo.
- Instilar a medicação, evitando que entre em contato com a pele do paciente.
- Proteger o orifício auricular com algodão.
- Limpar com gaze a região auricular externa, se necessário.
- Desprezar a gaze suja em sanito branco.
- Solicitar ao paciente que permaneça por alguns minutos nesta posição.
- Fechar o frasco de medicação.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas em sanito branco.
- Lavar s mãos.
- Checar o horário da medicação administrada em prescrição médica.
- Identificar o frasco de medicação com o nome, número do quarto e leito, e data de abertura.

Manuseio de Material

- Segurar o conta-gotas pelo bulbo de borracha, evitando que a solução suba e entre no bulbo.
- O frasco de medicação, com via de administração auricular, é de uso individual.
- Evitar sempre o contato do conta-gotas com a pele do paciente.

Resultados Esperados

- Realizar tratamento medicamentoso conforme conduta médica.
- Proporcionar alívio de sintomas desagradáveis ao paciente.

Ações Corretivas

- Se a medicação for recusada, informar a enfermeira responsável, colocar um círculo no horário da medicação e anotar em prontuário.

IAPP Instituto de Apoio a Políticas Públicas	
Administração Via Nasal	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 092**

Material Necessário

- Bandeja.
- Gazes.
- Luvas de procedimento.
- Sanito branco.
- Frasco de medicação com conta-gotas.
- Fita adesiva para identificação.
- Prescrição médica.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Verificar na prescrição médica a data, o nome do paciente, o número do quarto e o leito, o nome da medicação, o horário e a dosagem da droga.
- Conferir o rótulo da medicação com a prescrição médica.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Informar ao paciente sobre a medicação a ser administrada.
- Calçar as luvas de procedimento.

- Posicionar o paciente em decúbito dorsal com a cabeça inclinada para trás, favorecendo a visualização as narinas.
- Abrir o frasco e aspirar a quantidade prescrita ou virar o frasco conta-gotas para baixo.
- Instilar diretamente na cavidade nasal, evitando que o conta-gotas ou a ponta do frasco toque na mucosa nasal.
- Limpar o excesso de medicamento com gaze.
- Desprezar as gazes sujas no sanito branco.
- Solicitar ao paciente que permaneça alguns minutos em decúbito dorsal.
- Realizar a limpeza do conta-gotas com água corrente e sabão.
- Recolocar o conta-gotas no frasco.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas no sanito branco.
- Lavar as mãos.
- Checar o horário da medicação administrada em prescrição médica.
- Identificar o frasco de medicação com o nome, número do quarto e leito, e data de abertura.

Manuseio de Material

- Segurar o conta-gotas pelo bulbo de borracha, evitando que a solução suba e entre no bulbo.
- O frasco de medicação, com via de administração nasal, é de uso individual.
- Evitar sempre o contato do conta-gotas com a mucosa nasal.

Resultados Esperados

- Realizar tratamento medicamentoso conforme conduta médica.
- Prevenir o aparecimento de doenças.
- Proporcionar alívio de sintomas desagradáveis ao paciente.

Ações Corretivas

- Se a medicação for recusada, informar a enfermeira responsável, colocar um círculo no horário da medicação e anotar em prontuário.

IAPP Instituto de Apoio a Políticas Públicas
Administração Via Ocular
Especialidade: *Enfermagem* — **POP : 093**

Material Necessário

- Bandeja.
- Gazes.
- Luvas de procedimento.
- Sanito branco.
- Frasco de medicação com conta-gotas.
- Fita adesiva para identificação.
- Prescrição médica.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Verificar na prescrição médica a data, o nome do paciente, o número do quarto e do leito, o nome da medicação, o horário e a dosagem da droga.
- Conferir o rótulo da medicação com a prescrição médica.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Informar ao paciente sobre a medicação a ser administrada.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal.

- Limpar as pálpebras e os cílios do paciente com gaze, se necessário.
- Desprezar as gazes sujas no sanito branco.
- Abrir o frasco e aspirar a quantidade prescrita ou virar o frasco conta-gotas para baixo.
- Expor a conjuntiva inferior, colocando o indicador próximo à margem da pálpebra inferior, abaixando os cílios e exercendo pressão para baixo.

- Segurar o conta-gotas próximo ao olho, evitando encostá-lo nas pálpebras e cílios.
- Solicitar o paciente que olhe para cima.
- Instilar a medicação no centro do saco conjuntival.
- Solicitar o paciente que feche as pálpebras e mova os cílios, permitindo o escoamento sobre as superfícies conjuntivais do globo ocular.
- Enxugar o excesso do medicamento com gaze com movimentos da parte interna do olho para a parte externa.
- Desprezar as gazes em sanito branco.
- Observar as reações do paciente.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas em sanito branco.
- Lavar as mãos.
- Checar o horário da medicação administrada em prescrição médica.
- Identificar o frasco de medicação com o nome, número do quarto e leito, e data de abertura.

Manuseio de Material

- Segurar o conta-gotas pelo bulbo de borracha, evitando que a solução suba e entre no bulbo.
- O frasco de medicação, com via de administração ocular, é de uso individual.
- Evitar sempre o contato do conta-gotas com as pálpebras e cílios do paciente.

Resultados Esperados

- Realizar tratamento medicamentoso conforme conduta médica.
- Proporcionar alívio de sintomas desagradáveis ao paciente.
- Preparar o paciente para a cirurgia oftalmológica.

Ações Corretivas

- Se a medicação for recusada, informar a enfermeira responsável, colocar um círculo no horário da medicação e anotar em prontuário.

Administração Via Retal	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 094**

Material Necessário

- Bandeja.
- Recipiente para colocar o supositório.
- Biombo.
- Fita adesiva para identificar o recipiente.
- Gazes.
- Luvas de procedimento.
- Sanito branco.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Verificar na prescrição médica a data, o nome do paciente, o número do quarto e do leito, o nome da medicação e o horário da droga.
- Conferir o rótulo da medicação com a prescrição médica.
- Colocar a medicação em recipiente apropriado.
- Identificar o recipiente com o nome do paciente, número do quarto e do leito e horário da medicação.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Informar ao paciente sobre a medicação a ser administrada.

- Colocar biombos ao redor do leito para garantir a privacidade do paciente.
- Colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo, com flexão da perda direita (Posição de Sims).
- Calçar as luvas.
- Retirar o invólucro do supositório.
- Segurar o supositório com o auxílio de uma gaze.
- Afastar as nádegas com a mão esquerda.
- Observar presença de anormalidades em região perianal.
- Introduzir o supositório delicadamente.
- Orientar o paciente que retenha o supositório por alguns minutos, evitando que seja expelido.
- Desprezar as luvas de procedimento e as gazes no sanito branco.
- Lavar as mãos.
- Checar o horário da medicação em prescrição médica.
- Anotar qualquer anormalidade observada.

Manuseio de Material

- Garantir a privacidade do paciente com a colocação de biombos.
- Quando o paciente for do sexo oposto ao do prestador da assistência de enfermagem, questionar em relação a preferência por outro funcionário do mesmo sexo para realização do procedimento.

Resultados Esperados

- Realizar tratamento medicamentoso conforme conduta médica.
- Proporcionar alívio de sintomas desagradáveis ao paciente.
- Estimular a evacuação em situações de ressecamento das fezes.

Ações Corretivas

- Se a medicação for recusada, informar a enfermeira responsável, colocar um círculo no horário da medicação e anotar em prontuário.

- Em caso de observação de anormalidades na região perianal, comunicar a enfermeira de plantão.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Administração Via Oral	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 095**

Material Necessário

- Bandeja.
- Recipiente para colocar a medicação (copo plástico).
- Água.
- Fita adesiva para identificação.
- Prescrição médica.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Verificar na prescrição médica a data, o nome do paciente, o número do quarto e do leito, o nome da medicação, o horário e a dosagem da droga.
- Conferir o rótulo da medicação com a prescrição médica, antes de prepará-la.
- Colocar a medicação em recipiente apropriado.
- Identificar o recipiente com o nome do paciente, número do quarto e do leito e horário da medicação.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Informar ao paciente sobre a medicação a ser administrada.

- Observar as condições de deglutição do paciente.
- Posicionar o paciente favorecendo a deglutição do medicamento.
- Administrar a medicação sem tocá-la diretamente com as mãos.
- Oferecer copo com água ao paciente.
- Permanecer ao lado do paciente até que a medicação seja deglutida.
- Lavar as mãos.
- Checar o horário da medicação em prescrição médica.
- Anotar qualquer anormalidade observada.

Manuseio de Material

- Toda a medicação em gotas, suspensão ou xarope será fornecida pela Farmácia em dose unitária.
- A dose de um medicamento prescrito só pode ser alterada pelo médico, devendo ser suspenso em prescrição e prescrito novamente com a dose, via de administração e horário a ser administrado.
- Observar sempre os cinco itens antes de administrar a medicação: paciente certo, horário certo, medicação certa, dosagem certa e via de administração certa.
- Sempre observar a dose prescrita pelo médico e a miligramagem do comprimido.
- Apenas os comprimidos com sulcos podem ser divididos.
- Se o paciente fizer uso de sonda nasoenteral, proceder ao trituramento do comprimido com o instrumento adequado e à diluição em água.

Resultados Esperados

- Realizar tratamento medicamentoso conforme conduta médica.
- Prevenir o aparecimento de doenças.
- Proporcionar alívio de sintomas desagradáveis ao paciente.

Ações Corretivas

- Caso o paciente não tenha condições para deglutir, informar ao médico responsável para orientação de conduta.
- Se a medicação for recusada, informar a enfermeira responsável, colocar um círculo no horário da medicação e anotar em prontuário.
- Se cometer algum erro durante a administração da medicação, notificar imediatamente a enfermeira de plantão.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Atuação em PCR	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 096**

Material Necessário

- 02 técnicos / auxiliares de enfermagem.
- 01 enfermeiro.
- 01 médico.
- Monitor cardíaco.
- Desfibrilador.
- Carrinho de emergência.
- Maca.
- Torpedo de oxigênio.

Passos Críticos

- Entrar no quarto do paciente.
- Chamar o paciente pelo nome.
- Tocar o paciente.
- Avaliar a presença de movimentos respiratórios (ver, ouvir e sentir).
- Verificar a presença de pulso, palpando a artéria carotídea.
- Acionar a campainha para solicitar ajuda.

- Colocar o paciente em decúbito dorsal abaixando cabeceira da cama e retirando o travesseiro.
- Avaliar a cavidade oral, observando a presença de corpo estranho.
- Retirar próteses dentárias.
- Promover a hiperextensão do pescoço para abrir vias aéreas, com elevação da mandíbula e abaixamento do mento.
- Iniciar compressões torácicas, até a chegada de ajuda.
- Reavaliar pulso e movimentos respiratórios após um minuto.
- Continuar as compressões torácicas, persistindo a ausência de pulso e movimentos respiratórios.
- Comunicar o "código azul" à chegada de ajuda, para que sejam providenciados, imediatamente, a tabua rígida e o ambú, e anúncio do "código azul" pela telefonista.
- Atentar ao horário do chamado.
- Colocar a tábua rígida sob o paciente.
- Conectar o ambú a rede de oxigênio, ligando o fluxômetro com 10-12 litros por minuto.
- Iniciar a manobra de compressão e ventilação na proporção de 30/2, sendo 5(cinco) ciclos em 2 (dois) minutos até a chegada do médico.
- Reavaliar o paciente a cada minuto.
- Providenciar um acesso venoso calibroso e instalar o monitor cardíaco no paciente, à chegada de uma terceira pessoa com o carrinho de emergência.
- Preparar o material para intubação orotraqueal e montar o sistema de aspiração.
- Comunicar ao médico todo o procedimento já realizado, resultados e o tempo dispensado desde o início do procedimento.
- Auxiliar o médico na intubação orotraqueal e na administração de medicamentos.

- Preparar a Unidade de Terapia Intensiva em relação a transferência do paciente.
- Providenciar a maca e o torpedo de oxigênio.
- Transferir o paciente para a Unidade de Terapia Intensiva.
- Deixar a unidade organizada.
- Solicitar o Serviço de Higiene para limpeza do quarto.
- Anotar hora da detecção da parada cardiorrespiratória, procedimentos realizados, tempo dispensados para o procedimento, medicações utilizadas, processo de intubação, punção venosa, instalação de monitor cardíaco, oxímetro de pulso, aspiração de vias aéreas, e outros procedimentos, em prontuário hospitalar.
- Relatar o resultado do procedimento – óbito ou encaminhamento do paciente para a UTI e em que condições – em prontuário hospitalar.
- Anotar os materiais e as medicações utilizadas no atendimento da emergência em folha de prescrição médica.
- Providenciar a reposição do carrinho de emergência, o mais rápido possível.
- Encaminhar os materiais a serem esterilizados para a Central de Material.

Manuseio de Material

- Nunca sair do quarto ou deixar o paciente sozinho.
- O pulso carotídeo se palpa localizando a cartilagem cricóide e deslizando o dedo 2cm para o lado do avaliador.
- A compressão torácica externa é realizada no ½ inferior do esterno com a região hipotênar das mãos, uma sobre a outra, e braço reto num ângulo de 90° em relação ao paciente.
- Ao final a enfermeira deverá reunir a equipe e discutir sobre o atendimento, fazendo uma avaliação do mesmo.

- Se após um minuto de compressão torácica, o paciente apresentar pulso e movimentos respiratórios, monitorizar o paciente e instalar oxigenoterapia.
- Não interromper as compressões torácicas.
- Em caso de PCR, o funcionário do setor deverá solicitar à telefonista que anuncie o plantonista da Clínica Médica e a enfermeira de plantão.
- Sempre utilizar equipamentos de proteção individual m situações que são requeridos.
- Manter o carrinho de emergência na Ala de internação onde se localizar o paciente com maior instabilidade do quadro clínico.
- Todas as Alas de internação devem dispor de uma tábua rígida e de um ambú.
- Os torpedos de oxigênio devem estar com uma carga superior a 50.
- A conferência do carrinho de emergência é de responsabilidade da enfermeira do plantão.
- O painel de gases deve estar sempre montado com o nebulizador, fluxômetro, frasco de vácuo e extensão de látex.
- Após a utilização do carrinho de emergência, o enfermeiro responsável pelo plantão deverá providenciar a reposição do material utilizado. Caso não seja possível, passar em plantão para o enfermeiro do turno seguinte a responsabilidade de repor os itens faltantes.

Resultados Esperados

- Proporcionar um atendimento rápido e efetivo durante as situações de emergência.

Cardioversão Elétrica	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 097**

Material Necessário

- Cardioversor / Desfibrilador.
- Tubo de gel condutor.
- Monitor cardíaco.
- 05 Eletrodos.
- Medicamentos prescritos (sedativos, antiarrítmicos).
- Carrinho de urgência.
- Kit de intubação traqueal.
- Cateter nasal.
- Fonte de oxigênio com umidificador.
- Faixas de contensão.
- 02 Compressas não estéreis.
- 02 Panos de limpeza descartável.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.

- Arrumar o material na mesa auxiliar e levar para o quarto do paciente.
- Aproximar o carrinho de urgência e o kit de intubação próximo ao leito.
- Checar e testar todo o material de urgência.
- Instalar o cardioversor na rede elétrica (110volts).
- Realizar o teste com as pás do cardioversor / desfibrilador para verificação de seu funcionamento.
- Explicar o procedimento ao paciente, assegurar a tranquilidade, não usando o termo CHOQUE.
- Avaliar o estado de conservação dos eletrodos no paciente.
- Preparar o paciente: retirar próteses, colocar cateter nasal enriquecido com o O2, expor o tórax do paciente, instalar o cabo de ECG do cardioversor no paciente, retirando o cabo do monitor cardíaco.
- Colocar as faixas de contenção no punho do paciente.
- Garantir ou puncionar veia calibrosa para administração de medicamentos.
- Garantir vias aéreas livres e boa oxigenação.
- Sedar o paciente de acordo com a prescrição médica.
- Retirar as pás do suporte e colocar o gel condutor na parte metálica de uma das pás e, depois, friccionar uma pá contra a outra, para espalhar a pasta de modo mais uniforme.
- Acionar a tecla LIGA do painel dianteiro, ligando o aparelho.
- Posicionar a chave ECG, do painel dianteiro para a detecção automática do traçado cardíaco.
- Acionar a tecla SINC, do painel dianteiro, para aquisição do sinal de sincronismo (ECG).
- Pressionar a tecla CARGA, do painel dianteiro, observando o indicador de energia (Joules). Aguarde a indicação de carga completa, através da luz indicadora no painel que deverá para de piscar e permanecerá acesa.

- Pressionar as pás firmemente no tórax do paciente, exercendo força de 10 a 20 kgf, com intuito de diminuir a impedância torácica.
- Apertar os botões de ambas as pás para liberação da descarga elétrica, ou como segunda opção, um segundo elemento, pressiona a tecla DISPARO do painel dianteiro até ocorrer o disparo, quando então o indicador de energia retorna a zero. Se necessário, repetir o procedimento novamente com a opção de carga definida pelo médico.
- Manter o cardioversor / desfibrilador próximo ao leito do paciente até que o médico considere a situação sob controle e a arritmia devidamente revertida.
- Se for necessário cardioverter novamente o paciente colocar mais gel condutor nas pás.
- Manter o paciente monitorado após a cardioversão por tempo indeterminado, até que o paciente esteja estável.
- Realizar limpeza das pás com um pano descartável, retirando o gel de ECG. Em seguida, limpar o equipamento com um pano descartável com álcool a 70%.
- Limpar o tórax do paciente, retirando excesso de gel com uma compressa úmida.
- Manter a oxigenoterapia até o paciente acordar com um decúbito dorsal de 45º.
- Deixar o quarto organizado.
- Lavar as mãos.
- Fazer anotação do procedimento no relatório de enfermagem, descriminando a quantidade de disparos e suas cargas respectivas.

Manuseio do Material

- Manter oxigenoterapia ao paciente durante e após procedimento.

- Observar se a posição dos eletrodos deixa livre a “área nobre” para o posicionamento das pás, que corresponde ao 4 espaço intercostal à direita e o ictus cordis (ápice cardíaco logo abaixo do mamilo esquerdo).
- Se necessário, para melhor fixação dos eletrodos, raspe os pelos no local de aplicação.
- Garantir traçado cardíaco nítido, para que seja possível a cardioversão de forma que o choque não caia sobre a onda T.
- Evitar curto-circuito e danificação do aparelho conectando o fio-terra.
- O cardioversor / desfibrilador é dotado de fonte chaveada, com seleção de voltagem (110 volts), e não necessita ser alimentado por fonte elétrica devido à ausência de bateria interna recarregável.
- Não espalhar gel condutor pelo tórax do paciente pois a mesmo poderá causar curto-circuito, diminuindo sensivelmente a eficiência da descarga e causando queimaduras.
- Observar que o indicador luminoso da tecla SINC, altera sua intensidade sincronicamente com a onda R mostrada na tela do monitor ou com o sinalizador sonoro. Nestas condições o sinal é satisfatório para o disparo síncrono.
- O choque inicial é de 160J até o máximo de 360J.
- Ao realizar o disparo, estar sempre atento para que as pessoas ao redor do leito se afastem.
- Nos casos de portadores de marcapasso definitivo, as pás dos eletrodos deverão ser colocadas afastadas da loja do gerador, devendo-se colocar um ímã sobre a loja do marcapasso para inibir o circuito de sensibilidade.
- Observar atentamente as reações do paciente para detecção precoce de sinais de alterações hemodinâmicas.
- Observar e constatar a conversão do ritmo cardíaco após a cardioversão e acompanhar o traçado cardíaco.

- Verificar resultados da cardioversão aplicada, estado geral do paciente, sinais vitais pós-cardioversão nível de consciência e condições da pele.
- Imprescindível anotar no relatório de enfermagem a quantidade de disparos elétricos e sua correspondente carga para efeito de cobrança dos convênios.
- Para limpeza do cardioversor / desfibrilador utilizar um pano macio umedecido em álcool a 70%.

Resultados esperados

- Conversão de arritmias cardíacas graves, tais como: taquicardia paroxística supraventricular, taquicardia ventricular, flutter atrial, fibrilação atrial.
- Retorno e manutenção de ritmo cardíaco sinusal.
- Garantir os parâmetros hemodinâmicos preservados do paciente.

Ações Corretivas

- Se a pele do paciente apresentar hiperemia no local da cardioversão, comunicar enfermeiro de plantão para avaliação de região lesada e prescrição de condutas.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Encaminhamento de Material para o Expurgo	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 098**

Passos Críticos

- Transportar o material contaminado para o expurgo em recipiente fechado ou envolto em campo.
- Fechar a porta do expurgo setorial.
- Calçar luvas de procedimento.
- Desprezar o lixo contaminado no sanito branco.
- Desprezar material perfuro cortante no descartex.
- Embrulhar com papel grau cirúrgico (o mesmo que continha o material estéril) o material a ser encaminhado à Central de Material Esterilizado.
- Identificar, em saco separado, o material sem condições de uso ou que necessitam de reparo.
- Colocar o pacote na caixa da CME.
- Retirar as luvas.
- Anotar em planilha de controle do setor o material enviado para a CME.

Resultados Esperados

- Reduzir o risco de infecções cruzadas.

- Evitar a tramitação de material contaminado no posto de enfermagem.
- Manter a organização do setor.
- Dispensar o material contaminado à Central de Material de maneira organizada.

Ações Corretivas

- Em caso de falta de material estéril, comunicar a Central de Material para a reposição do mesmo.

Preparo do Corpo Pós Óbito	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 099**

Material Necessário

- Máscara.
- Avental.
- Luvas de procedimento.
- Atadura de crepe.
- Esparadrapo.
- Saco de óbito.
- Biombos.
- Lençol.
- Maca sem colchão.
- Hamper.
- Chave do necrotério.

Passos Críticos

- Solicitar e preparar o material.
- Providenciar a chave do necrotério localizada na recepção de funcionários.
- Buscar a maca localizada no necrotério.
- Colocar o material na mesa de cabeceira.

- Colocar o biombo ao lado do leito.
- Vestir o avental, calçar as luvas de procedimento e colocar a máscara.
- Desligar todos os equipamentos.
- Posicionar a cama na horizontal.
- Soltar os lençóis da cama e retirar o travesseiro.
- Retirar as sondas, cânulas, drenos e desprezar no sanito branco.
- Retirar e guardar todos os objetos pessoais em um saco plástico com etiqueta de identificação para entregar aos familiares.
- Fazer higiene do corpo com água e sabão, se necessário.
- Remover os curativos e refazê-los, se necessário.
- Fechar as pálpebras prendendo-as com esparadrapo.
- Sustentar a mandíbula prendendo-a com esparadrapo.
- Unir as mãos sobre o tórax e amarrar com atadura de crepe.
- Unir os pés e amarrar com atadura de crepe.
- Amarrar o pênis com gaze.
- Identificar o corpo com a etiqueta do paciente.
- Colocar o corpo no saco de óbito.
- Identificar o saco de óbito com nome do paciente, data e horário do óbito.
- Transferir o corpo do leito para a maca.
- Cobrir o corpo e a maca com um lençol no sentido do comprimento.
- Colocar a roupa de cama no hamper.
- Desprezar as luvas de procedimento e a máscara no lixo do quarto.
- Encaminhar o corpo para o necrotério utilizando o elevador no.3.
- Transferir o corpo da maca para a mesa situada no necrotério.
- Devolver as chaves do necrotério e do elevador.
- Retornar a unidade.

- Desprezar o avental no hamper.
- Lavar as mãos.
- Preencher o aviso de alta, riscando a palavra “alta” e escrevendo “óbito”.
- Entregar o aviso de óbito à família e encaminhá-los a recepção.
- Avisar a recepção da ocorrência do óbito, informando o nome do paciente, o horário do óbito, o médico que constatou o óbito, para o providenciamento do atestado de óbito.
- Proceder às anotações no prontuário do paciente.
- Checar na prescrição médica a constatação do óbito pelo médico.
- Encaminhar a prescrição médica com a caixa de medicações do paciente para a farmácia.

Manuseio de Material

- A retirada do saco de óbito é feita na farmácia mediante solicitação em prescrição médica.

Resultados Esperados

- Preparação do corpo para deixá-lo higienizado e asseado.
- Posicionamento do corpo antes da rigidez muscular e/ou da saída de gases, mau odor, sangue e secreções.
- Transferência do corpo para o necrotério de maneira organizada.
- Orientação adequada aos familiares em relação aos procedimentos pós-óbito.

Ações Corretivas

- O corpo só poderá ser preparado após a constatação do óbito pelo médico.
- O corpo não poderá permanecer na unidade após o óbito.

IAPP Instituto de Apoio a Políticas Públicas	
Alergia ao Látex	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 100**

Material Necessário

- Etiquetas com a identificação “Alérgica ao látex”.
- Placa com a identificação “Paciente alérgico ao látex / borracha”.
- Caixa de luvas de vinil.
- Materiais látex-livre (sistema interlink, equipo simples brasino, soro ecoflac).
- Micropore ou Transpore 3M

Passos Críticos

- Comunicar a condição de sensibilidade ao látex do paciente para todos os setores envolvidos na assistência.
- Solicitar limpeza detalhada da acomodação para a retirada de pó/talco de luvas de látex, antes da internação do paciente.
- Providenciar todo o material para a identificação de paciente alérgico ao látex.
- Solicitar caixa de luva de vinil.
- Identificar a pulseira de código de barras do paciente com a etiqueta “alergia ao látex”, sem cobrir o nome.

- Identificar todas as folhas do prontuário com a etiqueta “alergia ao látex”.
- Manter identificação na porta do quarto do paciente com a placa “Paciente alérgico ao látex”.
- Utilizar somente luvas de vinil, tanto de procedimento quanto estéreis, nas precauções padrão.
- Separar um estetoscópio e um esfigmomanômetro para uso exclusivo deste paciente, livres de pó/talco de luvas.
- Colar fita crepe nas partes de borracha do estetoscópio evitando o contato com a pele do paciente.
- Envolver o braço do paciente com atadura antes de posicionar o manguito do esfigmomanômetro evitando o contato com a pele do paciente.
- Separar o material de reanimação cardiopulmonar látex-livre.
- Observar a presença de sinais e sintomas de reação alérgica, comunicando imediatamente o médico.

Manuseio de Material

- O material utilizado no sistema interlink, como o injetor de borracha e o trava clip, é látex-livre.
- O soro ecoflac é a única solução endovenosa que pode ser utilizada em pacientes alérgicos ao látex.
- Atenção durante a manipulação da seringa devido ao êmbolo de borracha.
- Na preparação de medicação contida em frasco-ampola, retirar a lâmina metálica e a borracha de vedação e proceder à diluição e/ou aspiração diretamente do frasco.
- Substituir o garrote de látex por luva de vinil durante o procedimento para punção de acesso venoso.
- Para a fixação de acesso venoso, utilizar somente micropore ou transpore 3M.

- Para maior segurança, utilizar apenas o material contido na caixa de medicação do paciente.

Resultados Esperados

- Promover o bem-estar do paciente.
- Evitar complicações no quadro clínico do paciente desencadeadas pela sensibilidade ao látex.
- Garantir a atuação correta e rápida em situações de emergência, como o choque anafilático.
- Identificar pacientes de risco para desenvolver reação alérgica ao látex.

Ações Corretivas

- Em vigência de sinais e/ou sintomas indicativos reação alérgica, comunicar imediatamente a enfermeira ou ao médico responsável.

Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Aplicação de Compressa Fria	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 101**

Material Necessário

- Gelo.
- Bacia.
- Água.
- Compressas não estéreis ou toalha.
- Forro impermeável.
- Termômetro.
- Prontuário médico.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Verificar a indicação do tratamento.
- Reunir todo o material necessário.
- Colocar água com gelo na bacia.
- Colocar as compressas não estéreis na bacia.
- Orientar o procedimento ao paciente.
- Posicionar o paciente adequadamente expondo a área que deve receber o tratamento.
- Observar as características da região em tratamento.

- Colocar forro impermeável sob o paciente.
- Colocar as compressas embebidas na água gelada sobre a área delimitada.
- Trocar as compressas a cada 5 minutos, por no mínimo 30 minutos.
- Controlar a temperatura do paciente a cada 15 minutos.
- Manter o paciente confortavelmente.
- Lavar as mãos.
- Checar a realização do procedimento em prescrição médica.
- Anotar as observações realizadas em prontuário.

Manuseio de Material

- O gelo para a realização das compressas frias é obtido na Copa do 1º.andar.
- Em cada posto de enfermagem existe um refratário isolante destinado à armazenagem do gelo.
- Utilizar luvas de procedimento se a região em tratamento for uma área de descontinuidade da pele.
- Antes de colocar as compressas sobre o paciente, comprimi-las retirando o excesso de líquido, não permitindo que estejam encharcadas.

Resultados Esperados

- Reduzir hematoma após trauma.
- Reduzir sangramentos localizados de pequena extensão.
- Prevenir ou reduzir edema após trauma.
- Auxiliar na redução da temperatura corporal.
- Reduzir os sinais e os sintomas desagradáveis ao paciente.

Ações Corretivas

- Se o paciente apresentar hipotermia, cianose labial ou de extremidades, interromper a sessão, aquecer o paciente com cobertor e comunicar a enfermeira de plantão.

IAPP Instituto de Apoio a Políticas Públicas	
Aplicação de Bolsa com Gelo	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 102**

Material Necessário

- Bolsa térmica.
- Gelo.
- Toalha ou compressa não estéril.
- Prontuário médico.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Verificar a indicação do tratamento.
- Reunir todo o material necessário.
- Colocar o gelo na bolsa térmica, até completar 1/3 de sua capacidade.
- Comprimir a bolsa com gelo retirando o ar de seu interior.
- Fechar a bolsa térmica.
- Envolver a bolsa com compressa não estéril ou toalha.
- Orientar o procedimento ao paciente.
- Posicionar o paciente adequadamente expondo a área que deve receber o tratamento.
- Observar as características da região em tratamento.

- Deixar o quarto organizado.
- Manter o paciente confortavelmente.
- Lavar as mãos.
- Checar a realização do procedimento em prescrição médica.
- Anotar as observações realizadas em prontuário.

Manuseio de Material

- O gelo para a realização das compressas frias é obtido na Copa do 1º.andar.
- Em cada posto de enfermagem existe um refratário isolante destinado à armazenagem do gelo.
- Após a realização da compressa com gelo, a bolsa deve ser esvaziada, lavada, enxugada e completada com ar para evitar o colabamento das paredes.
- Em pacientes inconscientes, observar com frequência o local sob a compressa de gelo evitando queimadura.
- Aplicar a bolsa com gelo durante no mínimo 30 minutos.

Resultados Esperados

- Reduzir hematoma após trauma.
- Reduzir sangramentos localizados de pequena extensão.
- Prevenir ou reduzir edema após trauma.
- Reduzir as complicações após o extravasamento de determinados quimioterápicos.
- Auxiliar na redução da temperatura corporal.
- Reduzir os sinais e os sintomas desagradáveis ao paciente.

Ações Corretivas

- Se o paciente apresentar hipotermia, cianose labial ou de extremidades, interromper a sessão, aquecer o paciente com cobertor e comunicar a enfermeira de plantão.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Aplicação de Bolsa Quente	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 103**

Material Necessário

- Bolsa térmica.
- Água quente.
- Toalha ou compressa não estéril.
- Prontuário médico.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Verificar a indicação do tratamento.
- Reunir todo o material necessário.
- Colocar água quente na bolsa térmica até atingir 1/3 de sua capacidade.
- Comprimir a bolsa com água quente retirando o ar de seu interior.
- Fechar a bolsa térmica.
- Envolver a bolsa com compressa não estéril ou toalha.
- Orientar o procedimento ao paciente.
- Posicionar o paciente adequadamente expondo a área que deve receber o tratamento.
- Observar as características da região em tratamento.

- Deixar o quarto organizado.
- Manter o paciente confortavelmente.
- Lavar as mãos.
- Checar a realização do procedimento em prescrição médica.
- Anotar as observações realizadas em prontuário.

Manuseio de Material

- A água quente deve ser solicitada à copa do andar de internação ou, se possível, nas torneiras presentes nas pias dos postos de enfermagem.
- A temperatura da água deve ser quente, mas tolerável pelo paciente.
- Sempre verificar a integridade da bolsa térmica antes de colocá-la sobre o paciente.
- Se o paciente estiver inconsciente, observar com frequência o local da aplicação da bolsa quente evitando queimaduras no local.
- Após a realização da compressa quente, a bolsa deve ser esvaziada, lavada, enxugada e completada com ar para evitar o colabamento das paredes

Resultados Esperados

- Reduzir hematomas tardios, com mais de 24 horas.
- Auxiliar no procedimento de punção venosa.
- Estimular a micção espontânea.
- Reduzir as complicações após o extravasamento de determinados quimioterápicos.
- Estimular a drenagem de abcessos.
- Reduzir o edema ocasionado por infiltração (soroma).

Rotina para Checagem do Cardioversor	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 104**

TESTE DE FUNCIONAMENTO DAS PÁS

Material Necessário

- 01 Aparelho de cardioversão
- 01 Tomada elétrica (110 volts)
- 01 Planilha de conferência

Passos críticos

- O enfermeiro no início do plantão deverá realizar o teste de funcionamento do cardioversor.
- Ligar o aparelho, através da chave liga/desliga.
- Selecionar a energia de 10 joules.
- Pressionar a tecla carga.
- Aguardar a indicação de carga completa, a luz indicadora no painel estará piscando durante a carga, e permanecerá acesa ao término da mesma.
- Manter as pás no conector das pás.
- Acionar simultaneamente os dois botões de disparo das pás.
- Observar a luz de teste de pás que deverá piscar.

- Checar a planilha de conferência.
- Manter o aparelho ligado à rede.
- Colocar a capa no equipamento.

TESTE DE CARREGAMENTO EM CARGA MÁXIMA

Material Necessário

- 01 Aparelho de cardioversão.
- 01 Tomada elétrica (110 volts).
- 01 Planilha de conferência.
- Relógio com ponteiros de segundos.

Passos críticos

- O enfermeiro no início do plantão deverá realizar o teste de funcionamento do cardioversor.
- Ligar o aparelho, através da chave liga/desliga.
- Selecionar a energia de 360 joules.
- Pressionar a tecla carga.
- Realizar a contagem de segundos até a carga completa.
- Aguardar a indicação de carga completa – tempo não deve ultrapassar 15 segundos – a luz indicadora no painel estará piscando durante a carga, e permanecerá acesa ao término da mesma.
- Desligar o cardioversor através do botão liga/desliga.
- Checar a planilha de conferência.
- Manter o aparelho ligado à rede.
- Colocar a capa no equipamento.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Tratamento de Pediculose	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 105**

Material Necessário

- Solução indicada para o tratamento da pediculose.
- Luvas de procedimento.
- Avental impermeável.
- Óculos de proteção.
- Atadura de crepe.
- Esparadrapo.
- Forro impermeável.
- Hamper.
- Pente fino.
- Biombo.
- Prescrição médica.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Colocar o material na mesa de cabeceira do paciente.
- Explicar o procedimento ao paciente.

- Colocar biombos ao redor do leito para garantir a privacidade do paciente.
- Abaixar a cabeceira do leito.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Vestir o avental impermeável.
- Colocar óculos de proteção.
- Colocar o forro impermeável sobre o travesseiro.
- Dividir os cabelos em partes.
- Aplicar a solução terapêutica no couro cabeludo com o auxílio de gaze, realizando movimentos de fricção.
- Desprezar as gazes sujas no sanito branco.
- Embeber toda a extensão dos cabelos com a solução.
- Prender o cabelo.
- Colocar a atadura de crepe ao redor da cabeça, formando um gorro.
- Fixar com esparadrapo.
- Orientar o paciente que a solução aplicada em sua cabeça permanecerá por 3 a 6 horas.
- Manter o forro impermeável sobre o travesseiro.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Deixar o quarto organizado.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas no sanito branco.
- Levar a bandeja com o material e os óculos de proteção para o local de origem.
- Colocar o avental no hamper.
- Anotar o procedimento prestado e as observações em prontuário.
- Checar procedimento em prescrição médica.

Manuseio de Material

- Não permitir que a solução escorra nos olhos do paciente.
- Repetir o procedimento conforme orientação médica.
- Manter a solução para tratamento de pediculose no Posto de Enfermagem.

Resultados Esperados

- Realizar tratamento efetivo contra a pediculose.
- Evitar contaminação de outros pacientes.

Ações Corretivas

- Caso a solução indicada para o tratamento da pediculose escorra nos olhos do paciente, proceder à lavagem copiosa com soro fisiológico 0,9%, com o fluxo do soro do canto interno para o canto externo do olho e comunicar o médico responsável.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Colocação de Uripen	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 106**

Material Necessário

- Material para higiene íntima.
- Uripen.
- Bolsa coletora.
- Luvas de procedimento.
- Micropore (20 cm).

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente.
- Colocar biombos ao lado do leito para garantir a privacidade do paciente.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal.
- Realizar higiene íntima.
- Estender o pênis verticalmente e, sem tracionar o prepúcio, introduzir o uripen segurando-o delicadamente com os dedos polegar e indicador da mão não dominante.

- Desenrolar com a mão dominante o uripen até a raiz do pênis de modo que a abertura estreita na ponta do uripen coincida com o meato uretral.
- Fixar o uripen com micropore, com atenção para não garrotear.
- Conectar o uripen à extensão da bolsa coletora.

Manuseio de Material

- Avaliar a necessidade de tricotomia para fixação adequada do micropore.
- Realizar a troca do uripen a cada 24 horas.

Resultados Esperados

- Proporcionar higiene e conforto.
- Recuperar a integridade cutânea em quadros de dermatite por uso de fralda.
- Coletar amostra de urina em pacientes com incontinência urinária.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Colocação e Retirada de Comadre	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 107**

Material Necessário

- Luvas de procedimento.
- Comadre.
- Papel higiênico.
- Bacia.
- Toalha de rosto.
- Sabonete individualizado.
- Biombo.
- Prontuário hospitalar.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material necessário.
- Colocar biombos ao redor do leito para garantir a privacidade do paciente.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Colocar água na bacia.
- Calçar luvas de procedimento.

- Aquecer a comadre com movimentos de fricção em sua superfície ou com água morna.
- Solicitar ao paciente para levantar os quadris apoiando os dois pés na cama.
- Posicionar a comadre sobre os quadris.
- Cobrir o paciente com lençol.
- Orientar o paciente para que acione a campainha ao término.
- Permanecer próximo ao quarto.
- Atender rapidamente ao chamado.
- Entregar o papel higiênico ao paciente.
- Avaliar a necessidade de uma higiene íntima.
- Solicitar novamente que o paciente levante o quadril.
- Retirar a comadre.
- Oferecer a bacia com água e o sabonete ao paciente para a lavagem das mãos.
- Oferecer a toalha de rosto ao paciente para que enxugue as mãos.
- Encaminhar a comadre ao banheiro.
- Desprezar o conteúdo da comadre no vaso sanitário.
- Observar as eliminações fisiológicas e presença de anormalidades.
- Lavar a comadre.
- Colocar a comadre na parte inferior da mesa de cabeceira.
- Deixar o quarto organizado.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Lavar as mãos.
- Anotar em folha de controle as características das eliminações fisiológicas e em prontuário, as anormalidades observadas.

Manuseio de Material

- A comadre deve estar localizada na parte inferior da mesa de cabeceira ou dentro do banheiro privativo.
- Caso o paciente não seja capaz de auxiliar no levantamento do quadril, solicitar a presença de mais um funcionário da enfermagem para a realização do procedimento.

Resultados Esperados

- Garantir o bem-estar do paciente através da realização de uma necessidade humana básica.

Ações Corretivas

- Se o paciente apresentar dificuldade para a micção, utilizar técnicas de estimulação como abertura da torneira ou irrigação da região pubiana com água morna.
- Em caso de observação de sangue nas fezes, comunicar enfermeira de plantão.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Higienização das Mãos	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 108**

Material Necessário

- Torneira.
- Sabão líquido.
- Papel toalha.

Passos Críticos

- Retirar anéis, pulseiras e relógios.
- Abrir a torneira umedecendo as mãos sem tocar na pia.
- Aplicar na mão de 3 a 5 ml de sabão líquido.
- Friccionar a palma das mãos com movimentos circulares, depois o dorso.
- Lavar os interdigitos deslizando uma mão sobre a outra.
- Lavar as articulações de uma das mãos com o auxílio da outra.
- Lavar o polegar de uma mão com o auxílio da outra.
- Lavar as unhas e extremidades dos dedos.
- Lavar os punhos de uma mão com o auxílio da outra.
- Abrir a torneira.
- Enxaguar bem as mãos e punhos sem deixar resíduos de sabão.

- Enxugar as mãos, iniciando pela extremidade dos dedos em direção aos punhos.
- Fechar a torneira utilizando o papel toalha, sem tocar na pia.

Manuseio do Material

- O tempo de lavagem das mãos é importante, não só pela ação mecânica, mas também para se obter redução de contaminação.
- O Uso do álcool glicerinado 70% é eficaz e substitui a lavagem das mãos quando essas não apresentarem sujidade visível.
- A higienização das mãos deve ser feita corretamente, em todas as faces das mãos para que seja eficaz e medida preventiva no controle das Infecções Hospitalares.

Resultados Esperados

- Redução de carga microbiana.
- Prevenção de infecções cruzadas

Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Punção de veia jugular externa	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 109**

Material Necessário

- Bandeja,
- Álcool à 70%
- Clorexidina alcoólica 0,5%,
- Bolas de algodão ou gazes,
- Cateter venoso apropriado (jelco),
- Fita adesiva hipoalérgica, filme transparente ou esparadrapo,
- Luvas de procedimento.
- Seringa para Salinização.
- Dispositivo a ser conectado ao cateter venoso.

Manuseio do Matéria

- Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado;
- Higienize as mãos
- Prepare o material necessário para o procedimento numa bandeja
- Leve o material ao quarto do paciente
- Explique o procedimento ao paciente/acompanhante
- Calce as luvas de procedimento.

- Posicione-se na cabeceira do leito do paciente.
- Posicione o paciente em decúbito zero ou até 15° e com hiperextensão lateral da cabeça (expondo o lado a ser puncionado).
- Mantenha o algodão embebido em álcool à 70% ou clorexidina alcoólica 0,5%, ao alcance das mãos.
- Localize o vaso a ser puncionado por meio de visualização e palpação da mesma (devido à proximidade entre artéria carótida e veia jugular interna, avalie precisamente para evitar uma punção acidental. Na dúvida, peça auxilio a outro enfermeiro ou médico, ou interrompa a punção)
- Faça a antissepsia da pele, no local e ao redor da punção, utilizando o algodão com álcool à 70% ou clorexidina alcoólica 0,5%;
- Tracione a pele para baixo, com o polegar abaixo do local a ser puncionado no sentido distal para proximal.
- Introduza o cateter venoso na pele, com o bisel voltado para cima, num ângulo aproximado de 10° e, mantenha esse ângulo ou um ângulo menor, à medida que introduzir o cateter. Uma vez perfurada a pele, direcione e introduza o cateter na veia com o auxílio do mandril e, após introdução total do cateter, remova o mandril;
- Observe o refluxo sanguíneo no canhão do jelco.
- Conecte o tubo extensor com o medicamento ou permeabilize com a solução de manutenção do cateter
- Observe se há sinais de infiltração, extravasamento ou hematoma no local da punção, além de queixas de dor ou desconforto anormal do paciente (se houver, retire o cateter imediatamente).
- Fixe o dispositivo com adesivo hipoalergênico, filme transparente ou esparadrapo.
- Retire as luvas de procedimento.
- Higienize as mãos.
- Anote data/hora de punção no curativo

- Oriente o paciente/acompanhante sobre os cuidados para a manutenção do cateter
- Deixe o paciente confortável.
- Calce as luvas de procedimento.
- Recolha o material do quarto, mantendo a unidade organizada.
- Descarte agulhas em caixa de perfurocortante e o restante em lixo adequado.
- Retire as luvas de procedimento e descarte-as.
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel toalha e passe álcool à 70%.
- Higienize as mãos.
- Cheque e anote o procedimento realizado

Passos Críticos

- A escolha do acesso venoso em jugular externa deve ser feita em consonância com o médico responsável pelo atendimento ao paciente.
- Devido aos riscos, este tipo de punção não deve ser a punção de primeira escolha.
- Em acesso venoso para infusão contínua ou intermitente, é necessário lavar o dispositivo com até 10 ml de solução fisiológica, antes e após a injeção de medicamentos.

Resultados Esperados

- A punção deve ser executada por um profissional que tenha conhecimento, competência e habilidade
- Troque a fixação do cateter diariamente e avalie sua inserção, caso ocorram sinais de flebite e infiltração / extravasamento, retire o cateter venoso imediatamente.
- Não utilize drogas vesicantes no acesso venoso da jugular externa.

IAPP Instituto de Apoio a Políticas Públicas	
Administração de hemocomponentes (concentrado de glóbulos ou hemácias, plasma, plaquetas ou crioprecipitado)	
Especialidade: *Enfermagem*	**POP : 110**

Material Necessário

- Termômetro clínico,
- Esfigmomanômetro,
- Estetoscópio,
- Gaze,
- Álcool à 70%,
- Bandeja com hemocomponente (concentrado de glóbulos ou hemácias, plasma, plaquetas ou crioprecipitado)
- Equipo específico para infusão de hemocomponente ou filtro leucodepletor,
- Luvas de procedimento,
- Maleta/caixa apropriada para transporte,
- Seringa com solução fisiológica,
- Fita adesiva,
- Tubo seco e tubo roxo (com EDTA),
- Material de coleta de sangue.

Manuseio do Material

- Verifique na prescrição médica qual hemocomponente e volume (unidades) a ser administrado.
- Certifique que o paciente concordou com a transfusão.
- Verifique no impresso de solicitação do hemocomponente, se está preenchido corretamente os dados do paciente e certifique-se quanto ao tempo programado para início da transfusão.
- Separe o material para coleta de amostra de sangue.
- Identifique individualmente cada tubo com Nome completo, Leito e RH do paciente
- Higienize as mãos
- Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado de coleta de amostra de sangue.
- Explique o procedimento de coleta de amostra de sangue ao paciente.
- Colete amostra de sangue suficiente para um tubo seco e um tubo roxo (com EDTA).
- Higienize as mãos.
- Encaminhe o impresso de solicitação de hemocomponentes à Agência Transfusional com as amostras de sangue identificadas.
- Cheque na Agência Transfusional a disponibilidade do componente solicitado e tempo previsto de preparo.
- Verifique as condições clínicas e infusionais do paciente: sinais vitais e disponibilidade/características do acesso venoso
- Verifique a necessidade de infusão de medicamentos pré-transfusionais e solicite o mesmo (se prescrito).
- Certifique-se da infusão da medicação pré-transfusional (se prescrito).
- Solicite a busca do hemocomponente na Agência Transfusional.

- Na Agência Transfusional, confira o nome, RH, números das bolsas, identificação nominal em cada bolsa e tipo de equipo a ser usado. Anote os dados de recebimento. Receba a ficha de registros de transfusão. No transporte para o setor utilize caixa térmica rígida, apropriada para este procedimento.
- Cheque os dados da pulseira de identificação do paciente com as informações contidas na bolsa, por dois profissionais, antes de iniciar o procedimento (dupla checagem). Se paciente consciente, também pergunte o nome dele
- Anexe o impresso Requisição Transfusional (RT)/ Registros de Transfusão na prescrição médica.
- Higienize as mãos.
- Verifique sinais vitais antes do início da transfusão.
- Higienize as mãos.
- Anote os valores dos sinais vitais.
- Calce as luvas de procedimento (posto de enfermagem)
- Conecte o equipo apropriado à bolsa do hemocomponente.
- Retire o ar e preencha todo o equipo.
- Retire e descarte as luvas.
- Higienize as mãos.
- Leve o hemocomponente em uma bandeja ao quarto do paciente.
- Oriente o procedimento ao paciente e forneça informações sobre possíveis reações transfusionais.
- Higienize as mãos.
- Calce as luvas de procedimento.
- Realize a assepsia com gaze e álcool a 70% no conector do dispositivo venoso e instale a bolsa. A via deve ser exclusiva.
- Verifique o tempo de infusão e controle o gotejamento correspondente.
- Retire e descarte as luvas e higienize as mãos.

- Permaneça os 15 primeiros minutos ao lado do paciente após a instalação observando possíveis sinais de reação transfusional. Verifique os sinais vitais e anote na Ficha de registros de transfusão.
- Observe o paciente a cada 30 ou 45 minutos durante a transfusão.
- Ao término da infusão, com o uso de luvas de procedimento, permeabilize o acesso venoso com solução fisiológica.
- Após a infusão, descarte a bolsa de sangue com equipo, em saco para resíduo infectante (branco) ou recipientes que evitem vazamentos/rupturas e estejam identificados para este fim.
- Retire e descarte as luvas e higienize as mãos.
- Ao término da transfusão, verifique os sinais vitais e anote na Ficha de registros de transfusão.
- Higienize as mãos.
- Realize a anotação de enfermagem contendo: horário de início e término, registro dos sinais vitais, intercorrências e providências envolvidas na transfusão. Checar na prescrição médica. Em pacientes com registro de balanço hídrico, incluir o volume no espaço referente à “Ganhos”.

Passos Críticos

- Os tipos de infusão são:
- Programada: com dia e hora marcada, em geral cirurgias, transfusões ambulatoriais ou procedimentos (ex: aférese).
- Rotina: transfusão de atendimento em até 24h.
- Urgência: transfusão de atendimento em até 3 h da solicitação à Agência Transfusional.
- Emergência: transfusão de atendimento imediato (deve ser acompanhado da ficha de corresponsabilidade, em que o médico assume os riscos de reações adversas transfusionais futuras, que possam decorrer desta). O tempo de infusão deve ser especificado em prescrição médica. •

- Recomenda-se que a transfusão seja preferencialmente realizada durante o período diurno.
- Tempo de infusão dos hemocomponentes:
- Plaquetas – infusão rápida (máximo 30 minutos).
- Crioprecipitado – infusão rápida.
- Plasma - de 40 min à 1 hora, respeitando o tempo máximo de 4 h.
- Concentrado de glóbulos ou hemáceas – de 1 a 2horas, respeitando o tempo máximo de 4h.
- Caso a bolsa ultrapassar o período de 4h de infusão, interromper a infusão, anotar e comunicar o médico sobre o volume infundido e o volume desprezado.
- Recomenda-se que o hemocomponente seja administrado em via exclusiva, desta forma, garantir uma nova via para ser exclusiva, ou suspender a administração de soroterapia, medicamentos ou NPT.
- Em caso de acesso periférico, PREFERENCIALMENTE, puncionar veia calibrosa com dispositivo compatível com a finalidade e idade do paciente.

Observações

- Em caso de sinais de reação transfusional (Todas devem ser notificadas);
- Sinais e Sintomas: Aumento de um grau na temperatura corporal, calafrios, tremores, rush cutâneo, alterações respiratórias (dispnéia, taquipnéia, hipóxia, sibilos), taquicardia, mudança na pressão arterial (hipotensão ou hipertensão), lesões de pele, prurido, dor torácica e abdominal, icterícia ou qualquer outra manifestação sistêmica, náuseas com ou sem vômito.
- Avaliar a possibilidade de reação hemolítica, TRALI, anafilaxia e sepse relacionada à transfusão, situações nas quais são necessárias condutas de urgência. Condutas na presença de reação transfusional;
- Interrompa imediatamente a administração.

- Comunique o médico.
- Preencha o formulário de Notificação de Reação Transfusional.
- Colha amostra de sangue para prova cruzada (10 ml em tubo seco) e o coombs (5 ml em tubo roxo -com EDTA) do receptor de local (membro) diferente do utilizado para a infusão do hemocomponente.
- Encaminhe à Agência Transfusional a bolsa (se não foi descartada) juntamente com o material coletado e o formulário de notificação de reação transfusional preenchido.
- Em caso de falha na realização dos passos do POP, deve-se preencher o impresso da diretoria de Enfermagem de Notificação de Incidentes Relacionados à Medicações (que inclui hemocomponentes),
- Encaminhar ao encarregado ou gerente do serviço ou supervisor.
- Em eventos adversos graves, notificar em formulário específico a Diretoria.

4.2 – Protocolos de Atendimentos

Infecção Do Trato Urinário– (Itu)

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (CID10)

N39.0 - Infecção do trato urinário de localização não especificada

N11.0 - Pielonefrite não-obstrutiva crônica associada a refluxo

N30.9 - Cistite não especificada

CONCEITO

A Infecção do Trato Urinário (ITU) caracteriza-se pela invasão e multiplicação bacteriana em qualquer seguimento do aparelho urinário. É considerada a infecção bacteriana mais comum em lactentes, principalmente nos primeiros meses de vida.

INCIDÊNCIA

Atinge preferencialmente o sexo feminino (proporção de cerca de 3:1), exceto durante o primeiro mês de vida quando predomina no sexo masculino. A infeção urinária prevalece nos primeiros anos de vida, atingindo seu pico máximo, por volta dos 3 a 4 anos de idade.

AGENTES ETIOLÓGICOS

• Escherichia Coli ocorre em mais de 80% das ITU em meninas e em menos de 40% das ITU em meninos.

• Proteus sp é mais frequente em meninos e está associada à presença de fimose e contaminação pelo esmegma. Pode ser causa de calculose, pois sintetiza uréase, que metaboliza ureia em CO2 e amônia, alcalinizando a urina e formando cálculos, embora a presença de cálculo coraliforme é mais frequente no sexo feminino.

• Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus sp são mais freqüentes após a manipulação das vias excretoras e/ou uso de antibioticoterapia pregressa.

• Klebesiella sp e Streptococcus do grupo B são mais frequentes em adolescentes e, nas adolescentes sexualmente ativas, destacam-se as infeções por Staphylococcus Saprophyticos.

• Fungos, vírus e anaeróbios são outras causas de ITU.

VIAS DE INFECÇÃO ASCENDENTE

No sexo feminino as bactérias provêm do intestino grosso, deslocam-se para o introito vaginal e área periuretral e daí ascendem para o trato urinário superior.

Existem evidências que este fato ocorre também nas ITU do período neonatal. Neonatos nascidos de parto vaginal, cujas mães são portadoras de bactérias uropatogênicas no intestino, têm probabilidade de ITU 4 vezes maior.

É mais rara no sexo masculino, pela proteção que a extensão da uretra proporciona.

Hematogênica:

Ocorre principalmente no período neonatal determinando ITU grave, que pode evoluir com sepse, com manifestações neurológicas, sendo que a cepa causadora de bacteremia é a mesma da ITU em 50% dos casos.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

• Sintomatologia própria do trato urinário: disúria; polaciúria; tenesmo, urgência e retenção ou incontinência urinárias, associada ou não a sintomas gerais como febre, prostração, anorexia, vômitos, dor abdominal e crescimento deficiente.

• Recém-nascidos: É nesta faixa etária que o diagnóstico clínico é mais difícil, uma vez que os sintomas urinários são pobres e os gerais são compatíveis com diversos quadros infecciosos, retardando o tratamento correto. Não é raro manifestar-se somente com hipoatividade, anorexia, regurgitação ou vômitos, distensão abdominal e íleo adinâmico.

• Lactentes: É comum apresentarem febre, anorexia, vômitos, crescimento deficiente e alteração do habito intestinal. Não é raro manifestar-se com hipoatividade, distensão abdominal e íleo adinâmico.

• Pré-escolares, escolares e adolescentes: Passam a ter queixas urinárias mais específicas (disúria, polaciúria, urgência para urinar, retenção, enurese, etc.).

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

• Balanopostite ou vulvovaginite: Leucorréia acompanhada de eritema, edema ou exulceração da região periuretral, em 50% dos casos, tem sintomas urinários que melhoram com tratamento tópico. Só cerca de 8% dos casos evoluem com ITU. Frequentemente está associado a oxiuríase.

• Leucorréia é indicação de coleta da urina por punção suprapúbica ou sondagem vesical.

ANAMNESE

• Idade: Recém-nascidos tem risco maior de apresentar bacteremia do que as crianças de 1 a 3 meses de idade que, por sua vez, tem risco maior do que as crianças de 3 a 36 meses. Entre 3 a 36 meses de idade, as taxas de bacteremia oculta são comparáveis. Acima de três anos de idade, a importância da bacteremia é menor.

• Hábito miccional: Frequência, periodicidade e volume das micções e perdas involuntárias de urina (enurese noturna e/ou diurna) das crianças com controle esfincteriano total ou parcial.

• Sintomas urinários: Como disúria, polaciúria, tenesmo, urgência, retenção, incontinência.

• Presença de febre: O risco de infecção severa aumenta proporcionalmente com a temperatura, principalmente acima de 39ºC.

• Presença de outros sintomas: Como cefaleia (pode ser devida a HAS), prostração, anorexia, vômitos, dor abdominal e crescimento deficiente.

• Presença de leucorréia (vulvovaginite) ou presença de fimose com balanopostite.

• Hábito intestinal / verminose (prurido anal).

• Aceitação de alimentos e de líquidos.

• Medicamentos, como antibióticos, que já usou ou está usando.

• Doenças anteriores, principalmente outros episódios de ITU e como foram caracterizados e tratados.

EXAME FÍSICO

• Dados vitais (importante medir pressão arterial)

• Dados antropométricos e seus respectivos percentis

• Palpação e percussão das lojas renais, sinal de Giordano

• Exame dos genitais: malformações, fimose (balanopostite) / vulvovaginite (leucorréia).

• Exame da coluna vertebral, particularmente a lombo-sacra.

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS PARA CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA

• Urina tipo I - Alterado em + 80 % dos casos nos primeiros surtos de ITU. Quando há poliúria, torna-se menos expressiva e até mesmo normal, mesmo na vigência de ITU. Nestes casos deve-se valorizar mais os sintomas, mesmo com pouca leucocitúria.

Hematúria, leucocitúria e cilindrúria são só sugestivas de ITU, mas não permitem seu diagnóstico definitivo. Podem ocorrer por inflamações não relacionadas à ITU (vulvovaginite, balanopostite, virose, reação pós-vacinal, gastroenterocolite, desidratação, manipulação instrumental ou cirúrgica do trato urinário ou digestivo).

• Urocultura - É o exame que confirma a ITU. A confiabilidade depende da coleta adequada.

Modo de coleta:

Saco coletor plástico (SCP) - Após assepsia dos genitais, troca a cada 20 a 30 minutos e, caso não haja diurese fazer nova assepsia – é pouco confiável, mesmo com técnica correta (85% dos casos são falsos positivos), mas o resultado negativo torna ITU pouco provável (tem valor preditivo negativo).

Punção supra púbica (PSP) ou sonda vesical (SV): crianças < 18 meses ou sem controle esfincteriano.

Outros exames de Laboratório:

• Hemograma completo o Indicação - Se há suspeita de infecção sistêmica (toxemia) ou anemia. Frequência: 1 vez e repetir se necessário.

• Hemocultura o Indicação - Se há suspeita de infecção sistêmica (toxemia). Frequência: 1 vez, antes de iniciar antibioticoterapia empírica, e repetir se necessário.

• Provas de função renal (uréia, creatinina, “clearence” da creatinina, Na+, K+, Cl-, gasometria venosa). Indicação: Diagnóstico confirmado. Frequência: 1 vez e repetir se necessário ou ao final do tratamento, se alteradas.

TRATAMENTO

• A antibioticoterapia empírica deve ser iniciada logo após a coleta adequada da urocultura, uma vez que seu resultado demora de 1 a 5 dias.

• A escolha do antimicrobiano mais adequado baseia-se no antibiograma e na observação da resposta ao tratamento com antibióticos empírico e na ocorrência de recorrência ou reinfecção.

• Neonatos e lactentes

- Início: mais precocemente possível (alto risco de bacteremia e sepsis a partir do foco infeccioso). Em crianças até 3 meses de vida, é preferível, dependendo das condições socioculturais, iniciar o tratamento com a criança internada.

- Medidas gerais: suporte hidroeletrolítico adequado e tratamento dos sintomas gerais, como febre e vômitos.

Antibioticoterapia empírica = aminoglicosídeo ou cefalosporina de 3ª geração ou associação [ampicilina + gentamicina] ou [amicacina + ampicilina + ceftriaxone], dependendo da gravidade do quadro clínico inicial.

- Duração: de 10 a 14 dias, com controle de urocultura 2 a 5 dias após o término. Klebesiella sp e Enterobacter sp são frequentes em neonatos podendo causar ITU de difícil resolução.

- Tratar obstipação intestinal, se houver.

• Crianças maiores e adolescentes:

- Medidas gerais: suporte hidro-eletrolíco adequado (se possível por via oral) e tratamento dos sintomas gerais, como febre, vômitos, disúria etc. o Sempre que possível usar antibióticos por via oral (ver tabela abaixo)

- Tratamento por 10 dias e controle de urocultura 2 a 5 dias após o término do antibiótico.

- Tratar obstipação intestinal, se houver, e disciplinar as micções quando com controle esfincteriano.

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO HOSPITALAR

∗ Incapacidade de ingerir líquidos.

∗ Suspeita de infecção grave com toxemia ou íleo adinâmico < 3 meses ou condição socioeconômica desfavorável.

∗ Persistência de febre por mais de 24 horas em criança que não estiver clinicamente bem.

CRITÉRIOS DE ALTA HOSPITALAR

∗ Ausência de febre alta.

∗ Ausência de sinais clínicos de toxemia, desidratação ou distúrbios metabólicos.

∗ Paciente mantém-se clinicamente estável, com boa aceitação alimentar.

RECOMENDAÇÕES AO PACIENTE / RESPONSÁVEL DURANTE O TRATAMENTO

• Solicitar aos acompanhantes ajuda na avaliação da variação da temperatura, aceitação alimentar, náuseas, vômitos, fezes (nº, aspecto e volume) e diurese.

• Explicar, em linguagem acessível, a importância desta doença, aparentemente simples: só 20 a 30 % das crianças, particularmente meninas, apresentam um único surto; importância do grupo etário baixo como fator de risco para sepse; importância do retardo do diagnóstico como fator de risco para pielonefrite e formação de cicatriz rena, de 6 a 15% dos portadores de cicatrizes renais podem evoluir com insuficiência renal crônica e hipertensão arterial.

• Crianças maiores também devem ser esclarecidas sobre sua doença, seu tratamento e sua evolução, bem como ser consultadas e informadas sobre as orientações a serem seguidas, inclusive após a alta hospitalar.

• Habilitar os pais e responsáveis nas técnicas de medicação (vias de administração, doses, horários).

• Orientar a importância da observação e da correção dos hábitos intestinais e urinários para a eficiência do tratamento ou, pelo menos, aumentar o intervalo entre novos surtos.

Protocolo De Cetoacidose Diabética E Estado Hiperosmolar Hiperglicêmico Em Adultos

Cetoacidose diabética é um distúrbio do metabolismo das proteínas, lípides, carboidratos, água e eletrólitos, consequente à menor atividade da insulina frente à maior atividade (absoluta ou relativa) dos hormônios contrarreguladores, caracterizado por hiperglicemia (geralmente acima de 250 mg/dl), presença de cetonemia (acima de 3 mMol/L), cetonúria e acidose metabólica, podendo ou não ser acompanhada de coma. É a principal causa de mortalidade por diabetes mellitus (5 a 15%), relacionada às alterações próprias da cetoacidose (como os distúrbios cardiocirculatórios, hidroeletrolíticos e ácido-básicos), às complicações de seu tratamento (como o edema cerebral agudo, hipoglicemia e hipopotassemia) e às doenças desencadeantes ou associadas.

Critérios de inclusão

O diagnóstico é confirmado por qualquer uma das situações abaixo, repetidas mais de uma vez:

• Cetoacidose diabética Glicemia (em plasma venoso) > 200 mg/dL (11 mmol/L)

- Glicosúria e cetonúria pH < 7,3 HCO3 - < 15 mEq/L

• Diabetes mellitus:

- Glicemia (em plasma venoso) > 200 mg/dl em qualquer horário, com sintomas típicos ou ao acaso.

- Glicemia após 8 horas de jejum > 126 mg/dL (7mmol/L) teste de tolerância à glicose por via oral (TTG-VO, usando 1,75 mg de glicose/Kg até o máximo de 75 g) > 200 mg/dL (11 mmol/L) aos 120 minutos do teste.

• Tolerância alterada à glicose (não é cetoacidose, mas mostra tendência a desenvolver diabete mellitus)

- TTG-VO > 140 mg/dl, mas < 200 mg/dl aos 120 minutos do teste.

- Glicemia após 8 horas de jejum > 110 mg/dL, mas < 126 mg/dL.

Critérios de exclusão

• Hiperglicemia devida a alterações metabólicas do estresse em pacientes gravemente enfermos, como meningite e sepse.

• Transtornos urinários (infecção ou enurese, diabete insípido e alterações psíquicas ou emocionais).

• Intoxicação por salicilatos (evolui com glicosúria, hiperglicemia discreta e acidose metabólica). O diagnóstico diferencial é realizado adicionando-se cloreto férrico

à urina. Ocorrerá a viragem de cor para vermelho. Ferver a urina. No paciente diabético a cor vermelha desaparecerá.

• Outras causas de desidratação e coma.

Anamnese

Existência e duração de:

• Poliúria, polidipsia e, mais raramente na infância, polifagia. Do início dos sintomas de diabetes ao quadro clínico de cetoacidose podem transcorrer dias ou semanas (habitualmente entre 1 e 6 semanas).

• Desidratação caracterizada por boca seca, perda de peso, fraqueza muscular, náuseas, vômitos, dor abdominal (podendo até mimetizar abdome agudo).

• Acidose caracterizada por hiperpnéia, hálito cetônico, confusão mental, torpor e coma.

• Sintomas associados com outras doenças capazes de serem fatores desencadeantes (traumas físicos ou emocionais, infecções, abandono de tratamento, etc.)

• Em crianças menores de 2 anos de idade: sede intensa, irritabilidade e sintomas devidos a desidratação, que podem se manifestar com febre e alteração do nível de consciência, taquipnéia e fraldas pesadas.

• Últimas aplicações de insulina (tipo, dose, horários e local)

• Hábitos alimentares e alimentação nos dias anteriores. • Ocorrência de outras doenças endócrinas (hiper ou hipotiroidismo, doença de Addison, etc.) ou autoimunes.

• Antecedentes familiares de diabetes mellitus tipo I, de outras doenças endócrinas ou autoimunes.

Exame físico

• Peso atual com a criança sem roupa (comparar com peso anterior, se possível). Ao avaliar a variação do peso, lembrar que a desidratação coexiste com o emagrecimento secundário à glicogenólise, proteólise e lipólise.

• Cor (palidez, icterícia, cianose).

• Temperatura, pressão arterial, frequência e ritmo cardíacos, frequência respiratória, padrão respiratório.

• Estado de hidratação (hidratado ou algum grau de desidratação ou desidratação grave). Os sinais clínicos de desidratação costumam ser menos evidentes que em outras formas de desidratação, pois a perda hídrica é mais intensa no intra que no extracelular e são menos evidentes em crianças maiores que em lactentes (ver anexo).

• Atividade espontânea (usar também a escala de coma de Glasgow – ver anexo)

Conduta

Princípios básicos:

O esquema terapêutico deve ser individualizado. A resposta clínica e laboratorial, que é variável, deve servir de critério para a velocidade e intensidade dos procedimentos a serem aplicados.

• A correção dos distúrbios cardiocirculatórios e eletrolíticos é prioritária.

• Importante reconhecer e, se possível, tratar os fatores desencadeantes (hemograma inicial pode apresentar leucocitose com desvio à esquerda mesmo na ausência de infecção).

• Evitar dissecções venosas.

• Combater vômitos com anti-eméticos e, se necessárias, lavagem gástrica com soluções levemente alcalinas.

• Antibioticoterapia só está indicada quando há evidências de infecção bacteriana.

Hidratação:

• A desidratação é, geralmente, de segundo grau, com perda hídrica média de 8 a 10% do peso.

• A variação das perdas hidroeletrolíticas e suas médias estimadas são:

- Água = 50 a 150 ml/Kg (100 ml/Kg)

- Sódio = 5 a 10 mEq/Kg (8 mEq/Kg)

- Cloro = 3 a 10 mEq/Kg (5 mEq/Kg)

- Potássio = 3 a 11 mEq/Kg (6 mEq/Kg)

- Fósforo = 0,5 a 1,5 mmol/Kg (1 mmol/Kg)

Paciente em choque hipovolêmico:

• Soro fisiológico (NaCl 0,9%) – 10 a 20 ml/Kg, por via IV rápida. Repetir no máximo mais 2 vezes, até melhora das condições hemodinâmicas.

• Com o retorno da taxa de filtração glomerular há queda da glicemia por aumento da glicosúria. Por isto, não usar insulina até obter boa diurese.

• Quando houver melhora das condições cardiocirculatórias, mas o paciente ainda apresentar oligoanúria, pensar na possibilidade da instalação de insuficiência renal e a infusão de água e sódio deverá ser feita mais criteriosamente.

Paciente desidratado, mas com débito urinário satisfatório (> 1,5 ml/Kg/hora):

• Soro fisiológico adicionado a igual volume de soro glicosado a 5% e potássio na concentração de 40 mEq/L (se potassemia entre 4 e 6 mEq/L) a 60 mEq/L (se potassemia menor que 4 mEq/L), EV lento, em prazo não inferior a 12 horas, até o desaparecimento dos sinais clínicos de desidratação, na velocidade de: < 2 anos: 4200 ml/m 2 /dia

- De 2 a 10 anos: 200 ml/Kg/dia > 10 anos: 100 a 120 ml/Kg/dia

- Média: 4 a 6 ml/kg/hora •

Iniciar insulinoterapia (ver adiante)

Paciente clinicamente hidratado com débito urinário satisfatório ou aumentado:

• Hidratação de manutenção, EV, 3200 ml/m 2 /dia, contendo NaCl a 0,3%, glicose a 3,5% com 25 mEq/L de potássio ou usar o esquema de Holliday-Segar:

- Volume da manutenção = 100 ml / 100 Kcal necessárias /dia. Para cálculo das necessidades calóricas diárias, usar as fórmulas: ∗ Até 10 Kg = 100 kcal / kg /dia; ∗ 10 a 20 kg = 1000 kcal + 50 kcal para cada kg acima de 10; ∗ >20 kg = 1500 kcal + 20 kcal para cada kg acima de 20.

- Necessidade de sódio = 3 mEq/100 Kcal.

- Necessidade de potássio = 2,5 mEq/100 Kcal.

• Ao volume da manutenção acrescentar a reposição das perdas continuadas, em média

- Volume na forma de glicose a 5%: 50 ml/Kg/dia

- Sódio: 75 mEq/L

- Potássio: 50 mEq/L

- Metade da dose total de potássio (manutenção + reposição) pode ser dada na forma de fosfato (1 ml de KH2PO4 a 25% = 1,8 mEq de K e 1,8 mMol de PO4).

• Se a evolução for favorável, pode-se manter 1/3 do volume por via parenteral e o restante por via oral, na forma de leite, caldo de carne, suco de frutas coado ou chás.

• A hidratação parenteral deve ser interrompida assim que o paciente estiver hidratado, com boa diurese e com boa aceitação por via oral.

Correção da acidose

• Bicarbonato de sódio deve ser restrito aos casos com pH < 7,1 ou o HCO3 - < 5 mEq/L ou, ainda, naqueles em que a presença de choque e acidemia graves requer uma correção rápida para melhora da função miocárdica e ventilatória. A correção com bicarbonato deve ser sempre parcial, visando elevar o pH para valores entre 7,1 e 7,2.

• NaHCO3 a 1,4% (as apresentações mais concentradas devem ser diluídas com água destilada), utilizando-se a seguinte fórmula: [(PaCO2 / 2) - HCO3 -] x 0,3 x peso (em Kg) = mEq HCO3 - necessários, EV, em 4 horas (reavaliar após 2 horas).

• Corrigir, também, o componente não cetótico e não lático da acidose, utilizando a fórmula: (Na + - Cl - - 32 - HCO3 -) x 0,3 x peso (em Kg) = mEq HCO3 - necessários.

Insulinoterapia • Glicemia > 250 mg% pH < 7,2 e HCO3 - < 15 mEq/L

• Não usar a via SC ou IM em condições de acidose grave, desidratação e hipoperfusão periférica.

• Usar insulina regular, EV: dose de ataque de 0,1 U/kg, seguida de infusão contínua de 0,1 U/kg/hora, com bomba de infusão contínua.

• Preparo da solução EV: 50 U de insulina regular em 250 ml de SF. Trocar a cada 6 horas. Como a insulina pode aderir ao equipo do soro, deve-se "lavar" o equipo com a solução que a contém antes de se iniciar a infusão.

• A glicemia deve diminuir cerca de 10%/hora. Se esta diminuição for mais rápida a velocidade de infusão deve ser reduzida em 0,05 U/kg/hora e se for mais lenta, aumentada em 0,05 U/kg/hora.

• Se bomba de infusão não for disponível, administrar insulina regular – 0,2 U/kg, IM, a cada 2 horas, desde que as condições de perfusão tissular estejam adequadas.

• Se persistir a acidemia mesmo com glicemia < 250 mg/dL, aumentar a velocidade de infusão de glicose, adicionando 2 a 4 gramas de glicose/unidade de insulina que está sendo administrada.

• Quando glicemia < 250 mg%; pH > 7,25 e HCO3 - > 15 mEq/L, usar insulina regular, 0,1 U/kg, IM ou SC, a cada 4 horas enquanto houver hiperglicemia e manter a infusão EV por mais 30 minutos – 0,05 U/kg/hora antes de suspende-la.

• Quando a glicemia normalizar, reavaliar a necessidade do uso de insulina regular, SC ou IM, 2 horas após.

Glicemia < 250 mg% pH > 7,25 HCO3 - > 15 mEq/L:

• Insulina regular – 0,1 U/kg, IM ou SC, a cada 4 horas enquanto houver hiperglicemia.

• Se a glicemia normalizar, reavaliar a necessidade do uso de insulina regular, SC ou IM, 2 horas após.

Manutenção

• Na manhã do dia seguinte ao da internação, mesmo com controle só parcial da CAD que determine a continuidade do uso de insulina regular, dar insulina de ação intermediária (NPH), SC, em dose 10% maior que a prévia à descompensação para crianças que dela já faziam uso (desde que o motivo da descompensação não tenha sido negligência do tratamento) e 0,5 U/kg/dia nos casos de primeira descompensação, da seguinte forma:

Antes do desjejum, iniciar com 2/3 da dose diária de insulina, sendo 2/3 na forma NPH e 1/3 na forma regular.

Metade do restante da dose diária de insulina deve ser dada antes do jantar (1/6 da dose diária) na forma insulina regular.

A outra metade do restante da dose diária de insulina deve ser dada antes de dormir (1/6 da dose diária) na forma de NPH.

• Para o ajuste da dose de manutenção deve-se considerar o padrão de resposta do paciente à insulinoterapia e suas características sócio-econômicos-culturais como hábitos alimentares e horários de atividades e refeições. Isto só pode ser avaliado ambulatorialmente, após o retorno ao ambiente familiar e cotidiano. É inútil tentar obter glicemias normais com o paciente internado.

Síndrome Respiratória Aguda Grave (Srag)

Como identificar um caso suspeito de síndrome gripal ou de síndrome respiratória aguda grave?

Deve-se suspeitar de Síndrome Gripal (SG) em indivíduos que apresentem doença respiratória aguda caracterizada por febre (mesmo que referida), associada à tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos seguintes sintomas: cefaleia, mialgia, uretralgia, na ausência de outros diagnósticos. Em crianças com menos de dois anos de idade, considera-se também como caso de SG aquelas que apresentem febre de início

súbito (mesmo que referida) e sintomas respiratórios (tosse, coriza e obstrução nasal), na ausência de outro diagnóstico específico.

A suspeita clínica deve ser feita mesmo em pacientes que tenham recebido imunização contra influenza, já que o paciente pode ter sido infectado por uma cepa não presente na vacina ou pode não ter produzido anticorpos em níveis protetores após a vacinação. Caracteriza-se como Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) o quadro de paciente com SG que apresente dispneia ou os seguintes sinais de gravidade: hipoxemia (Sat02 < 95% em ar ambiente), sinais de desconforto respiratório ou taquipneia, hipotensão em relação à pressão arterial habitual do paciente ou descompensação da doença de base.

Também é considerado SRAG qualquer indivíduo com quadro de insuficiência respiratória aguda durante o período sazonal. Em crianças, além dos itens anteriores também são considerados como sinais de SRAG a presença de desidratação, inapetência, cianose, tiragem intercostal e batimento de asas do nariz.

Quem deve atender e como conduzir inicialmente um caso de suspeita de SG ou SRAG?

A identificação de casos suspeitos de SG ou SRAG pode ser feita por profissional médico, enfermeiro ou auxiliar/técnico de enfermagem, de acordo com os critérios clínicos apresentados no item anterior. Ao se identificar um caso suspeito, o profissional de saúde deve orientar o paciente em relação às medidas de precaução e encaminhá-lo para atendimento médico. Casos identificados como SRAG devem ter seu atendimento priorizado. Deve ser realizado o exame clínico, a avaliação da gravidade e a prescrição de medicamentos/medidas de conforto (analgésico/antitérmico, oxigenoterapia, broncodilatador). A prescrição deve ser realizada conforme Nota Técnica 01/14 “Prescrição e Medidas de conforto pelo enfermeiro nos centros de Saúde”.

Quais as orientações de precaução devem ser adotadas enquanto o paciente com SG ou SRAG aguarda atendimento?

Ao identificar um caso suspeito de SG ou SRAG, o profissional de saúde deve:

Oferecer ao paciente uma máscara cirúrgica e orientar o seu uso correto, sempre que o paciente tolerar;

Orientar o paciente a cobrir a boca quando tossir ou espirrar com toalha de papel ou com a fossa cubital do braço;

Orientar o paciente a utilizar papel toalha ou lenço descartável para higiene nasal e descartar imediatamente na lixeira após o uso;

Orientar higienização frequente das mãos (com água e sabão, ou com álcool gel 70%), especialmente após assoar o nariz, tossir ou espirrar;

Orientar o paciente a permanecer em local ventilado, a uma distância de pelo menos um metro de outros pacientes, particularmente daqueles com condições ou fatores de risco, enquanto aguarda atendimento;

Disponibilizar cartazes e materiais informativos com orientações sobre a etiqueta respiratória em locais estratégicos, como: áreas de recepção, salas de espera, áreas de convivência, etc.

Quais os tipos de precauções devem ser utilizados pelos profissionais de saúde durante o atendimento de um caso suspeito de SG ou SRAG?

Devem ser adotadas medidas de precaução padrão e precaução para gotículas durante todo atendimento de pacientes com SG ou SRAG.

Precauções Padrão:

Higienização das mãos: lavar com água e sabonete ou friccionar as mãos com álcool a 70% (se as mãos não estiverem visivelmente sujas) principalmente nos cinco momentos preconizados pela OMS:

Luvas de procedimento: usar quando houver risco de contato com sangue, secreções, pele não íntegra, membranas/mucosas, superfície ou equipamento contaminado. Calçá-las imediatamente antes do contato e retirá-las logo após o uso, higienizando as mãos em seguida;

Óculos, gorro e/ou avental: usar quando houver risco de contato de sangue ou secreções, para proteção da mucosa de olhos, boca, nariz, roupa e superfícies corporais.

O profissional deve descartar a máscara e luvas na lixeira e não circular pela unidade de saúde usando EPI.

Precauções para Gotículas:

Máscara cirúrgica: utilizar durante o atendimento e ao contato próximo (a menos de 1 metro de distância) com paciente. As máscaras cirúrgicas devem ser trocadas a cada atendimento e também se estiverem molhadas ou danificadas. Durante o transporte do paciente, o profissional e o paciente devem usar a máscara cirúrgica. As mãos devem ser higienizadas imediatamente após a sua retirada.

O paciente que se encontra internado ou em observação em pronto-atendimentos e Centros de Saúde, ao transitar pelas dependências da unidade de saúde, deve usar máscara cirúrgica. Não é necessário o uso dessa máscara nos demais pacientes em atendimento no local. O uso de máscara cirúrgica deve ser adotado também no paciente durante transporte.

Em situações específicas, devem ser adotadas medidas de precaução para aerossóis.

Precaução para Aerossol:

Máscara N95: utilizar apenas na realização de procedimentos com potencial de geração de aerossol (micronebulização, intubação oro-traqueal, broncoscopia, autópsia, manobras de ressuscitação, aspiração de oro ou nasofaringe por sistema aberto, procedimentos odontológicos).

Para os pacientes intubados, em unidades de saúde onde se dispõe de sistema fechado de aspiração, sem a necessidade de desconexão do circuito, não há indicação de quarto privativo e as precauções padrão e por gotículas devem ser mantidas. Em situações com indicação de micronebulização, sugere-se avaliar o medicamento spray com espaçador como alternativa, o que também torna desnecessário o isolamento do paciente.

Embora as profissionais de saúde gestantes devam observar as mesmas medidas de controle de infecção como todos os outros profissionais de saúde, recomenda-se que elas não realizem procedimentos geradores de aerossol em pacientes com suspeita ou infecção confirmada por influenza. Os ambientes onde são realizados os procedimentos geradores de aerossóis em pacientes com SG e SRAG devem ser submetidos à limpeza concorrente habitual. Os mobiliários ocupados pelos pacientes (ex: maca, cadeira, etc.) devem ser higienizados após cada procedimento. Para essa limpeza deve-se utilizar água e sabão, seguida de desinfecção com álcool a 70% ou hipoclorito de sódio a 1%.

Quais são as condições e fatores que podem aumentar o risco de evolução desfavorável de um paciente com SG?

Gestantes;

Puérperas (até 2 semanas após o parto ou abortamento/perda fetal);

Crianças menores de 5 anos;

Adultos com idade igual ou maior a 60 anos;

População indígena aldeada;

Indivíduos menores de 19 anos em uso prolongado de ácido acetilsalicílico;

Portadores das seguintes comorbidades:

Pneumopatia (incluindo asma);

Pacientes com tuberculose;

Cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica);

Nefropatia;

Doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme);

Hepatopatias;

Distúrbios metabólicos (incluindo diabetes melitus);

Transtornos neurológicos e do desenvolvimento que podem comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção cognitiva, lesão medular, epilepsia, paralisia cerebral, síndrome de Down, acidente vascular encefálico – AVE ou doenças neuromusculares);

Imunossupressão associada a medicamentos, neoplasias, HIV/aids ou outros;

Obesidade grau III (especialmente aqueles com índice de massa corporal – IMC ≥ 40 em adultos).

Quais são os sinais/sintomas de piora do estado clínico ou de gravidade?

Dispneia ou taquipneia;

Hipoxemia (saturação 02 < 95%);

Exacerbação de doença pré-existente (ex: DPOC ou cardiopatia);

Disfunções orgânicas graves (ex: insuficiência renal aguda);

Miosite comprovada por dosagem de creatinofosfoquinase;

Alteração do sensório/confusão mental;

Exacerbação de sintomas gastrointestinais em crianças;

Hipotensão arterial;

Desidratação;

Persistência ou aumento da febre por mais de três dias.

Qual exame deve ser realizado para diagnóstico etiológico de influenza em pacientes com SG ou SRAG e quando solicitá-lo?

A realização de exame para diagnóstico etiológico está indicada para pacientes com SRAG ou em situações de surto de SG. A amostra de secreção nasofaríngea deve ser coletada nas primeiras 72 horas do início da doença, podendo ser realizada até sete dias após o início da doença.

Preferencialmente, a amostra deve ser obtida em até 24 horas após início do uso de oseltamivir. Contudo, ressalta-se que a administração do antiviral não deve ser postergada devido à coleta de amostra para identificação viral.

Como conduzir os casos de pacientes com SG ou SRAG?

Casos sem sinais de gravidade/sintomas de piora e sem fatores de risco:

Prescrever antitérmico e analgésico (paracetamol ou dipirona). Não prescrever ácido acetilsalicílico;

A prescrição do antiviral, em caso de SG sem fatores de risco pode ser feita, sob julgamento clínico. O início do tratamento deve ocorrer, preferencialmente, nas primeiras 48 horas de sintomas;

Orientar afastamento do trabalho/escola até 24 horas após término da febre;

Não compartilhar alimentos, copos, toalhas;

Manter ambiente domiciliar ventilado;

Aumentar hidratação oral;

Retornar ao Centro de Saúde para reavaliação se febre alta não responsiva a antitérmico, febre persistente (> 3 dias) ou se apresentar sinais de piora do estado clínico ou de gravidade;

Orientar o paciente a retornar para casa utilizando máscara cirúrgica e, se possível, evitar transporte coletivo;

Notificar apenas em caso de suspeita de surtos (escolas, creches, asilos, empresas).

Casos sem sinais de gravidade/sintomas de piora, mas com fatores de risco:

Prescrever antitérmico e analgésico (paracetamol ou dipirona). Não prescrever ácido acetilsalicílico;

Prescrever oseltamivir;

Orientar afastamento do trabalho/escola até 24 horas após término da febre, mesmo que o paciente esteja em uso de antiviral;

Referenciar o paciente para a equipe de saúde da família, que deve acompanhar a evolução clínica do paciente, indicando reavaliação médica em 48 horas ou em caso de piora;

Paciente deve retornar para casa utilizando máscara cirúrgica e, se possível, evitar transporte coletivo;

Notificar apenas em caso de suspeita de surtos (escolas, creches, asilos, empresas).

Casos com sinais de gravidade/sintomas de piora:

Se necessário, iniciar uso de oxigenioterapia suplementar e hidratação venosa;

Prescrever oseltamivir e sintomáticos;

Fazer contato com SAMU para transporte do paciente até Hospital de Referência;

Manter monitoramento clínico;

Deve ser solicitada coleta de secreção respiratória para realização de exame específico.

Quando e como utilizar o antiviral (oseltamivir)?

O tratamento com oseltamivir deve ser realizado em todos os casos de SRAG e nos casos de SG que apresentarem algum fator de risco. A prescrição do antiviral, em casos de SG sem fatores de risco pode ser feita, sob julgamento clínico. O início do tratamento deve ocorrer, preferencialmente, nas primeiras 48 horas de sintomas.

É importante lembrar que a indicação do tratamento independe de vacinação prévia e que, em pacientes com condições e fatores de risco para complicação e com

SRAG, o antiviral ainda apresenta benefícios, mesmo se iniciado após 48 horas do início dos sintomas.

A critério clínico, o tratamento pode ser prolongado em pacientes imunossuprimidos, com doença grave ou prolongada, especialmente quando comprovado por exame virológico de amostras respiratórias do trato inferior a persistência do vírus.

Para liberação do antiviral, é necessária apenas a receita médica em duas vias. Nos casos de prolongamento de tratamento, além da receita deve ser encaminhada a justificativa médica.

Apresentações do oseltamivir

Cápsulas de 75 mg

Cápsulas de 45 mg

Cápsulas de 30 mg

Diante da necessidade de administração de oseltamivir em crianças, abrir a cápsula e diluir seu conteúdo em água. No caso de utilização da cápsula de 75 mg, diluir em 7,5 ml de água gerando solução na concentração de 10 mg/ ml (para crianças menores de um ano podem ser utilizados outros volumes de diluição para facilitar o cálculo da dose).

Administrar volume de solução equivalente à dose preconizadas nas tabelas 1 e 2. O restante da solução preparada para cada dose deve ser desprezado, não podendo ser reaproveitado para a próxima dose.

Os efeitos colaterais mais frequentes são náuseas e vômitos (preferir administração após alimentação), dor abdominal, diarreia, cefaleia, conjuntivite. Entre os efeitos menos frequentes encontram-se alterações de comportamento que podem

levar a delirium (principalmente em crianças e jovens), hepatite, arritmias, distúrbios visuais, síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica.

Isolamento no Ambiente Hospitalar

Isolamento em quarto privativo dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave

O isolamento, quando indicado, deve ser realizado preferencialmente em um quarto privativo, com vedação na porta e bem ventilado deve ter a duração de até sete dias após o início dos sintomas, ou até 24 horas após a cessação da febre.

Isolamento por coorte

Considerando-se a possibilidade de aumento do número de casos com complicações, se a unidade não possuir quartos privativos disponíveis em número suficiente para atendimento de todos aqueles que requeiram internação, deve-se estabelecer o isolamento por coorte, ou seja, separar em uma mesma enfermaria ou unidade os pacientes com infecção por influenza pandêmica (H1N1) 2009. Se existir um grande número de pacientes infectados, deve-se definir área específica do hospital para isolamento dos casos. É fundamental que seja mantida uma distância mínima de um metro entre os leitos.

Outras orientações:

O quarto, enfermaria ou área de isolamento deve ter a entrada sinalizada com alerta se referindo a isolamento para doença respiratória, a fim de evitar a passagem de pacientes e visitantes de outras áreas ou de profissionais que estejam trabalhando em outros locais do hospital. O acesso deve ser restrito aos profissionais envolvidos na assistência;

Também deve estar sinalizado quanto às medidas de precaução (gotículas e padrão) a serem adotadas; e

Imediatamente antes da entrada do quarto, enfermaria e área de isolamento devem ser disponibilizadas condições para higienização das mãos, com dispensador de preparação alcoólica (gel ou solução a 70%), lavatório/pia com dispensador de sabonete líquido, suporte para papel-toalha, papel-toalha, lixeira com tampa e abertura sem contato manual.

Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico

É a hemorragia que ocorre dentro do parênquima encefálico, resultante da ruptura física das paredes vasculares ou de anormalidades dos componentes sanguíneos.

A causa mais comum é a hipertensão arterial (40/60%), mas outras causas podem estar envolvidas:

(10/20%) - Malformação vascular

(05/10%) - Angiopatia por depósitos de amilóide

(02/10%) - Neoplasma

(01/05%) - Álcool e outras drogas

(05%) - Anticoagulantes e trombolíticos

(05%) - Outros (coagulopatias, enxaqueca, vasculites

Os locais mais comumente afetados pela hemorragia são os núcleos da base, a região subcortical dos lobos, cerebelo e ponte.

Achados Clínicos

Instalação súbita de déficit neurológico focal que progride de minutos a horas, acompanhada de cefaleia, náuseas e vômitos, diminuição do nível de consciência e

presença de hipertensão arterial. Convulsões podem ocorrer em apenas de 6 a 7% dos pacientes e são mais comuns nas hemorragias lombares que nas profundas.

Variações na apresentação do déficit neurológico focal assim como do comprometimento do nível de consciência ocorrem de acordo com o local afetado e a extensão da hemorragia.

Diagnósticos Diferenciais

Embora sinais clínicos possam sugerir, eles não são suficientemente seguros para distinguir hemorragia intraparenquimatosa de infartos encefálicos. No entanto, a tomografia computadorizada (TC) de crânio pode confirmar ou descartar uma hemorragia precoce.

Faz-se necessário o diagnóstico diferencial da hemorragia, visto que muitas vezes a etiologia influencia a conduta.

São causas de hemorragia intracerebral:

- Abuso de álcool e drogas;

- Amilóide cerebral;

- Coagulopatias;

- Distúrbios plaquetários;

- Endocardite bacteriana (aneurismas micóticos);

- Hemorragia em infartos cerebrais;

- Hemorragia em tumores;

- Hepatopatias;

- Hipertensão arterial;

- Malformações vasculares;

- Trauma;

- Uremia;

- Uso de drogas anticoagulantes ou trombolíticos;

- Vasculites.

Exames Complementares:

- Coagulograma completo;

- Dosagem de eletrólitos, uréia e creatinina;

- Ecocardiograma quando houver suspeita de endocardite bacteriana;

- Eletrocardiograma;

- Exame de radiografia simples de tórax deve ser realizado em todos os casos;

- Hemograma completo;

- Ressonância nuclear magnética e/ou arteriografia cerebral em casos selecionados, principalmente quando houver suspeita de malformações arteriovenosas (MAVs), cavernomas (“MAV oculta”) ou neoplasias que não puderam ser esclarecidas pela tomografia computadorizada;

- Tomografia Computadorizada de crânio.

Conduta Terapêutica:

- Cabeceira elevada a 30 graus;

- Controle da pressão arterial (PA) para níveis inferiores a 180 mmHg (PA sistólica) e 150mmHg (PA diastólica) ou PA média entre 100 e 130 mmHg.

- Se necessário utilizar metoprolol, captopril ou nitroprussiato de sódio

- Evitar hipotensão arterial;

- Manter euvolemia, evitar usar soluções hipomolares;

- Monitoração cardíaca nas primeiras 48hs;

- Monitoração da pressão intracraniana (PIC) se suspeita de PIC elevada ou deterioração do nível de consciência, em geral quando score na escala de coma de Glasgow < 9;

Profilaxia de crises convulsivas:

- Fenitoína 300 mg/dia, deve ser descontinuada se não ocorrerem crises convulsivas após 1 mês;

- Prótese ventilatória, se indicada, conforme critérios de insuficiência respiratória;

- Tratamento das causas subjacentes quando identificadas;

- Tratar hipertermia (temperatura maior/igual 38 graus C);

- Quando PIC > 20mmHg, tratar de acordo com a causa subjacente, efeito de massa do hematoma ou hidrocefalia e pode compreender:

- Osmoterapia (manitol 20% 0,25-0,5 g/kg);

- Hiperventilação moderada por curtos períodos (30 minutos Pco2 entre 30 e 35 mmHg);

- Sedação e bloqueio neuromuscular;

- Drenagem ventricular e evacuação cirúrgica do hematoma.

Medidas Profiláticas:

- Aumento do consumo de frutas e vegetais;

- Monitoração rigorosa da anticoagulação para níveis de RNI < 3,0;

- Redução do consumo de álcool e drogas simpatomiméticas;

- Seleção cuidadosa de pacientes candidatos a trombólise no infarto do miocárdio e no AVC isquêmico;

- Tratamento adequado das comorbidades associadas;

- Tratamento isolado da hipertensão arterial sistólica reduz o risco de hemorragia intracerebral em torno de 50%;

Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

O Acidente Vascular Encefálico-Isquêmico (AVEs) é um infarto encefálico resultante da interrupção súbita do fluxo sanguíneo focal, determinando perda da função neuronal, que pode ser irreversível.

Os AVEs são subdivididos em Aterotrombóticos, Embólicos e Infartos Lacunares.

Achados Clínicos

A característica mais típica dos sintomas nos AVEs é o início súbito.

Os sinais e sintomas específicos frequentemente refletem o tamanho e o território vascular envolvido e podem incluir:

- Afasia ou negação e heminegligência

- Agnosias

- Amnésia

- Analgesia facial

- Anestesia dolorosa

- Anomia tátil

- Apraxias

- Ataxia cerebelar

- Cegueira ipsilateral

- Disartria

- Disdiadococinesia

- Disfagia

- Dismetria

- Distúrbios da capacidade de resposta (abulia ou mutismo acinético)

- Hemianopsia

- Hemibalismo

- Hemiparesia e hemianestesia contralaterais

- Incoordenação

- Nistagmo

- Paralisia facial

- Paralisia oculomotora

- Perda da gustação

- Rouquidão

- Surdez

- Vertigem

- Zumbidos

Sintomas Gerais

- Cefaleia

- Convulsões e coma podem ocorrer, mas não necessariamente

- Vômitos

Diagnósticos Diferenciais

Os diagnósticos diferenciais das hemorragias e dos infartos causados por trombose ou embolias têm importantes implicações prognósticas e terapêuticas.

O diagnóstico diferencial deve ser lembrado em qualquer paciente que apresente um distúrbio focal lateralizante da função cerebral.

As neoplasias e os abscessos geralmente evoluem em dias ou semanas e a história aliada à tomografia computadorizada é suficiente para eliminar essas possibilidades.

Na presença de coma, outros diagnósticos devem ser considerados:

- Distúrbios metabólicos da glicose

- Função renal

- Eletrólitos

- Intoxicação por drogas (álcool, barbitúricos)

As crises convulsivas e o déficit pós-ictal imediato podem simular um AVE

Na enxaqueca com aura pode haver dificuldades na diferenciação com diagnóstico de AITs principalmente no caso de sintomas visuais, visto tratar-se de fenômeno autolimitado; as auras, no entanto, raramente incluem sintomas motores, sensoriais, de linguagem ou comportamento.

Nos traumatismos deve-se atentar para a história e a presença de sinais externos, nem sempre presentes

Exames Complementares

A tomografia computadorizada de crânio (TC) deve ser realizada o mais precocemente possível para distinguir o AVC isquêmico do AVC hemorrágico.

Deve-se dar atenção especial para os sinais tomográficos precoces de isquemia, obliteração focal de sulcos e cisternas, hipodensidade da substância branca e sinal da artéria cerebral média hiperdensa.

O eletrocardiograma é indispensável devido à alta incidência de doenças cardíacas associadas.

Testes laboratoriais:

- Hemograma e Coagulograma completos;

- Dosagem de eletrólitos

- Glicemia

- Uréia e Creatinina

Conduta Terapêutica:

- Avaliação clínica inicial completa

- Cabeceira elevada a 30 graus

- Monitoração cardíaca

- Suplementação de oxigênio quando saturação de 02 < 92%

- Tratamento da hipertensão: >200-220mmHg p/P.A. sistólica ou 120 mmHg p/P.A. diastólica), exceto se associado com insuficiência cardíaca, dissecção de aorta, infarto do miocárdio ou angina, insuficiência renal ou candidato à trombólise.

Se necessário ao tratamento usar Captopril VO ou Nitroprussiato de Sódio EV Controle rigoroso da glicemia mantendo níveis inferiores a 180mg/dl.

Controlar rigorosamente a temperatura mantendo-a menor que 37,8 graus C.

Soluções hipotônicas são contraindicadas devido ao risco de piora do edema cerebral.

Administrar AAS na dose de 165-325 mg VO (média 200mg/dia) nas primeiras 24 a 48 horas após início dos sintomas.

A profilaxia da TVP deve ser realizada normalmente.

Para paciente rigorosamente selecionado de acordo com os critérios de inclusão e exclusão do NINDS (National Institute of Neurological Disordersand Stroke Study)

deve-se administrar o rt-PA 0,9 mg/kg IV (dose máxima de 90 mg), 10% em “bolus” (1 minuto) e o restante dentro de um período de 60 minutos

Medidas Profiláticas

Controle rigoroso de comorbidades como Cardiopatias, Diabetes Mellitus, Dislipidemia e Hipertensão Arterial.

Evitar ou tratar:

- Ataques Isquêmicos Transitórios (AITs);

- Drogas estimulantes (efedrina, pseudoefedrina, metilfenidato, cocaína, anfetaminas);

- Estenose carotídea;

- Etilismo;

- Sedentarismo;

- Tabagismo;

- Trombofilias;

- Uso de contraceptivos orais principalmente quando associados a outros fatores de risco, inclusive migrânea;

- Vasculites.

Parada Cardiorrespiratória

A ressuscitação cardiorrespiratória cerebral é um conjunto de medidas que visa à restauração da atividade cardíaca espontânea em paciente que apresenta quadro de parada cardiorrespiratória (PCR).

Podemos definir PCR como sendo uma situação súbita e inesperada de deficiência absoluta de oxigenação tissular, seja por ineficácia circulatória, seja por cessação da função respiratória. A definição aplica-se a situações potencialmente reversíveis, tais como: fibrilação ventricular por trombose coronariana ou por choque elétrico, afogamento ou distúrbio metabólico transitório (cetoacidose do diabético).

Pacientes com patologia grave e irreversível, como os portadores de neoplasia disseminada e idosos com falência orgânica múltipla, que estão caminhando para um fim digno de sua existência, devem ser respeitados pelos médicos, permitindo a companhia de seus familiares e proporcionando analgesia e conforto.

Achados Clínicos

A identificação da PCR deve ser rápida, pois os danos cerebrais surgem após 4 minutos da interrupção do fornecimento de oxigênio.

O diagnóstico deve ser feito sempre clinicamente; em paciente com perda súbita de consciência, realizar a palpação digital dos pulsos carotídeos ou femorais e caso estejam ausentes, deve ser feito o diagnóstico de PCR.

Não se deve esperar por outros sinais, como a dilatação pupilar (que surge após 45 segundos) ou a cessação dos movimentos respiratórios (que podem perdurar por mais de 1 minuto).

Diagnósticos Diferenciais

O principal diagnóstico diferencial é com a morte, que deve ser respeitada e aceita pelo médico-assistente.

Deve-se ainda diferenciá-la de:

- Síncope vagal;

- Brade arritmias;

- Crises convulsivas;

- Hipertensão intracraniana;

- Acidente vascular cerebral;

Exames Complementares

O exame subsidiário indispensável tanto para o diagnóstico como para o acompanhamento do procedimento é a monitoração cardíaca contínua.

Deve-se colher o mais breve possível:

- Gasometria arterial;

- Dosagem sérica de sódio, potássio e magnésio;

- Dosagem da glicemia, Htc e Hb.

Conduta Terapêutica

O suporte básico de vida deve ser realizado imediatamente após o diagnóstico de PCR, alguém deve solicitar ajuda e iniciar imediatamente as manobras de reanimação listadas a seguir:

- Posicionar o paciente em decúbito dorsal;

- Imobilizar a coluna cervical caso haja suspeita de trauma;

- Verificar se existe obstrução das vias aéreas;

- Retirar corpos estranhos (inclusive próteses dentárias);

- Tracionar o queixo e a mandíbula;

- Avaliar a existência de movimentos respiratórios espontâneos; caso estejam ausentes, iniciar a ventilação, que pode ser feita: Boca a boca; Boca a nariz; Com bolsa autoinflante e máscara (ambu); Com extensão de látex ligado à fonte de oxigênio, introduzindo-se em uma das narinas e ocluindo-se a outra com a mão. A ventilação, sempre que possível, deve ser feita com altas concentrações de O2 e com fluxo lento para evitar altas pressões nas vias aéreas superiores e consequentemente abertura do esôfago.

Após duas ventilações, verifica-se a presença de pulso carotídeo por 5 a 10 segundos. Persistindo a ausência de pulso e havendo desfibrilador disponível, proceder à desfibrilação (posicionar as pás fortemente sobre o esterno e o ápice do coração iniciando com 200 joules, caso persista a fibrilação, 300 e 360 joules sem retirar as pás). Caso contrário, se não houver desfibrilador iniciar a compressão torácica externa, colocando-se as mãos espalmadas uma sobre a outra, na metade inferior do esterno, 2 cm acima do apêndice xifóide com os braços esticados e utilizando-se o peso do corpo para obter a depressão de 4 a 5 cm do esterno, com uma frequência de 100 compressões por minuto.

Intercalar compressão e ventilação na razão de 15:2; em paciente entubado sob ventilação mecânica, regular o ventilador para 12 ventil/min e realizar 100 compressões/min de forma ininterrupta até a chegada do desfibrilador.

No momento da chegada do desfibrilador, monitorar o paciente com as pás; caso ainda persista fibrilação, proceder à desfibrilação; caso contrário, voltar às compressões torácicas, proceder à intubação orotraqueal, acesso venoso (veia calibrosa, por exemplo, a antecubital; não realizar passagem de cateter central por punção neste momento) mantido sempre com infusão contínua de SF 0,9% e iniciar drogas:

•Vasopressoras (utilizar sempre):

- Epinefrina 1 mg a cada 3 min seguida de bolus de 20 ml de SF 0,9% para atingir a circulação central;

- Vasopressina 40 U EV em dose única.

•Antiarrítmicas (se FV ou TV – taquicardia ventricular persistente):

- Amiodarona 300mg diluídos em 20 ml de soro fisiológico 0,9% EV seguidos de mais 150mg EV após 5 min e infusão contínua de 1mg/min por 6 horas e 0,5mg/kg até dose máxima de 2g/24hs;

- Lidocaína 1 mg/Kg EV em bolus, repetir a dose até 3mg/Kg no máximo (em paciente idoso não ultrapassar 1mg/kg);

- Sulfato de magnésio (indicado se hipomagnesemia comprovada) 1 a 2g diluídos em 100ml de soro fisiológico 0,9% EV em 2 min;

- Procainamida em infusão contínua de 30mg/min até dose total de 17/mg/kg.

•Hiperpotassemia, Acidose metabólica, Overdose de antidepressivo ou Aspiranina:

- Bicarbonato de sódio 1mEq/Kg.

Reanimação de longa duração ou retorno à circulação espontânea após longo tempo de PCR.

Medidas Profiláticas da PCR:

Detectar precocemente e tratar as situações de risco como os distúrbios do ritmo cardíaco, hipoxemia, distúrbios metabólicos e hidroeletrolíticos;

Respeitar os protocolos de tratamento de paciente isquêmico, mantendo-o sob monitoração contínua em unidade coronariana até estabilização do quadro;

Iam com supradesnível de ST

O infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST (IAMCS) caracteriza situação clínica de extrema gravidade e com risco de vida, determinada por oclusão de uma artéria coronária epicárdica. Trata-se de uma condição com tratamento específico, capaz de modificar sua história natural, devendo ser instituído o mais precocemente possível. A abordagem inicial no atendimento do IAMCS deve ser rápida e objetiva, iniciando pela avaliação das características da dor torácica e dos sintomas associados, história pregressa relevante, pelo exame físico direcionado e realização do eletrocardiograma (ECG).

Diagnóstico

Baseado na associação de dois ou mais dos seguintes critérios:

- Dor Torácica

Dor torácica anginosa persistente ao repouso, podendo ser desencadeada por exercício ou estresse, com duração maior ou igual a 20 minutos, irradiada para membros superiores e pescoço, com sintomas associados (dispneia, náusea, vômitos), melhora apenas parcial aos nitratos. Está presente em 75-85% dos casos. Pode ser o primeiro episódio ou mudança no padrão de angina prévia.

- Alteração Eletrocardiográfica

Elevação nova do segmento ST no ponto J em duas ou mais derivações contíguas (> 0,2 mV em precordiais e > 0,1 mV em periféricas). Bloqueio de ramo esquerdo (BRE) novo ou presumivelmente novo.

- Marcadores de Necrose Miocárdica

Valores alterados de CK, CKMB atividade (disponíveis no HC), CKMB massa, troponinas ou mioglobina (indisponíveis no HC). Obs. a presença ou ausência de marcadores de necrose miocárdica não deve ser levada em consideração para a indicação de terapia de reperfusão, devido ao fato de que estes marcadores apresentam elevação após o período ideal para terapia de reperfusão. Servem para confirmação diagnóstica, avaliação prognóstica e controle após reperfusão coronária.

- Avaliação imediata

O objetivo é identificar os pacientes candidatos à terapia de reperfusão e realização de diagnóstico diferencial.

Corrida contra o relógio:

ECG em 10 minutos.

Trombolíticos em até 30 minutos.

Deve ser realizada em menos de 10 minutos da chegada do paciente.

- Anamnese breve e direcionada para identificação de candidatos à terapia de reperfusão e possível contraindicação à trombólise farmacológica.

- Exame físico direcionado com aferição dos dados vitais, palpação de pulsos, identificação de sinais clínicos de gravidade, escala de Killip e Kimball.

- Monitorização cardíaca contínua.

- Saturação de oxigênio.

- ECG de 12 derivações, complementado com derivações direitas (V3R E V4R) e dorsais (V7 e V8) se infarto inferior.

- Acesso venoso periférico.

- Exames laboratoriais: marcadores cardíacos, eletrólitos e coagulação.

- Rx de tórax (não é essencial, porém serve para avaliação de congestão pulmonar e possibilidade diagnóstica de dissecção aórtica).

- Mnemônico "MONAB"

- Morfina

Oxigênio

Nitratos

Aspirina

Betabloqueador

Tratamento imediato

Oxigênio

Fundamento:

- Limita a lesão miocárdica isquêmica; reduz a intensidade de elevação do segmento ST. Efeito sobre morbimortalidade é desconhecido.

- Dose e Administração:

- O2 deve ser administrado por máscara ou cânula nasal a 2-4 L/min

- Deve-se administrar O2 a todos os pacientes com SO2 < 90% por período indefinido (classe I, nível de evidência C).

- Após o diagnóstico nas primeiras 3-6 horas em todos os pacientes. (Classe IIa, nível de evidência C).

- Após o diagnóstico após 6 horas em todos os pacientes. (Classe IIb, nível de evidência C).

Aspirina (antiagregante plaquetário)

Fundamento:

- Inibe irreversivelmente a COX e a produção de TXA-A2, impedindo a agregação plaquetária, a reoclusão coronária e a recorrência de eventos após a terapia fibrinolítica.

Dose e Administração:

- Administrar 200 mg VO amassados ou para mastigar para todos os pacientes.

- Continuar com dose diária de 100 mg indefinidamente após o IAM (classe I, nível de evidência A). Se houver náuseas, vômitos ou distúrbios do TGI superior, recomenda-se supositório de aspirina (não disponíveis no Brasil), na dose de 325mg. (classe I).

- Dose diária de AAS deve ser mantida indefinidamente (75-162mg) após IAM para todos os pacientes sem história de hipersensibilidade tipo I verdadeira (classe I, nível A).

Observações:

Tabela 1

Nitroglicerina IV :

- **Diluição:** 1 ampola (25 mg) de Tridil® em 250ml de SG5%(concentração: 100mcg/ml) , administrar em bomba infusora.
- **Bolo inicial:** 12,5- 25mcg (1ml da diluição + 9ml SF0,9% e fazer 1,5 a 2,5ml IV).
- **Dose:** inicial deve ser 10mcg/min (6ml/h) e deverá ser aumentada em 5- 10 mcg/min a cada 5-10 minutos até melhora da dor ou ocorrer efeitos colaterais (↓ 10% PAS nos normotensos e ↓ 30% PAS nos hipertensos).

Índice de fluxo da diluição (ml/h)	mcg /min
6	*10*
12	20
24	40
48	80
72	120
96	160

Mononitrato de isossorbida (Monocordil) 10 mg

- Diluídos na infusão contínua de 2,5 mg/kg/dia; Diluir 3 amp em 100ml SG5% e administrar em bomba infusora a 33 ml/h a cada 8 horas.

Complicações:

Hipotensão sistêmica inesperada, muitas vezes refratária a vasopressores. Em caso de hipotensão, tratar rapidamente com atropina 0,5-15 mg IV (ampolas de 1ml com 0,5mg) e Trendelemburg.

Observações:

- O seu uso deve ser continuado além das primeiras 48 horas se houver IAM extenso ou complicado. (Classe IIb).

Morfina

Fundamento:

A morfina é um venodilatador que reduz a pré-carga do VE, diminui a resistência vascular sistêmica, reduzindo também a pós-carga e tem efeito analgésico sobre o SNC, reduzindo a ansiedade com efeitos simpatolíticos.

Indicações:

Todos os pacientes com dor torácica isquêmica, IAM sem hipotensão ou depressão respiratória, edema agudo de pulmão (redistribui a volemia).

Dose e Administração:

1 Ampola (1 amp = 10mg = 1mL de "Dimorf“) diluída em 9 ml de diluente, aplicar 2-4 ml IV a intervalos de 5-15 minutos até o alívio da dor ou aparecimento de sinais de toxicidade. É a analgesia de escolha para manejar a dor associada ao IAMCS. Classe I, nível de evidência C.

Complicações:

A intoxicação por morfina (hipotensão, depressão respiratória, vômitos severos) pode ser revertida com Trendelemburg, atropina 0,5 - 15 mg IV de 15-15 min e metoclopramida 1 a 2 amp IV (= 2 ml = 10 mg). Naloxone 0,4 - 2 mg IV a cada 2 min (antagonista da morfina) pode ser utilizado.

Observações:

Outra opção analgésica é a Meperidina (Dolantina), deve ser utilizada quando não há morfina disponível. Diluir 1 ampola (= 2mL = 100 mg) em 8 ml de diluente e aplicar 2 ml IV em intervalos de 5-15 minutos até o alívio da dor ou evidente toxicidade.

Betabloqueadores

Fundamento:

Prove a redução da incidência de reinfarto em pacientes que recebem terapia fibrinolítica; bloqueia o estímulo simpático sobre a FC e a contratilidade miocárdica, diminuindo o VO2; reduz a incidência de complicações mecânicas associadas em pacientes que não recebem terapia fibrinolítica; reduz a pós-carga ventricular bem como a extensão da lesão, a isquemia pós-infarto e a incidência de taquiarritimias ventriculares.

Indicações:

Indicados nas primeiras 12 horas de sintomas, para todos os pacientes sem contraindicações, dor torácica persistente ou recorrente, taquiarritimias (FA com resposta ventricular rápida), IAMCS. (Classe I).

Contraindicações: FC < 60 bpm, PAS < 100 mmHg, insuficiência grave de VE, hipoperfusão, BAV grau I com intervalo PR > 0,24, BAV grau II ou BAVT,

A terapia oral com betabloqueador deve ser administrada prontamente em pacientes sem contraindicações, a despeito da terapia fibrinolítica ou ACTP (Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea) primária. (Classe I, nível de evidência A).

É aceitável administrar betabloqueador IV prontamente em pacientes com IAMCS sem contraindicações, especialmente se há taquiarritmias ou HAS associados. (Classe IIa, nível de evidência B).

Pacientes com insuficiência cardíaca leve (estertores bi-basais sem sinais de baixo débito) ou DPOC podem utilizar, porém devem ser monitorados de perto. (Classe IIb).

Pacientes sem contraindicações e que não receberam beta bloqueador nas primeiras 24 horas do IAM, devem inicia-lo e mantê-lo até a fase de convalescença do IAM. (Classe I, nível de evidência A).

Pacientes com contraindicação precoce ao de betabloqueador nas primeiras 24 horas devem ser reavaliados para o uso da terapia com beta bloqueador. (Classe I, nível de evidência C).

Dose e administração:

Betabloqueador	Dose inicial	Dose ideal
Metoprolol EV	5 mg a 1 mg/min com intervalo de 10 min até total de 15 mg	
Metoprolol VO	25 mg VO 12/12 horas	50-100 mg VO 12/12 horas
Carvedilol VO	3,125 mg VO 12/12 horas	25 mg VO 12/12 horas
Propranolol EV	1 mg ev a 1 mg/min a cada 5 min até toral de 5 mg	
Propranolol VO	20 mg VO 8/8 horas	40-80 mg VO 8/8 horas
Atenolol VO	25 mg VO 24/24 horas	50-100 mg VO 24/24 horas

Contraindicações:

— Freqüência cardíaca < 60 bpm
— Pressão sistólica < 100 mmHg
— Intervalo PR > 0,24 segundos
— Bloqueio atrioventricular de 2º e 3º graus
— História de asma ou doença pulmonar obstrutiva grave
— Doença vascular periférica grave
— Disfunção ventricular grave

Terapia de reperfusão

É conduta prioritária no tratamento do IAMCS nas primeiras 12 horas de evolução, possibilitando a recanalização coronariana e interrupção do dano ao miocárdio. Pode ser realizada por angioplastia transluminal coronariana percutânea primária (ATCP) ou através de agentes trombolíticos. Devem ser observados os seguintes aspectos antes da escolha da estratégia a ser utilizada.

Início dos sintomas.

Estratificação do risco do IAMCS (Killip e Kimball, TIMI Risk).

Risco e contraindicações aos trombolíticos.

Tempo de transporte estimado para laboratório de hemodinâmica.

Angioplastia transluminal coronária percutânea (atcp)

Fundamento:

Restaura a patência do vaso via dilatação arterial por cateter balão com 90% de sucesso quando realizada em centros experientes, com pessoal treinado. É uma técnica de reperfusão isenta do risco de sangramento associado a trombólise.

Possui uma maior taxa de patência do vaso e uma mortalidade menor em 40% do que a trombólise.

Indicações:

ATCP é preferível nas circunstâncias:

• Laboratório de hemodinâmica disponível com respaldo de equipe cirúrgica.

• Porta-balão inferior a 90min.

• (Porta-balão) – (Porta-agulha) < 1 hora *

• IAMCS de alto risco

• Choque cardiogênico.

• Killip ≥ 3.

• Contraindicações para trombolíticos.

• Apresentação tardia.

• Início dos sintomas superior a 3 horas.

• Diagnóstico de IAMCS é duvidoso.

Angioplastia de resgate

Fundamento:

Angioplastia de emergência para reperfusão rápida (risco do paciente).

Indicações:

Pacientes com isquemia persistente ou recorrente após fibrinólise, reinfarto ou disfunção ventricular esquerda severa, com anatomia arterial favorável.

Cirurgia de revascularização miocardica de emergência

Indicações:

Falha da angioplastia com persistência da dor ou instabilidade hemodinâmica em pacientes com anatomia coronária favorável para cirurgia. (Classe I).

IAM com dor persistente ou recorrente com dor refratária ao tratamento clínico em pacientes com anatomia coronária favorável a cirurgia e não candidatos a ATCP. (Classe I)

Perfuração de septo ou insuficiência de valva mitral pós IAM. (Classe I).

Choque cardiogênico em pacientes cirúrgicos. (Classe IIa).

Falha de ATCP com pequena área miocárdica acometida. Paciente estável (classe IIb).

* Tempo Porta – Balão em relação ao Tempo Porta – Agulha com trombolítico fibrino específico.

Terapia fibrinolítica

Fundamento:

O salvamento máximo do miocárdio ocorre quando a aplicação de fibrinolítico é feita em curto espaço de tempo (ideal <30 minutos; possível até 12 horas) após o início dos sintomas, permitindo um retorno ao fluxo normal em 54% dos casos tratados com t-PA acelerado e heparina e em 33% dos casos tratados com estreptoquinase (SPK). A fibrinólise pode limitar o tamanho do infarto, preservar a função VE e reduzir a mortalidade.

Indicações:

Trombolítico é preferível nas circunstâncias:

• Apresentação dos sintomas ≤ 3 horas com atraso para terapia invasiva.

• Transporte prolongado.

• (Porta-balão) – (Porta –agulha) > 1 hora

• Porta-balão superior a 90 min.

• ATCP não é uma opção.

• Dificuldades de acesso vascular.

• Laboratório de hemodinâmica não disponível.

* Tempo Porta – Balão em relação ao Tempo Porta – Agulha com trombolítico fibrino específico.

Na ausência de contraindicações, a terapia fibrinolítica deve ser administrada em pacientes com IAMCS cujos sintomas iniciaram nas primeiras 12 horas e a

elevação do segmento ST é superior a 0,2 mV em pelo menos 2 derivações precordiais ou 0,1 mV em 2 derivações periféricas adjacentes. (Classe I, nível A).

Na ausência de contraindicações, a terapia fibrinolítica deve ser administrada em pacientes cujos sintomas iniciaram nas primeiras 12 horas e com BRE novo ou supostamente novo. (Classe I, nível A).

Na ausência de contraindicações, é aceitável administrar terapia fibrinolítica em pacientes com IAMCS cujos sintomas iniciaram nas primeiras 12 horas e o ECG de 12 derivações indica IAM posterior. (Classe IIa, nível C).

Na ausência de contraindicações, é aceitável administrar terapia fibrinolítica em pacientes com IAMCS cujos sintomas e isquemia apresentam-se entre 12 a 24 horas concomitante com elevação do segmento ST superior a 0,2 mV em pelo menos 2 derivações precordiais ou 0,1 mV em 2 derivações periféricas adjacentes. (Classe IIa, nível B).

Elevação de ST em paciente >75 anos. (Classe IIa).

Elevação de ST com PAS > 180 ou PAD > 110 mmHg na chegada + IAM de alto risco. (Classe IIb)

Contraindicações ao uso de trombolítico:

Administração de trombolítico:

Usar 2 acessos IV periféricos, sendo um deles para o trombolítico.

Estreptoquinase (Streptase):

Ampolas de 250.000, 750.000 e 1500.000 UI; reconstituir a 1 mg/ml.

Diluir 1.500.000 UI em 250 ml SG5%, administrar em bomba infusora a 250 ml/h.

Critérios de reperfusão

Diminuição da dor

Diminuição de 50% no supradesnível do segmento ST

Arritmias de reperfusão.

Pico precoce das enzimas cardíacas

Manejo hospitalar

Medidas Gerais

• Internamento em unidade coronariana.

• Monitorização cardíaca contínua para todos os pacientes.

• Jejum inicial e dieta leve rica em fibras após 24 horas.

• Laxantes leves.

• Sedação com benzodiazepínicos se necessário.

• Repouso absoluto no leito nas primeiras 24 horas.

• Exames laboratoriais:

- Perfil Lipídico (HDL colesterol, Colesterol Total e triglicerídeos dosados nas primeiras 24 horas), hemograma, plaquetas, sódio, potássio, creatinina, glicose.

- Dosagens seriadas de enzimas cardíacas: CK, CK-Mb, e Troponina (ainda não disponível no HC) no primeiro dia a cada 6 horas e, após, a cada 24 horas até a normalização.

• Rx tórax no leito, com o paciente sentado.

• ECG’s diariamente ou após ocorrer dor torácica ou intercorrência.

• Estratificação de risco contínua (ESCORE DE RISCO TIMI PARA IAMCS).

Terapia adjuvante

Terapia antitrombínica

Fundamento:

Anticoagulante que inibe indiretamente a trombina, utilizado como adjunto à terapia fibrinolítica. Reduz a chance de reoclusão do vaso infartado após a administração de agentes fibrinolíticos específicos de fibrina (alteplase/Rt-PA, reteplase).

Heparina Não Fracionada (HNF-LIQUEMINE)

Indicações:

Pacientes submetidos à ATCP ou cirurgia. (Classe I; nível C).

Administração IV para pacientes submetidos à terapia de reperfusão com alteplase, reteplase ou tenecteplase (classe I, nível A).

Administração IV de HNF para pacientes submetidos a agentes fibrinolíticos não seletivos (estreptoquinase; uroquinase; anistreplase) os quais apresentam alto risco de embolia sistêmica (IAM extenso ou anterior; FA; evento tromboembólico prévio, conhecido trombo em VE; choque cardiogênico). (Classe I; nível C).

Administração IV de HNF para pacientes após IAMCS que apresentam alto risco de embolia sistêmica (IAM extenso ou anterior; FA; evento tromboembólico prévio, ou conhecido trombo em VE). (Classe I; nível B).

A contagem de plaquetas deve ser monitorada diariamente. (Classe I; nível C).

Em pacientes com IAMCS não submetidos à terapia de reperfusão, que não apresentam contraindicações para anticoagulação, o uso de HNF por pelo menos 48 horas. Em pacientes cujas condições clínicas necessitam de repouso prolongado no leito e/ou atividade física mínima, é aceitável que o tratamento com heparina se mantenha até consulta ambulatorial. (Classe IIa. Nível C).

Dose e Administração:

60 UI/Kg em bolus (máximo 4.000 UI); em seguida continuar com 12 UI/Kg/hora (máximo 1.000 UI/hora para pacientes > 70 Kg).

Ajustar a dose para um TTPA de 1,5 - 2 vezes o controle, por 48 horas. Após as primeiras 24 horas o TTPA desejável é entre 50 e 70 segundos. Fazer controle do TTPA em 6 /12 /18/ 24hs.

Heparina de Baixo Peso Molecular (HBPM - CLEXANE)

30mg IV em bolus, seguido de 1,0 mg/Kg SC 12/12 horas

Pode ser considerada uma alternativa aceitável à HNF como terapia auxiliar para pacientes com menos de 75 anos sem disfunção renal significativa (creatinina < 2,5mg/dL para homens; ou creatinina <2,0 para mulheres).

Contraindicações:

Não deve ser usada como alternativa à HNF em pacientes com > 75 anos que recebem terapia fibrinolítica.

Não deve ser usada como alternativa à HNF em pacientes com menos 75 anos que recebem terapia fibrinolítica e apresentam disfunção renal significativa (creatinina > 2,5 mg/dL para homens; ou creatinina > 2,0 mg/dL para mulheres).

IECA- INIBIDORES DA ENZIMA CONVERSORA DE ANGIOTENSINA

BRA - BLOQUEADORES DOS RECEPTORES AT1

Fundamento:

Os IECA e os BRA ajudam a prevenir a remodelação anômala do VE, atrasam a progressão da IC e diminuem a incidência de morte súbita e recorrência do IAM.

Indicações:

Pacientes com critérios clínicos de IAMCS

Os IECA devem ser administrados por via oral nas primeiras 24 horas do IAM com supradesnível de ST em pacientes COM IAMCS anterior, congestão pulmonar, ou fração de ejeção de VE < 0,40 na ausência de hipotensão (PAS < 100 mmHg ou PAS inferior a 30 mmHg abaixo da pressão de base) ou contraindicações para o uso desta classe de medicamentos. (Classe I; nível A).

Os IECA podem ser administrados por via oral nas primeiras 24 horas do IAMCS em pacientes sem infarto anterior, congestão pulmonar, ou fração de ejeção de VE < 0,40 na ausência de hipotensão (PAS < 100 mmHg ou PAS inferior a 30 mmHg abaixo da pressão de base) ou contraindicações para o uso desta classe de medicamentos. (Classe IIa; nível B

Devem ser administrados preferencialmente após terapia fibrinolítica ter sido completada e com a pressão arterial estabilizada.

Os BRA devem ser considerados em pacientes com IAMCS que são intolerantes a IECA e que apresentam sinais clínicos e radiológicos de ICC ou FE < 40%. O uso de Valsartan (dose alvo de 160 mg 2x dia) e Candesartan tem eficácia estabelecida para esta recomendação. (Classe I, nível C).

Dose e Administração:

Iniciar com dose baixa VO, aumentando-a regularmente até alcançar a dose máxima em 24-48 horas.

Contraindicações:

Gestação, angioedema, PAS < 100mmHg, IR severa (creatinina > 3), estenose de artéria renal bilateral, hipersensibilidade a IECA.

Antagonistas da aldosterona

Fundamento:

O bloqueio da aldosterona na adição ao tratamento com IECA mostrou prevenir o remodelamento ventricular desfavorável e a formação de colágeno nos pacientes com disfunção de VE após IAM. O estudo EPHESUS demonstrou diminuição da mortalidade com o uso de eplerenone em pacientes com IAM e sinais de insuficiência cardíaca.

Indicações:

Devem ser administrados para pacientes com IAM sem disfunção renal significativa (creatinina < 2,5 mg/dl para homens e < 2,0mg/dl para mulheres) ou hipercalemia (≥ 5 mEq/L) que já estão recebendo doses terapêuticas de IECA e betabloqueadores, com FE de VE ≤ 0,40, e com sinais ou sintomas de insuficiência cardíaca. (Classe I, nível C).

Dose e administração:

Eplerenone 25 mg VO/dia (ainda não disponível no Brasil).

Observações

Deve-se manter rigoroso controle dos níveis séricos potássio.

O uso rotineiro de espironolactona após IAMCS não está ainda fundamentado em estudos randomizados.

Tienopiridínicos

Fundamento:

São derivados da tienopiridina, sem ação in vitro, sugerindo serem precursores de um metabólito ativo não identificado. São antagonistas seletivos, não competitivos da agregação plaquetária pela via do ADP, bloqueando a ativação do receptor IIb/IIIa, mas não atuando diretamente sobre este receptor. A ticlopidina e o clopidogrel inibem a agregação plaquetária e a retração do coágulo, prolongando o teste de tempo de sangramento. O clopidogrel tem potência equivalente 6 vezes maior que a ticlopidina.

O principal para-efeito da ticlopidina é toxicidade para a medula óssea (leucopenia, trombocitopenia e pancitopenia). O clopidogrel não possui essa toxicidade quando testada em ratos.

Ticlopidina - Nome comercial: Ticlid comp. 250mg.

Clopidogrel - Nome Comercial: Plavix comp. 75mg.

Indicações:

Para pacientes com planos de coronariografia diagnóstica e para aqueles com plano de ACTP, CLOPIDOGREL (300 mg VO de ataque seguido de 75 mg VO, 48 horas antes) deve ser iniciado e continuado por pelo menos 1 MÊS após STENT

METÁLICO (3 MESES PARA SIRULIMUS, 6 MESES PARA PACLITAXEL), e superior a 12 meses em pacientes que não possuem alto risco de sangramento. (Classe I, nível B).

Uso de clopidogrel em pacientes recebendo terapia fibrinolítica os quais possuem hipersensibilidade tipo I a AAS ou intolerância gastrointestinal maior a AAS. (Classe IIa, nível C).

Recomendação Importante:

Para pacientes com plano de RVM, clopidogrel deve ser interrompido por 5 dias (7 dias, de preferência) antes do procedimento, a menos que a urgência do procedimento for superior ao risco de sangramento. (Classe I, nível B).

Inibidores da glicoproteína iib/iiia

Fundamento:

Inibem o receptor de GP IIb/IIIa –integrina na membrana das plaquetas, inibe a ativação da via final comum da agregação plaquetária.

Indicações:

É aceitável o uso de abciximab tão cedo quanto possível antes de ACTP primária (com ou sem stent) em pacientes com IAMCS. (Classe IIa, nível B).

Pode ser considerado o uso de tirofiban ou eptifibatide antes de ACTP primária (com ou sem stent) em pacientes com IAMCS. (Classe IIa, nível C).

Contraindicações absolutas:

Sangramento ativo ou distúrbio hemorrágico ou hemorragia intracraniana ou neoplasia ou MAV ou aneurisma ou AVC nos últimos 30 dias; cx ou trauma importante no último mês; dissecção aórtica, pericardite ou HAS grave;

Hipersensibilidade ou uso concomitante de outro inibidor de GP IIb/IIIa, plaquetas < 150.000.

Estatinas

Fundamento:

O uso de estatinas nas síndromes coronárias agudas foi recentemente fortalecido pelo estudo PROVE-IT, no qual altas doses de atorvastatina (80 mg VO/dia) foi eficaz na redução da mortalidade e eventos cardiovasculares. O efeito de outras estatinas nesta condição ainda está por ser estabelecido.

O uso de estatinas deve ser enfatizado como medida de prevenção secundária objetivando o controle do LDL colesterol, sendo o internamento por IAMCS uma oportunidade para fortalecer está terapêutica.

Atropina

Fundamento:

Atua como antagonista competitivo dos receptores colinérgicos muscarínicos no nó sinusal (age sobre os reflexos que medeiam a bradicardia), produzindo aumento da frequência cardíaca.

A seguir estão apresentadas as recomendações para o uso de atropina.

Dose e administração:

Para bradicardia – 0,5 a 1,0mg IV a cada 3-5min (máx. 0,04 mg/Kg).

Para assistolia – 1mg IV em bolus; repetir se necessário a cada 3-5min (máx. 0,04 mg/Kg).

Medidas auxiliares

Controle glicêmico rigoroso

A infusão de insulina contínua para controle estrito da glicemia é recomendada para pacientes com IAMCS complicados. (Classe I, nível B).

Magnésio

É aceitável documentar déficit de magnésio para ser corrigido, principalmente em pacientes que já fazem uso diuréticos. (Classe IIa, nível C). - Episódios de torsades des pointes associado com QT prolongado tratado com 12 g de magnésio IV em bolus por 5 min. (classe IIa, nível C).

Profilaxia da tvp e tep

Profilaxia para TVP com HNF SC (7500 – 12500U 2x dia) ou HBPM (dose apropriada para o agente específico) até alta hospitalar pode ser útil, mas a efetividade desta estratégia não é bem estabelecida. (Classe IIb, nível C).

Heparina profilática - Pode ser administrada de 2 formas:

Fazer 7.500 – 12500 UI SC de 12/12 horas.

Fazer 1 ampola de enoxaparina 40mg SC por dia.

Protocolo de emergências ATLS

A vantagem do método do ATLS é que inicialmente podemos tratar os traumatizados sem que tenhamos o diagnóstico definitivo como pré-requisito. O caminho é sempre o mesmo: avaliação inicial paralela e simultânea aos procedimentos de reanimação respiratória e cardiocirculatória. Reavaliação constante, estabilização dos mecanismos respiratórios e circulatórios, encaminhamento para cirurgia, exames complementares específicos, adequada transferência para a instituição referência de trauma.

O "carro chefe" do protocolo é o método mnemônico universalmente consagrado do: ABCDE, constantemente repetido, principalmente, na PRIMEIRA HORA - "HORA DE OURO".

A avaliação primária (ABCDE), mesmo durante a secundária (exame do paciente da cabeça aos pés), deve ser frequentemente repetida no intuito de identificarmos as mudanças na evolução clínica do paciente, possibilitando surpreendermos possível piora.

A fase pré-hospitalar (o salvamento e transporte para o centro de referência de trauma) e o atendimento no PS devem obedecer a criteriosa triagem, principalmente quando houver mais de uma vítima. A prioridade é determinada: 1º) gravidade (insuf. Respiratória. - Insuf. Circulatória); 2º) idade e aspectos particulares (ex: crianças, gestante). - 3º) recursos disponíveis.

O pessoal em contato com o paciente deve estar devidamente protegido contra as doenças infectocontagiosas: gorro, máscaras, óculos, aventais, pró-pés, luvas.

Avaliação inicial simultânea à reanimação respiratória e circulatória.

A - Vias aéreas e imobilização cervical

Enquanto as mãos provisoriamente imobilizam o pescoço, deve-se conversar com o paciente. A frase inicial é: -"qual é o seu nome?" Se ele responder, por hora, duas questões estão resolvidas: o paciente está consciente e as VIAS AÉREAS estão pérvias. Junto a este procedimento, instale o COLAR CERVICAL.

Quando se tratar de uma vítima de acidente de motocicleta, deve-se ter cuidado na remoção do capacete. Empregua-se a manobra padrão de retirada do capacete sem movimentar o pescoço. Se o paciente não responder à pergunta inicial, provavelmente está com as vias aéreas obstruídas, inconsciente ou em parada cardiorrespiratória (PCR). Em caso de obstrução das vias aéreas além da DISPNÉIA e CIANOSE poderá ser observado: batimento de asa do nariz, retração de intercosto e da fossa supraclavicular,

tosse, ruídos gargarejantes, estertorosos, sibilantes e roncos. Preste atenção! Valorize todos os sinais e sintomas.

NÃO PERCA TEMPO com manobras inúteis.

Quando viável e não contraindicado (grave lesão bucomaxilo-facial) precisará ABRIR A BOCA do paciente para tentar DESOBSTRUIR e ASPIRAR com cânula de aspiração RÍGIDA metálica. Certamente vai precisar introduzir uma cânula endotraqueal. Use aquela com o diâmetro semelhante ao da fossa nasal do paciente. Em crianças o diâmetro do dedo mínimo é um bom parâmetro para a escolha da cânula. Mantendo o pescoço imóvel, posicionar as mãos ao longo de ambos os ramos da mandíbula. Empurrar para frente e também poderá puxar o queixo para cima. Isto funciona bem em crianças. Durante as manobras de intubação não esquecer de VENTILAR o paciente após 20 ou 30 segundos de tentativa. Neste momento, VENTILE o paciente. Usar como parâmetro para a frequência ventilatória o seu próprio ritmo respiratório (16 a 20 IPM). Utilizar o "AMBU" conectado à fonte de O2 (15l por minuto). Esta manobra deve ser realizada e bem sincronizada, por dois emergencistas.

Entubou. Contudo, se o paciente não estiver em APNÉIA, não exibir GRAVES FRATURAS DE OSSOS DA FACE ou FRATURA DA BASE DO CRÂNIO, é possível tentar a intubação nasotraqueal.

Caso não seja possível executar a intubação traqueal (naso/oro), ou tenha formais contraindicações: edema de glote, fratura de laringe, copiosa hemorragia orofaríngea, tem-se outras duas opções:

1º punção cricotireoidea - para isto, usar uma agulha calibrosa (14 ou de punção de subclávia). Administrar 12 a 15 l' de O2 por período não superior à 30 a 45'(oxigenação a jato). Lembrar-se que o paciente está sendo oxigenado (aumenta a Fi 02 em 30%), mas não ventilado. Isto acarreta acúmulo de CO2 (hipercapnia) causando vasodilatação cerebral, que é especialmente danoso para os pacientes com TCE e ou edema cerebral.

2º cricotireoidotomia - assepsia - anestesiar o local se o paciente estiver consciente - localize a membrana cricotireoidea ("logo abaixo do gogó") - incise a pele e abra a membrana cricotireoidea - introduzir a cânula de traqueostomia ou orotraqueal - verificar se não ocorreu intubação seletiva. A cricotireoidotomia não é recomendada para crianças menores de 12 anos as quais podem perder o suporte circunferencial superior da traqueia, por lesão da cartilagem cricoidea. Poderá manter o paciente em cricotireoidotomia por cerca de 72 horas, no máximo. Quanto mais precocemente você desativar a cricotireoidotomia ou substitui-la pela intubação endotraqueal ou mesmo uma traqueostomia "eletiva", menores serão as possibilidades de complicações pós cricotireoidectomia.

Traqueostomia - Evitar este procedimento em urgência. A cricotireoidotomia é uma operação mais rápida, fácil e segura. A traqueotomia e a traqueostomia devem ser consideradas um procedimento eletivo.

B - Respiração (ventilação)

Inicialmente deve-se observar o tórax. Atentar para a movimentação. Ambos os lados se movimentam? O movimento é efetivo e simétrico? Existe movimento paradoxal (tórax instável)? Existe algum ferimento visível (equimose, existe DESVIO DA TRAQUÉIA com ou sem turgência jugular? Isto é = a PNEUMOTORAX HIPERTENSIVO. Imediatamente introduza uma agulha (TORACOCENTESE) de grosso calibre no 2º espaço intercostal (EIC), na linha hemiclavicular, do hemotórax (HT) oposto ao desvio traqueal. Não perder tempo tentando drenar um pneumotórax hipertensivo. Alivie-o com uma agulha. Posteriormente, drene o tórax, em selo d'água. Se no tórax houver uma lesão de grande diâmetro (diâmetro superior ao do brônquio fonte), talvez ouça um ruído aspirativo (traumatopnéia). Tampar a lesão com uma compressa e, em seguida, fazer um curativo de três pontas. A lesão aspirativa do tórax pode matar em poucos minutos.

Verificar o frêmito tóraco-vocal (FTV) se o paciente estiver consciente. Auscultar e perceber o murmúrio vesicular (MV). Percutar o tórax e verificar as áreas

de timpanismo (pneumotórax) ou macicez (hemo ou hemopneumotórax) que possam existir. Lembrar-se que a drenagem torácica no paciente traumatizado, deve ser indicada pelos sinais e sintomas clínicos. Ao realizar a drenagem torácica, deve-se procurar o 5º ou 6º espaço intercostal (EIC), sobre a linha axilar anterior (LAA). Assegurar-se que este ponto se encontra acima do nível do apêndice xifoide.

Faça assepsia. Anestesiar com a agulha apoiada na borda superior da costela inferior (para evitar o feixe vasculo-nervoso subcostal). Incise por 2 a 2,5 cm paralelamente aos arcos costais. Perfure a fáscia endotorácica e a pleura. Introduzir o dedo indicador e inspecionar a existência de estruturas nobres (pulmão, coração, diafragma) no futuro caminho do dreno. Se houver aderências, desfaze-las com o dedo. Insirir um dreno calibroso (sonda retal) com 3 ou 4 fenestrações, dirigido para o ombro do paciente. Verificar se nenhuma fenestração ficou para fora ou entre os planos da parede torácica. Fixar o dreno com um ponto em "bolsa de tabaco" e amarração em "sapatilha de dançarina". Finalmente, instale o aparato de drenagem subaquática (selo d'água). Não utilize trocáter para drenagem torácica de urgência.

Em caso de TÓRAX INSTÁVEL (mais de 3 arcos costais consecutivos fraturados em mais de um local) poderá observar o movimento paradoxal. Neste caso o tórax lesado deprime-se durante a inspiração. Nem sempre observará este fenômeno no período imediato ao trauma, no paciente consciente. Isto porque a dor certamente limitará os movimentos respiratórios, tornando-os superficiais, na tentativa reflexa de imobilizar o hemitórax (HT) lesado.

Se perceber significante instabilidade torácica: intubar e ventilar o paciente (estabilização pneumática). Dê preferência aos respiradores volumétricos pois pode haver concomitante rotura de brônquio. O trauma contuso de tórax, com fratura de arcos costais, principalmente em crianças, denota grande absorção de energia cinética com provável hematoma pulmonar, que certamente causará importante distúrbio ventilatório/perfusivo (V/Q), devido ao considerável aumento do "shunt"pulmonar.

Lembrar-se: os pacientes com traumatismo torácico que têm fratura de arcos costais e sinais de contusão pulmonar, mesmo sem pneumotórax, devem ser previamente drenados (drenagem torácica) se forem submetidos a próteses respiratórias ou cirurgias com intubação traqueal (profilaxia do pneumotórax hipertensivo iatrogênico). Jamais enfaixar o tórax de um paciente. Não será possível estabilizar as fraturas e provavelmente provocará insuficiência respiratória restritiva.

C – Circulação

Observar a cor da pele e mucosas. Palidez?

Observar os VASOS DO PESCOÇO. Túrgidos? Bulhas cardíacas abafadas? Há pulso paradoxal? Isto é = à "tríade de Beeck" que é = a TAMPONAMENTO CARDÍACO.

Em caso positivo, após rápida assepsia e anestesia local, se possível com o paciente monitorizado (ECG), introduzir uma agulha longa (peridural) no espaço xifo-costal, dirigida para o ombro esquerdo (via de Marfan). Se houver alteração no traçado do complexo QRST, puxe a agulha para trás, pois o músculo cardíaco foi atingido. Aspirar com a seringa. A remoção de 30 ml de sangue do saco pericárdico produz significante melhora hemodinâmica. Introduzir um cateter através da agulha e mantê-lo posicionado no interior do saco pericárdico até que o paciente possa ser melhor avaliado ou operado. Pode ser necessário aspirar mais sangue do saco pericárdico, antes do tratamento atente para o enchimento capilar subungueal (> 2"?) Verificar o enchimento venoso de retorno nos antebraços (lembre-se que 75% do volume circulante está no sistema venoso - sistema de capacitância-). Os pulsos periféricos estão pérvios, cheios, rítmicos, simétricos e sincrônicos? Frequência cardíaca: bradicardia, taquicardia?

Estado de consciência: tranquilo e cooperante? Inconsciente, torporoso, agitação psicomotora (hipóxia cerebral)?

Simultaneamente aos procedimentos acima, providenciar para que o paciente tenha duas veias periféricas canulizadas com cateteres nº 14,16 ou 18 (basílica, cefálica ou safena interna no maléolo). Evite a cateterização de veias centrais e profundas no paciente traumatizado.

Caso não seja possível a punção venosa em tempo hábil, deve-se fazer a flebotomia da safena interna no maléolo. É a via mais rápida e segura para flebotomia de urgência.

Em crianças menores de 6 anos pode ser tentada a via medular (intraóssea). Penetrando com uma agulha curta e grossa, o platô tibial anterior, cerca de 1,5 a 2,0 cm abaixo da epífise, você obtém uma boa via para a reposição volêmica, utilizando qualquer tipo de solução (cristaloide, coloide, sangue, derivados) e medicamentos. Após a administração de líquidos pela via intraóssea estes estarão na circulação em cerca de 20 segundos. Deve ser solicitado também: pesquisa da hemoglobina, hematimetria, hematócrito, grupo sanguíneo e fator RH. Se possível, também solicitar dosagem alcoólica, pesquisa de psicotrópicos e teste de gravidez.

A solução padrão para reposição volêmica é o S. Ringer, de preferência aquecido a 39º no micro-ondas. O sangue, quando utilizado, será na forma de concentrado de hemácias. O protocolo do ATLS não recomenda o uso de drogas vasoativas no tratamento do choque hipovolêmico.

D - Deficiências neurológicas

Nesta etapa da avaliação, serão constatadas quatro possíveis situações. Isto possibilitará uma rápida avaliação do SNC.

A - Acordado

V - Responde a estímulos verbais

D - Responde a estímulos dolorosos

I - Inconsciente

E - Exposição

O paciente deve ser despido cortando-se lateralmente as vestes, sem movimentar seus membros e o pescoço. Examinar a topografia da face e do crânio. Procure por fraturas tipo Leforth I, II, III e IV. Observe a existência de afundamentos e bossas. Examine a região cervical (vasos, tireoide e traqueia). Reavaliar o tronco (tórax e abdome) virando o paciente em monobloco com o pescoço imóvel.

Inspecionar cuidadosamente as áreas de contusão representadas por: equimoses, hematomas, escoriações, fraturas e luxações. Estas provavelmente resultaram do impacto do corpo contra um anteparo: solo, volante, teto, painel, coluna, para-lama, para-choque ou outras partes de um veículo.

As marcas do cinto de segurança no tegumento, evidenciadas pela presença de eritema, equimoses violáceas e escoriações em faixa, também podem prognosticar lesões internas por explosão ou cisalhamento de vísceras ocas, principalmente seguimentos de alças de delgado, bruscamente comprimidos contra a coluna dorsal. Chutes, murros, porretadas e coronhadas são outras causas de lesões contusas.

Procurar com redobrada atenção os ferimentos penetrantes: perfurantes (agulhas, estiletes); perfurocontusos (PAFs, estoques) e perfurocortantes (arma branca). Observe a extensão e profundidade dos ferimentos incisos (arma branca), corto contusos (impacto contra para-choque, quinas, golpes de machado, foice etc.).

Nos ferimentos causados por FAFs, além da distância do disparo (quanto mais próximo maior o dano), procurar evidenciar o orifício de entrada. Este geralmente apresenta formato oval, redondo ou por vezes, em fenda. Os tiros à distância apresentam apenas zona de contusão e enxugo. Nos disparos à queima roupa (curta distância) além das características peculiares às todas as distâncias de tiro (contusão e enxugo), ainda poderá existir uma orla de queimadura e a clássica área de tatuagem e esfumaçamento.

Por sua vez, os tiros encostados, principalmente quando feitos sobre áreas teciduais de grande densidade (osso), causam intensa destruição sob a superfície tegumentar, devido à rápida e poderosa expansão dos gases (" buraco de mina").

Lembrar-se ainda, que os projéteis de grande massa e baixa velocidade (cal: 38, 44, 45), produzem grande área de destruição, porém não muito profunda. Enquanto que os PAFs de alta velocidade (cal 7.62), causam grande e profunda destruição tissular, diretamente proporcional à densidade do tecido atingido.

Imaginar, rapidamente, o possível trajeto dos FAFs e se houver, identifique o(s) orifício(s) de saída. Este geralmente apresenta maior diâmetro que o de entrada. O contorno é irregular e as bordas geralmente encontram -se viradas para fora. Não exibe nenhuma das zonas características do orifício de entrada.

Lembrar-se que o FAF que não transfixou (entrada e saída), liberou toda sua energia ao se alojar no corpo. Neste caso, provavelmente o dano será maior que um FAF similar, porém transfixante.

Observar se existem fraturas dos membros e alinha-las sem reduzi-las. Verifique os pulsos arteriais acima e abaixo do foco de fratura ou de esmagamento. Tampone e comprima os sangramentos. Não utilize torniquetes.

Manter o paciente aquecido.

O paciente traumatizado facilmente desenvolve hipotermia com distúrbio de coagulação. Observe a existência de queimaduras. Classifique-as segundo a intensidade (I, II,III graus e carbonização); percentual da área atingida (regra dos "9"); agente causador (físico, químico). Lembrar-se que o queimado de 2º grau além de dor, sente frio; que as queimaduras de 3º grau são geralmente indolores. Além das queimaduras, o paciente, muito provavelmente, foi exposto a gases tóxicos e superaquecidos. Se isto acontecer, o paciente além da intoxicação exógena gasosa (envenenamento gasoso),

certamente apresentará queimaduras de vias aéreas superiores e até mesmo de brônquios.

Se não houver contraindicações (fratura de base de crânio), introduzir uma SNG calibrosa para o esvaziamento aéreo da câmara gástrica, diminuindo a possibilidade de vômito e aspiração.

Avaliação secundária

Proceder com o toque tocoginecológico e o toque retal. Neste último, verificar: a competência do aparelho esfincteriano (lesão raquimedular), sangue na ampola, lacerações e presença de fragmentos ou pontas ósseas, volume, forma e posição da próstata (na seção uretral a glândula desloca-se para cima). Verificar se existe equimose perineal ou locais de contusões (escoriações) e outras lesões (fraturas, luxações, perfurações, cortes).

Esta fase somente será iniciada após a estabilização respiratória e circulatória do paciente. Este deve ser repetidamente reavaliado (ABCD). Na avaliação secundária o paciente é examinado dos "pés à cabeça" e "dedos e sondas" são introduzidos em todos os orifícios naturais.

Pesquisar mais detalhadamente a existência de lesões do couro cabeludo, tábua óssea (crânio), região mastóidea e base do crânio. Verificar se está presente o sinal de Batles: equimose retroauricular sugestiva de fratura de base do crânio.

Os OUVIDOS, inclusive com a utilização de otoscópio, devem ser examinados. Averiguar a presença de hemotímpano e ou rotura do tímpano, otorragia (lesão do andar médio) e ou perda liquórica (sinal da "mancha em alvo"). Também poderá ser observada a perda liquórica nasal.

A equimose periorbitária (sinal de Rancon ou do Guaxinim) denota possível fratura de base de crânio. Petéquias ou hemorragia subconjuntival também podem estar presentes nas fraturas de base ou nas asfixias mecânicas.

Verificar a presença de corpo estranho nos olhos e possíveis lesões destes. Com a mão enluvada, inspecione a cavidade bucal (dentes, língua, mucosa, gengiva, pálato, úvula). Examinar o arcabouço ósseo da face. Observar as equimoses, crepitações, enfizemas subcutâneo, assimetrias e afundamentos, sinais sugestivos de fraturas e possíveis dissociações de suturas do crânio e da face.

Verificar se existe hematoma de bolsa escrotal ou sangue no meato urinário. Caso não haja alterações prostáticas, uretrais e perineais, já descritas acima, deverá sondar (sonda vesical de Foley) o paciente. Comprimir ambas as espinhas ilíacas ântero-superiores e pesquisar a presença de dor, equimoses, hematoma, movimento ósseo ou crepitação (fratura do arcabouço pélvico ou lesão ligamentar). Em pacientes: inconscientes, alcoolizados, drogados e nos conscientes que tenham importante dor abdominal, visível contusão abdominal, sinais clínicos sugestivos de irritação peritoneal ou apresentem-se hemodinamicamente instáveis, proceder ao LAVADO PERITONEAL DIAGNÓSTICO (LPD).

Fazer assepsia e tricotomia do baixo abdome. Anestesiar e incisar longitudinalmente 1 cm abaixo da cicatriz umbilical. Abrir plano por plano no espaço muscular entre as duas porções do músculo reto abdominal. Incisar a fáscia posterior e o peritônio após a apreensão deste entre duas pinças Kelly.

Fazer uma sutura em forma de bolsa de tabaco e introduzir um dreno de diálise peritoneal, em direção ao fundo de saco. Se houver volumoso hemoperitôneo o sangue aflorará imediatamente. Menores volumes serão evidenciados com uma positividade de 98%, após a introdução, através do cateter de diálise peritoneal, o volume correspondente a 15 ml por Kg de peso de S. Fisiológico a 0,9%.

Em seguida, abaixar o frasco de soro vazio. Através de sifonagem, o "lavado" retornará ao frasco de soro, evidenciando-se, através da coloração, a existência ou não de sangue na cavidade peritoneal. Em caso de lavados “claros”, porém duvidosos, experimentar ler um trecho de jornal através da transparência do frasco de soro. Se a leitura não for possível, provavelmente o lavado é positivo.

Também poderá solicitar a contagem de células vermelhas. Quando superiores a 80.000 é provável que haja hemoperitôneo. A LPD não é exequível nos pacientes com passado cirúrgico abdominal. Se não houver retorno do líquido do LPD, provavelmente o cateter entupiu ou a cavidade celômica não foi penetrada. Poderá existir ainda uma hérnia diafragmática ou penetração do cateter em uma víscera oca. Nos pacientes hemodinamicamente instáveis, com evidente trauma abdominal, é mais provável que seja necessário optar diretamente pela laparotomia de urgência. Em casos extremos e selecionados, os pacientes com grave injúria vascular abdominal, poderão ser submetidos ao clampeamento cruzado da aorta torácica.

Não preconizar a "punção abdominal". Esta, há muito, foi relegada nos centros de referência de trauma, em virtude do alto índice de falsos positivos e negativos. Quanto aos ferimentos penetrantes na cavidade abdominal, a conduta será sempre a laparotomia exploradora. Imobilizar as fraturas e luxações sem reduzi-las. Tampone os ferimentos do tegumento.

Reavaliar, mais detalhadamente, o estado neurológico do paciente. Para isto, usar uma tabela prognóstica - GLASCOW COMA SCALE (GCS) - Esta tabela é numerada de 1 a 15 e o indicador prognóstico varia de 3 a 15. O paciente com escore 8 ou menor, encontra-se em COMA.

Quanto maior o índice, melhor o prognóstico. Quando o índice cai denuncia deterioração do componente neurológico (NÍVEL DE CONSCIÊNCIA). Repita a cada 15 segundos a avaliação neurológica com a "GCS".

Após estes procedimentos, passar à investigação radiológica padrão. Lembrar-se que se o paciente estiver hemodinamicamente instável e se for evidente o trauma abdominal, a indicação é a laparotomia ou toracotomia imediata. Em alguns casos muito críticos é possível, ainda no PS, proceder ao clampeamento cruzado da aorta torácica.

Inicialmente, fazer um Raio X de coluna cervical em perfil com exposição das 07 vértebras cervicais. Analisar o alinhamento do canal medular, a forma e posição dos

corpos vertebrais, os espaços intervertebrais, as apófises transversas e espinhosas, as partes moles (aumento de volume = hematoma ou edema) cervicais e a apófise.

Se necessário solicite um RX com os membros superiores tracionados para baixo, ou com um dos braços levantados (posição do nadador) ou ainda, um RX trans-oral para melhor estudo da apófise odontóide. Estes exames devem ser procedidos mantendo-se o colar cervical ou outro meio de contenção cervical.

Em seguida solicitar: Raio X de Tórax em AP (caso o paciente tenha sido drenado no PS, possibilitando avaliar o posicionamento ideal do dreno); Raio x pélvico para melhor avaliação da estabilidade pélvica. Lembrar-se que o RX de tórax em AP tirado em DD é muito pouco fidedigno para a avaliação de possível alargamento do mediastino. Contudo, valorize os fatores de risco radiológico de uma provável lesão da aorta torácica: apagamento apical do HTE, perda da janela aortopulmonar, desvio da SNG, depressão do brônquio principal esquerdo e derrame pleural.

Terminada a primeira avaliação ou mesmo após a segunda, o paciente que necessitar de remoção para centro de referência de trauma, deverá ser transportado com as funções respiratória e hemodinâmica estabilizadas e em veículo adequado (UTI) e com equipe treinada. Lembrar-se que o médico é ético e juridicamente responsável, pela segurança da transferência do paciente.

O centro de trauma deve ser previamente avisado e os dados relativos aos pacientes devem ser fornecidos à equipe recebedora no centro de trauma. Por ocasião desta transferência o médico assistente deverá obter um histórico sucinto e preciso dos fatos clínicos e do acidente.

O padrão ATLS do SUMÁRIO CLÍNICO é dado pela sigla:" AMPLA ".

A - Alergias

M - Medicamentos.

P - Passado de doenças.

L - Líquidos e alimentos ingeridos.

A - Acidente - relato do ocorrido.

4.3 - Atividades implementadas para os serviços prestados nas unidades

4.3.1 – Educação Permanente

Programa de Educação Permanente para Colaboradores

O Ministério da Saúde criou o Departamento de Gestão da Educação em Saúde e passou a ordenar a formação de pessoal que está inserido no SUS.

A criação deste departamento traz o foco para a Educação em Serviços da Saúde, de forma a realizar o encontro das práticas formativas com as práticas de atenção e gestão no setor, respeitando seu controle social.

Para entender o conceito da Educação Permanente, faz-se necessário aceitar que os atores do cotidiano são os principais detentores de tomadas de decisão quando se trata de acolhimento, respeito e cuidados com o ser humano.

Dentro desta visão a transformação que ocorrerá com a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deverá revelar mudanças nas relações, nos processos, nas atividades e, essencialmente nas pessoas.

Nesta esfera da gestão, será necessário desenvolver estratégias pedagogicamente adaptadas para os colaboradores das unidades de saúde, tendo em vista a diversidade de profissionais em relação às suas respectivas áreas de atuação.

O SUS não é apenas um sistema que assiste pessoas gratuitamente e isto pode ser confirmado no artigo 200 da Constituição Federal que define como sendo suas principais funções:

- Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias relativas à saúde;

- Realizar ações de vigilância sanitária, controle de epidemias e de cuidados com a saúde do trabalhador;

- Participar na produção de remédios, equipamentos e outros produtos ligados à saúde;

- Organizar a formação de recursos humanos na área de saúde, como médicos, enfermeiros e outros profissionais;

- Participar na elaboração de políticas e planos de execução de ações de saneamento básico;

- Usar os avanços científicos e tecnológicos na área da saúde;

- Realizar a fiscalização e a inspeção de alimentos e o controle nutricional;

- Controlar e fiscalizar a produção, transporte, armazenamento e uso de substâncias psicoativas, tóxicas e radioativas;

- Colaborar na proteção do meio ambiente e do ambiente de trabalho.

Isto posto, é possível elucidar a responsabilidade da gestão de hospitais e outras unidades de saúde, em todas as esferas, para com a educação permanente de colaboradores.

Tendo o SUS assumido um papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva, percebeu-se positivas repercussões na educação permanente de colaboradores. Desta forma, o IAPP propõe-se a conduzir, nas unidades em que faz gestão, a Educação Permanente proposta pelo Ministério da Saúde.

A Educação Permanente deve promover uma aprendizagem significativa, ou seja, deve ampliar e produzir sentidos. Assim sendo, as transformações das práticas profissionais devem estar baseadas na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ações em suas devidas áreas de atuação.

O processo de capacitação do pessoal da saúde será estruturado diante da problematização de seus respectivos processos de trabalho, objetivando a transformação positiva das práticas e da própria instituição.

As necessidades de saúde das pessoas, da gestão setorial e do controle social, serão a referência para qualificar as mudanças necessárias.

A educação em serviço envolve mudanças nas estratégias de organização que passam a ser problematizadas na prática concreta dos profissionais e dos quadros dirigentes.

Os problemas da organização do trabalho devem ser resolvidos prioritariamente, considerando a necessidade de prestar atenção relevante e de qualidade, com integralidade e humanização.

A partir deste processo, sendo feito em cada serviço de saúde, é possível identificar as necessidades de capacitação e garantir a aplicabilidade das tecnologias e conteúdos estabelecidos.

Para desenvolver a capacidade de aprendizagem, de docência e de enfrentamento criativo, a Educação Permanente utiliza um método descentralizador, ascendente e transdisciplinar. Desta forma, a possibilidade de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde é ampliada significantemente.

Propõem-se a criação de instâncias de articulação entre gestores do SUS, instituições formadoras, serviços, representações estudantis e instâncias de controle social, que serão espaços para que haja diálogo e negociação entre ações e serviços do SUS.

A educação em serviço é introduzida como política pública na área da saúde buscando promover uma saúde com excelência na qualidade.

Organização das Atividades de Educação Permanente

O INSTITUTO DE APOIO A POLÍTICAS PÚBLICAS visa capacitar e desenvolver os colaboradores que compõem o corpo assistencial, a fim de garantir a assistência com excelência.

Para tanto, faz-se necessário implantar e garantir a execução do modelo assistencial por meio da Educação Permanente, através da capacitação dos profissionais envolvidos, ensino, pesquisa e gestão, com a perspectiva interdisciplinar sempre com base nos princípios do SUS e da Política nacional de Humanização.

Sendo o Hospital um estabelecimento destinado ao diagnóstico e ao tratamento de doentes, onde se pratica também a investigação e o ensino, e a Unidade de Pronto Atendimento tendo como finalidade prestar um cuidado resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados de natureza clínica, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo a necessidade ou não de encaminhamento a outros serviços de atenção à saúde, é de suma importância que os profissionais dessas duas unidades estejam no programa de Educação Permanente.

Desde 2004 o Ministério da Saúde, lançou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que teve reorientações em sua implementação em 2007, voltada para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), como uma proposta de ação capaz de contribuir para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde.

Nesta perspectiva, a Educação Permanente passa a ser fundamental e estratégica para a consolidação do SUS, a fim de alcançar perfis profissionais orientados pelas demandas da população, em cada realidade regional e nível de complexidade.

Como já mencionado anteriormente, o IAPP introduz a aprendizagem significativa no trabalho, realizada a partir das reflexões críticas dos profissionais em relação às necessidades no dia a dia, permitindo a transformação das práticas e a

organização do trabalho, em que o ensinar e o aprender se incorporam ao cotidiano das pessoas e da instituição.

Funcionamento das Atividades

As atividades da EP serão desenvolvidas, continuamente, por meio de planos de ação, sendo:

- Identificação das necessidades de aprimoramento dos profissionais de enfermagem e dos serviços, por meio da coleta de dados em cada ambiente.

- Viabilização dos espaços para a realização dos treinamentos, oficinas, seminários, cursos, etc.

- Elaboração e divulgação do cronograma dos treinamentos.

- Sensibilização dos profissionais sobre a importância da participação nas atividades educativas.

Todas as atividades são desenvolvidas conforme a necessidade e respeitando o perfil de cada grupo profissional, de forma que todos recebam as capacitações previstas em cronograma.

Como já citado, muitas iniciativas de EP, se concretizam pela formalidade e necessidade técnica da Educação Continuada que se organiza segundo o cronograma do IAPP, por entendimento de que algumas temáticas devem ser continuadas e permanente.

A EP trabalha com ferramentas que buscam a reflexão crítica sobre as práticas de atenção, gestão e formação, sendo, por si só, um processo educativo aplicado ao trabalho, possibilitando mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas e uma melhor articulação para dentro e para fora das instituições, processo necessário para sustentação do modelo de cogestão.

Os treinamentos são divididos em 2 blocos:

1. Básico: constitui o treinamento mínimo obrigatório que todos os setores envolvidos com a assistência ao paciente devem desenvolver.

2. Específico: realizado de acordo com a necessidade de cada setor/equipe.

Nesta situação, além do treinamento, são planejados conjuntamente os processos de atualização de normas e rotinas, de avaliação e de supervisão sistemática.

Treinamentos Permanentes

O Treinamento Permanente pode ser entendido como um processo contínuo de Educação. Seu intuito é desenvolver os colaboradores, levando-os a melhorar suas competências e ter maior satisfação no trabalho, com a valorização profissional e institucional, tendo como papel estratégico a prática assistencial de excelência. Assim, fundamenta-se em uma prática baseada em evidências científicas, da capacidade de tomada de decisão, da preocupação em desenvolver a liderança, na comunicação verbal e escrita, na melhoria do relacionamento interpessoal, da visão no resultado que efetivamente colabora para o estabelecimento de uma excelente relação de cuidados entre a equipe multiprofissional, o paciente e sua família.

A capacitação da equipe é realizada por meio de um plano anual de desenvolvimento estratégico de treinamentos. Esta estratégia de treinamento é flexível mediante a necessidade de intervenção pontual na ocorrência de eventos, de não conformidades em processos, na busca ativa, nos resultados dos indicadores assistenciais, na implantação de rotinas e na capacitação específica de um procedimento técnico.

Módulo de Educação Permanente Multiprofissional

ÁREAS TRANSVERSAIS

Módulo - Práticas integradas

Acompanhamento dos eventos sentinela e eventos adversos.
Biossegurança.
Dispositivos intravasculares centrais e periféricos.
Isolamentos/ Precauções.
Linhas de cuidado.
Plano terapêutico.
Prevenção de Infecção Hospitalar.
Prevenção de pneumonia.
Prevenção de Quedas.
Prevenção de Úlceras por pressão.
Protocolos assistenciais.
Sustentabilidade.
Técnicas de comunicação.
Transferência de pacientes interna e externa.

Módulo - Cuidado Seguro

Identificação do paciente.
Treinamentos em segurança do paciente.
Higiene das mãos.
Pratica segura na utilização de medicamentos.
Segurança em narcóticos.
Papeis e responsabilidades da equipe.
Transferência interna.

ÁREAS ESPECÍFICAS

Módulo - Área especifica para corpo clinico

Atualização sobre normas e rotinas.
Atuação no plano terapêutico.

Atuação nas linhas de cuidado.
Cultura de qualidade.
Cultura de segurança.
Capacitação de liderança para gestores.
Interdisciplinaridade.

Módulo - Área especifica para enfermagem

SAE- Sistematização da assistência de enfermagem.
Taxionomias diagnósticas, de intervenção e de resultados de Enfermagem.
Classificação de complexidade dos cuidados em enfermagem – FUGULIN.
Condutas de enfermagem a pacientes com: Trauma Cranioencefálico (TCE) Trauma Raquimedular (TRM); Doenças cerebrovasculares; Acidente Vascular Cerebral - Isquêmico (AVCI); Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH); Malformação Arteriovenosa (MAV); Aneurisma Cerebral; Patologias neurológicas; Epilepsia; Tumores Cerebrais; Neuromiopatias; Síndrome de Guillain-barré; Miastenia Grave;

Hidrocefalia; Morte Encefálica.
Cuidados na administração de medicamentos.
Cuidados com drogas de alto alerta.
Cuidados na passagem de Sondas Nasogástrica e Nasoenteral.
Cuidados na manutenção de Cateteres Venosos Centrais.
Curativos e coberturas padronizadas.
Ventilação mecânica e gasometria arterial no paciente crítico adulto e pediátrico.
Assistência em parada cardiorrespiratória em adultos e crianças.
Coleta de exames e preparo e acompanhamento do cliente para exames.
Preparo do corpo pós-morte.
Enfermeiro como Gestor da Unidade e do Cuidado.
Enfermagem Clínica.

Módulo - Área especifica para Farmácia

Guia Terapêutico.
Formas Farmacêuticas.
Classes terapêuticas.
Vias de administração.
Dose Unitária.
Drogas de Alto Alertas.
Farmacovigilância.
Garantia e controle de qualidade- CTQF.
Dispensação de psicotrópicos.
Descarte de resíduos/ Conferencia do carro de emergência/ Dispensação de antimicrobianos.
Preparo de medicamentos.
Farmácia clínica e segurança do paciente.

Logística em farmácia hospitalar.
Gestão em Farmácia Hospitalar.

Módulo - Área especifica para Serviços Administrativos

Estrutura e organização do trabalho do auxiliar administrativo na Diretoria de Enfermagem
Habilidades Interpessoais no trabalho
Noções de Direito Administrativo e Processo Administrativo Disciplinar
Sistema informatizado e relatórios estatísticos
Atendimento e cadastro de usuários
Faturamento
Gestão de Suprimentos

Treinamento de Integração

O IAPP entende que o treinamento de integração, também conhecido como socialização organizacional, sendo um processo de aprendizagem de curta duração que, mediante uma técnica ou uma combinação de procedimentos e que visa introduzir novos colaboradores em suas devidas funções de forma que compreendam os aspectos sócias, técnicos e culturais da organização, bem como conhecimentos e competências de forma a melhorar seu desempenho no cargo atual, é de suma importância, ainda que tenhamos a Educação Permanente

Muito ocorre de uma Organização Social iniciar a gestão de uma unidade hospitalar pública e manter colaboradores da gestão anterior. Dentro desta perspectiva, também se faz necessário o treinamento de integração, tendo em vista que haverá uma nova cultura sendo inserido no ambiente de trabalho.

Realização do Programa de Integração

O IAPP sugere um Programa de Integração de pelo menos 2 dias, onde serão apresentados conteúdos informativos do funcionamento de diversos setores da unidade.

Conteúdos sugeridos:

- Recepção de Boas Vindas com apresentação dos Diretores e Coordenadores;

- Tour pela unidade;

- Breve história da Saúde Pública no Brasil e princípios do SUS;

- Processos relacionados a segurança do trabalho e Biossegurança;

- Características institucionais e físicas da unidade;

- Processos e fluxos do Departamento Pessoal, Hierarquias, Legislação Trabalhista, Organogramas e Fluxogramas da unidade.

- Direitos e deveres dos colaboradores da unidade;

- Relacionamento Interpessoal e etiqueta profissional;

- Apresentação do Manual de Normas e Rotinas do setor de trabalho, onde o profissional terá o descritivo das atividades desenvolvidas no setor que este prestará serviço.

Espera-se que com o Programa de Integração todos os funcionários contratados da unidade sintam-se acolhidos e demonstrem seu aprendizado na prática cotidiana, no atendimento e assistência; mantenham-se qualificados dentro das diretrizes institucionais e fundamentados pelos princípios do SUS, trazendo benefícios para a instituição, retendo e motivando o profissional a dedicar-se ao trabalho reconhecendo a instituição como uma aliada na sua ascensão profissional e pessoal.

4.3.2 – Programa de Saúde Ocupacional

O Programa de Saúde Ocupacional que o IAPP desenvolve tem por finalidade estabelecer diretrizes para implementar medidas de proteção à segurança e à saúde de seus colaboradores em todas as esferas, ou seja, todos que exerçam atividades em edificações relacionadas com a promoção e assistência à saúde serão inseridos neste programa.

Riscos biológicos

A probabilidade de exposição ocupacional a agentes biológicos é considerada Risco Biológico, o qual será dividido em duas categorias:

a) A exposição deriva da atividade laboral, diante da manipulação direta de agentes biológicos como objeto principal do trabalho. É considerada exposição com intenção deliberada.

b) A exposição deriva da atividade laboral, porém não existe manipulação direta de agentes biológicos como objeto principal do trabalho.

Esta diferenciação possibilita condicionar o método de análise dos riscos e as medidas de proteção que serão adotadas.

O que são agentes biológicos?

Definimos como agentes biológicos os micro-organismo, geneticamente modificados ou não, os parasitas, as toxinas, os príons e as culturas de células, podendo, assim, serem subdivididos em:

I – Micro-organismos, formas de vida de dimensões microscópicas, que causam danos à saúde humana. Incluem-se bactérias, fungos, alguns parasitas (protozoários) e vírus;

II – Micro-organismos geneticamente modificados, que tiveram seu material genético alterado por meio de técnicas de biologia molecular;

III - Culturas de células de organismos multicelulares nutriente e em condições de esterilidade que podem causar danos à saúde humana quando contiverem agentes biológicos patogênicos;

IV - Parasitas, organismos que sobrevivem e se desenvolvem às expensas de hospedeiro, unicelulares ou multicelulares;

V - Toxinas, substâncias secretadas (exotoxinas) ou liberadas (endotoxinas) por alguns microrganismos e que causam danos à saúde humana, podendo até provocar a morte;

VI - Príons, estruturas proteicas alteradas relacionadas como agentes etiológicos das diversas formas de encefalite espongiforme - exemplo: a forma bovina, vulgarmente conhecida por mal da vaca louca, que, atualmente, não é considerada de risco relevante para os servidores dos serviços de saúde;

VII - diversos animais e plantas produzem ainda substâncias alergênicas, irritativas e tóxicas com as quais os servidores entram em contato, como pelos e pólen, ou por picadas e mordeduras.

Características das Classes de Risco dos agentes

A classificação é importante porque, por exemplo, em laboratórios onde são manipulados agentes das classes 2 e 3 o nível de contenção adotado deverá ser maior.

À priori é preciso identificar os riscos mais prováveis de acordo com a localização geográfica e a característica do serviço de saúde e seus setores.

Deve-se então considerar:

1) Fontes de exposição e reservatórios:

As fontes de exposição incluem pessoas, animais, objetos ou substâncias que abrigam agentes biológicos, a partir dos quais torna-se possível à transmissão a hospedeiro ou a reservatório;

A identificação da fonte de exposição e do reservatório é fundamental para se estabelecerem as medidas de proteção a ser adotadas. Por exemplo, a necessidade de utilizar máscara de proteção para doentes portadores de tuberculose pulmonar e a higienização das mãos após procedimentos como a troca de fraldas em unidades de neonatologia para diminuir o risco de transmissão de Hepatite A;

2) Vias de transmissão e de entrada:

Via de transmissão é o percurso feito pelo agente biológico a partir da fonte de exposição até o hospedeiro.

A transmissão pode ocorrer das seguintes formas:

- Direta: transmissão do agente biológico sem a intermediação de veículos ou vetores.

Exemplos: transmissão aérea por bioaerossóis, transmissão por gotículas e contato com a mucosa dos olhos; e

- Indireta: transmissão do agente biológico por meio de veículos ou vetores.

Exemplos: transmissão por meio de mãos, perfurocortantes, luvas, roupas, instrumentos, vetores, água, alimentos e superfícies;

A entrada pode ser por:

- Via cutânea (por contato direto com a pele);

- Parenteral (por inoculação intravenosa, intramuscular, subcutânea);

- Contato direto com as mucosas, por via respiratória (por inalação); e

- Via oral (por ingestão);

Identificar a via de transmissão e de entrada é de extrema importância para adotarmos medidas de proteção adequadas.

3) Transmissibilidade, patogenicidade e virulência do agente:

- Transmissibilidade é a capacidade de transmissão de um agente a um hospedeiro.

- Patogenicidade dos agentes biológicos é a sua capacidade de causar doença hospedeiro suscetível;

- Virulência é o grau de agressividade do agente biológico, ou seja, a alta virulência do agente pode levar à forma grave ou fatal da doença. É à capacidade do agente invadir, manter-se, proliferar, superar as defesas e, em alguns casos, produzir toxinas;

4) Persistência do agente biológico no ambiente

- É a capacidade de o agente permanecer no ambiente, mantendo a possibilidade de causar doença.

- É fator importante na avaliação do risco de exposição e de proteção do servidor.

As informações necessárias serão obtidas através da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e da unidade de prontuários e estatística.

Implementação do Programa

Todas as unidades que estiverem sob o cuidado do IAPP, obrigatoriamente, independentemente da quantidade de funcionários ou do grau de risco de sua atividade, deverão implementar o programa.

Os servidores potencialmente expostos devem ter acompanhamento de saúde com especificidade para o risco a que estão submetidos. Sendo realizados periodicamente a anamnese clínica e ocupacional, exames físicos e exames complementares.

Vacinação

O monitoramento da vacinação dos funcionários dar-se-á mediante uma tabela feita em programa informatizado contendo as diretrizes abaixo:

a) vacinações obrigatórias;

b) vacinações indicadas, quando for o caso;

c) informações sobre as vantagens, os efeitos colaterais e os riscos decorrentes da recusa;

d) local de aplicação;

e) condições de conservação e transporte;

f) responsável e condições de aplicação;

g) comprovantes de aplicação e recusa; e

Sempre que houver transferência permanente ou ocasional de um servidor para outro posto de trabalho, que implique mudança de risco, esta deve ser comunicada de

imediato ao médico coordenador ou responsável do novo ambiente, além de verificada a ficha de vacinação do colaborador.

Medidas a serem adotadas para diagnóstico, acompanhamento e prevenção de doenças:

- Descontaminação do local de trabalho;

- Tratamento médico de emergência para os servidores;

- Identificação dos responsáveis pela aplicação das medidas pertinentes;

- Relação dos estabelecimentos de saúde que podem prestar assistência aos servidores; e

- Formas de remoção para atendimento dos servidores.

- Em toda ocorrência de acidente envolvendo riscos biológicos, com ou sem afastamento do servidor, deve ser emitida a Comunicação de Acidente em Serviço - CEAT.

- Os acidentes com material biológico devem ser considerados emergências, tendo em vista que os resultados do tratamento profilático são mais eficientes quando o atendimento e a adoção das medidas pertinentes ocorrem no menor prazo possível após o acidente.

Medidas de proteção:

I - Redução do contato dos colaboradores, evitando-se procedimentos desnecessários;

II - Afastamento temporário dos colaboradores com possibilidade de transmitir agentes biológicos;

III - Eliminação de plantas presentes nos ambientes de trabalho;

IV - Eliminação de outras fontes e reservatórios, não permitindo o acúmulo de resíduos e higienização, substituição ou descarte de equipamentos, instrumentos, ferramentas e materiais contaminados;

V - Restrição do acesso de visitantes e terceiros que possam representar fonte de exposição;

VI - Manutenção do agente restrito à fonte de exposição ou ao seu ambiente imediato, por meio do uso de sistemas fechados e recipientes fechados, enclausuramento, ventilação local exaustora, cabines de segurança biológica, segregação de materiais e resíduos, dispositivos de segurança em perfurocortantes e recipientes adequados para descarte destes perfurocortantes;

VII - Planejamento e implantação dos processos e procedimentos de recepção, manipulação e transporte de materiais, visando à redução da exposição aos agentes;

VIII - Planejamento do fluxo de pessoas de forma a reduzir a possibilidade de exposição;

IX - Redução da concentração do agente no ambiente: isolamento de pacientes, definição de enfermarias para pacientes com a mesma doença, concepção de ambientes com pressão negativa, instalação de ventilação geral diluidora;

X - Realização de procedimentos de higienização e desinfecção do ambiente, dos materiais e dos equipamentos;

XI - Realização de procedimentos de higienização e desinfecção das vestimentas; e

XII - Implantação do gerenciamento de resíduos e do controle integrado de pragas e vetores.

XIII - proteção das vias de entrada do organismo (por meio do uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPIs) respiratória, pele, mucosas; e

XIV - Implementação de medidas de proteção específicas e adaptadas aos servidores do serviço de saúde, bem como àqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde com maior suscetibilidade (gestantes, servidores alérgicos, portadores de doenças crônicas).

- Em caso de exposição acidental ou incidental, medidas de proteção devem ser adotadas imediatamente, mesmo que não previstas no Programa.

- A manipulação em ambiente laboratorial deve seguir as orientações contidas na publicação do Ministério da Saúde - Diretrizes Gerais para o Trabalho em Contenção com Material Biológico, correspondentes aos respectivos microrganismos.

Trabalho em contenção que utilize materiais biológicos:

- Todo local em que exista possibilidade de exposição ao agente biológico deve ter lavatório exclusivo para higiene das mãos provido de água corrente, sabonete líquido, toalha descartável e lixeira provida de sistema de abertura sem contato manual.

- Os quartos, ou enfermarias, destinados ao isolamento de pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas devem conter lavatório em seu interior.

- O uso de luvas não substitui o processo de lavagem das mãos, o que deve ocorrer, no mínimo, antes e depois do uso das mesmas.

Os colaboradores com feridas ou lesões nos membros superiores só podem iniciar suas atividades após avaliação médica obrigatória com emissão de documento de liberação para o trabalho.

A fim de evitar maiores problemas relacionados à saúde de seus colaboradores, o IAPP proíbe o uso de adornos (brincos, anéis, piercings e etc) no ambiente de trabalho,

bem como consumir ou guardar alimentos e bebidas em locais que não sejam destinados a este fim.

Calçados abertos, aqueles que deixam em exposição a região do calcâneo, do dorso ou da lateral do pé, não podem ser utilizados no ambiente de trabalho.

Todos os EPIs devem ser retirados ao se ausentar do posto de trabalho e, descartáveis ou não, deverão estar à disposição em número suficiente nos postos de trabalho, de forma que seja garantido o seu imediato fornecimento ou reposição.

Capacitação

A capacitação deve ser adaptada à evolução do conhecimento e à identificação de novos riscos biológicos e deve incluir:

a) Os dados disponíveis sobre riscos potenciais para a saúde;

b) Medidas de controle que minimizem a exposição aos agentes;

c) Normas e procedimentos de higiene;

d) Utilização de equipamentos de proteção coletiva, individual e vestimentas de trabalho;

e) Medidas para a prevenção de acidentes e incidentes; e

f) Medidas a ser adotadas pelos servidores no caso de ocorrência de incidentes e acidentes.

g) Os principais focos de atenção devem ser o surgimento ou identificação de novos problemas de saúde e novos agentes infecciosos e a mudança no comportamento epidemiológico de doenças já conhecidas, incluindo a introdução de agentes já conhecidos em novas populações de hospedeiros suscetíveis, como, por exemplo, servidores imunodeprimidos.

h) Sempre que ocorrer mudança das condições de exposição dos servidores aos agentes biológicos;

i) Alterações nas condições de trabalho, tais como a introdução de novos equipamentos, a alteração de procedimentos de trabalho, a implementação de novas medidas de segurança e a troca de posto de trabalho, determinam mudanças nas condições de exposição dos servidores do serviço de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde, sendo então necessária capacitação para atender a esta nova condição.

j) Em todo local em que exista a possibilidade de exposição a agentes biológicos, devem ser fornecidas aos servidores instruções escritas, em linguagem acessível, das rotinas realizadas no local de trabalho e medidas de prevenção de acidentes, doenças profissionais e do trabalho.

Comunicação

A comunicação deve ser ágil, eficiente e eficaz de ocorrências envolvendo agentes biológicos, tanto por parte dos colaboradores do IAPP quanto por parte dos dirigentes.

Materiais

- Os colchões, colchonetes e demais almofadados devem ser revestidos de material lavável e impermeável, permitindo desinfecção e fácil higienização.

- O revestimento não pode apresentar furos, rasgos, sulcos ou reentrâncias.

- Os colaboradores que utilizarem objetos perfurocortantes devem ser os responsáveis pelo seu descarte.

- O processo de trabalho, durante a utilização de objetos com características perfurocortantes, deve ser considerado como finalizado somente após o descarte seguro dos mesmos.

Estudos demonstram que 41% (quarenta e um por cento) dos acidentes ocorrem após o uso e antes do descarte, 39% (trinta e nove por cento) durante o uso do produto e 16% (dezesseis por cento) após o descarte. Dessa forma, 80% (oitenta por cento) dos acidentes ocorrem sob a responsabilidade do profissional que está realizando o procedimento, ou seja, o próprio colaborar é capaz de prevenir situações de risco.

Os ferimentos com perfurocortantes estão primariamente associados à transmissão ocupacional dos vírus da Hepatite B (HBV), Hepatite C (HCV) e HIV. Após acidente com agulha contaminada com o agente estima-se que o risco de contaminação com o vírus da Hepatite B (HBV) é de 6 a 30%, com o vírus da Hepatite C (HCV) é de 0,5 a 2% e, com o vírus da AIDS (HIV), é de 0,3 a 0,4%.

Diante desses dados, faz-se necessário assegurar o uso de materiais perfurocortantes com dispositivo de segurança, conforme cronograma a ser estabelecido pela Comissão Tripartite Permanente Nacional.

Riscos Químicos

A fim de evitar problemas com componentes químicos, ficam obrigatórias as diretrizes a seguir:

- Deve ser mantida a rotulagem do fabricante na embalagem original dos produtos químicos utilizados em serviços de saúde.

- Todo recipiente contendo produto químico manipulado ou fracionado deve ser identificado, de forma legível, por etiqueta com o nome do produto, composição química, sua concentração, data de envase e de validade, e nome do responsável pela manipulação ou fracionamento.

- É vedado o procedimento de reutilização das embalagens de produtos químicos.

- Deve haver local apropriado para a manipulação ou fracionamento de produtos químicos que impliquem riscos à segurança e saúde do trabalhador.

- É vedada a realização de procedimentos em qualquer local que não o apropriado para este fim, exceto a preparação, ou associação de medicamento para a administração imediata aos pacientes.

- O local deve dispor, no mínimo, de:

I. Sinalização gráfica de fácil visualização para identificação do ambiente;

II. Equipamentos que garantam a concentração dos produtos químicos no ar abaixo dos limites de tolerância estabelecidos;

III. Equipamentos que garantam a exaustão dos produtos químicos de forma a não potencializar a exposição de qualquer colaborador, envolvido ou não, no processo de trabalho, não devendo ser utilizado o equipamento tipo coifa;

IV. Chuveiro e lava-olhos, os quais deverão ser acionados e higienizados semanalmente;

V. Equipamentos de proteção individual, adequados aos riscos, à disposição dos trabalhadores;

VI. Sistema adequado de descarte.

- A manipulação ou fracionamento dos produtos químicos deve ser feito por profissional qualificado.

- O transporte de produtos químicos deve ser realizado considerando os riscos à segurança e saúde do trabalhador e ao meio ambiente.

- Nos locais onde se utilizam e armazenam produtos infl amáveis, o sistema de prevenção de incêndio deve prever medidas especiais de segurança e procedimentos de emergência.

- As áreas de armazenamento de produtos químicos devem ser ventiladas e sinalizadas.

- Devem ser previstas áreas de armazenamento próprias para produtos químicos incompatíveis.

Gases Medicinais

Na movimentação, transporte, armazenamento, manuseio e utilização dos gases, bem como na manutenção dos equipamentos, devem ser observadas as recomendações do fabricante, desde que compatíveis com as disposições da legislação vigente.

As recomendações do fabricante, sempre em português, devem ser mantidas no local de trabalho à disposição dos trabalhadores e da inspeção do trabalho.

É vedado:

I - A utilização de equipamentos em que se constate vazamento de gás;

II - Submeter equipamentos a pressões superiores àquelas para as quais foram projetados;

III - A utilização de cilindros que não tenham a identifi cação do gás e a válvula de segurança;

IV - A movimentação dos cilindros sem a utilização dos equipamentos de proteção individual adequados;

V - A submissão dos cilindros a temperaturas extremas;

VI - A utilização do oxigênio e do ar comprimido para fins diversos aos que se destinam;

VII - O contato de óleos, graxas, hidrocarbonetos ou materiais orgânicos similares com gases oxidantes;

VIII - A utilização de cilindros de oxigênio sem a válvula de retenção ou o dispositivo apropriado para impedir o fluxo reverso;

IX - A transferência de gases de um cilindro para outro, independentemente da capacidade dos cilindros;

X - O transporte de cilindros soltos, em posição horizontal e sem capacetes.

Os cilindros contendo gases inflamáveis, tais como hidrogênio e acetileno, devem ser armazenados a uma distância mínima de oito metros daqueles contendo gases oxidantes, tais como oxigênio e óxido nitroso, ou através de barreiras vedadas e resistentes ao fogo.

Para o sistema centralizado de gases medicinais devem ser fixadas placas, em local visível, com caracteres indeléveis e legíveis, com as seguintes informações:

I - Nominação das pessoas autorizadas a terem acesso ao local e treinadas na operação e manutenção do sistema;

II - Procedimentos a serem adotados em caso de emergência;

III - Número de telefone para uso em caso de emergência;

IV - Sinalização alusiva a perigo.

Medicamentos e Drogas de Risco

Consideram-se medicamentos e drogas de risco aquelas que possam causar genotoxicidade, carcinogenicidade, teratogenicidade e toxicidade séria e seletiva sobre órgãos e sistemas.

Todos os equipamentos utilizados para a administração dos gases ou vapores anestésicos devem ser submetidos à manutenção corretiva e preventiva, dando-se especial atenção aos pontos de vazamentos para o ambiente de trabalho, buscando sua eliminação.

A manutenção consiste, no mínimo, na verificação dos cilindros de gases, conectores, conexões, mangueiras, balões, traquéias, válvulas, aparelhos de anestesia e máscaras faciais para ventilação pulmonar.

O programa e os relatórios de manutenção devem constar de documento próprio que deve ficar à disposição dos colaboradores diretamente envolvidos e da fiscalização do trabalho.

Os locais onde são utilizados gases ou vapores anestésicos devem ter sistemas de ventilação e exaustão, com o objetivo de manter a concentração ambiental sob controle, conforme previsto na legislação vigente.

Toda profissional gestante só será liberada para o trabalho em áreas com possibilidade de exposição a gases ou vapores anestésicos após autorização por escrito do médico responsável.

Resíduos

O IAPP irá capacitar, inicialmente e de forma continuada, os colaboradores nos seguintes assuntos:

I - Segregação, acondicionamento e transporte dos resíduos;

II - Definições, classificação e potencial de risco dos resíduos;

III - Sistema de gerenciamento adotado internamente no estabelecimento;

IV - Formas de reduzir a geração de resíduos;

V - Conhecimento das responsabilidades e de tarefas;

VI - Reconhecimento dos símbolos de identifi cação das classes de resíduos;

VII - Conhecimento sobre a utilização dos veículos de coleta;

VIII - Orientações quanto ao uso de Equipamentos de Proteção Individual – EPIs.

Os sacos plásticos utilizados no acondicionamento dos resíduos de saúde devem atender ao disposto na NBR 9191 e ainda ser:

I - Preenchidos até 2/3 de sua capacidade;

II - Fechados de tal forma que não se permita o seu derramamento, mesmo que virados com a abertura para baixo;

III - Retirados imediatamente do local de geração após o preenchimento e fechamento;

IV - Mantidos íntegros até o tratamento ou a disposição final do resíduo.

A segregação dos resíduos deve ser realizada no local onde são gerados, devendo ser observado que:

I - Sejam utilizados recipientes que atendam as normas da ABNT, em número sufi ciente para o armazenamento;

II - Os recipientes estejam localizados próximos da fonte geradora;

III - Os recipientes sejam constituídos de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e que sejam resistentes ao tombamento;

IV - Os recipientes sejam identificados e sinalizados segundo as normas da ABNT.

Os recipientes existentes nas salas de cirurgia e de parto não necessitam de tampa para vedação.

Para os recipientes destinados a coleta de material perfurocortante, o limite máximo de enchimento deve estar localizado 5 cm abaixo do bocal.

O recipiente para acondicionamento dos perfurocortantes deve ser mantido em suporte exclusivo e em altura que permita a visualização da abertura para descarte.

O transporte manual do recipiente de segregação deve ser realizado de forma que não exista o contato do mesmo com outras partes do corpo, sendo vedado o arrasto.

Sempre que o transporte do recipiente de segregação possa comprometer a segurança e a saúde do trabalhador, devem ser utilizados meios técnicos apropriados, de modo a preservar a sua saúde e integridade física.

Condições de Conforto por Ocasião das Refeições

Os estabelecimentos com até 300 trabalhadores devem ser dotados de locais para refeição, que atendam aos seguintes requisitos mínimos:

I - Localização fora da área do posto de trabalho;

II - Piso lavável;

III - Limpeza, arejamento e boa iluminação;

IV - Mesas e assentos dimensionados de acordo com o número de trabalhadores por intervalo de descanso e refeição;

V- Lavatórios instalados nas proximidades ou no próprio local;

VI - Fornecimento de água potável;

VII - Possuir equipamento apropriado e seguro para aquecimento de refeições.

VIII - Lavatórios para higiene das mãos devem ser providos de papel toalha, sabonete líquido e lixeira com tampa, de acionamento por pedal.

Lavanderias

A lavanderia deve possuir duas áreas distintas, sendo uma considerada suja e outra limpa, devendo ocorrer na primeira o recebimento, classifi cação, pesagem e lavagem de roupas, e na segunda a manipulação das roupas lavadas.

Independente do porte da lavanderia, as máquinas de lavar devem ser de porta dupla ou de barreira, em que a roupa utilizada é inserida pela porta situada na área suja, por um operador e, após lavada, retirada na área limpa, por outro operador.

A comunicação entre as duas áreas somente é permitida por meio de visores ou intercomunicadores.

A calandra deve ter:

I - Termômetro para cada câmara de aquecimento, indicando a temperatura das calhas ou do cilindro aquecido;

II - Termostato;

III - Dispositivo de proteção que impeça a inserção de segmentos corporais dos trabalhadores junto aos cilindros ou partes móveis da máquina.

As máquinas de lavar, centrífugas e secadoras devem ser dotadas de dispositivos eletromecânicos que interrompam seu funcionamento quando da abertura de seus compartimentos.

Limpeza e Conservação

Os colaboradores que realizam a limpeza dos serviços de saúde devem ser capacitados, inicialmente e de forma continuada, quanto aos princípios de higiene pessoal, risco biológico, risco químico, sinalização, rotulagem, EPI, EPC e procedimentos em situações de emergência.

A comprovação da capacitação deve ser mantida no local de trabalho, à disposição da inspeção do trabalho.

Para as atividades de limpeza e conservação, cabe ao empregador, no mínimo:

I - Providenciar carro funcional destinado à guarda e transporte dos materiais e produtos indispensáveis à realização das atividades;

II - Providenciar materiais e utensílios de limpeza que preservem a integridade física do trabalhador;

II - Proibir a varrição seca nas áreas internas;

III - Proibir o uso de adornos.

Manutenção de Máquinas e Equipamentos

Os colaboradores que realizam a manutenção, além do treinamento específico para sua atividade, devem também ser submetidos a capacitação inicial e de forma continuada, com o objetivo de mantê-los familiarizados com os princípios de:

I - Higiene pessoal;

II - Riscos biológico (precauções universais), físico e químico;

III - Sinalização;

IV - Rotulagem preventiva;

V - Tipos de EPC e EPI, acessibilidade e seu uso correto.

As empresas que prestam assistência técnica e manutenção nos serviços de saúde devem cumprir o disposto para os colaboradores.

Todo equipamento deve ser submetido à prévia descontaminação para realização de manutenção.

Na manutenção dos equipamentos, quando a descontinuidade de uso acarrete risco à vida do paciente, devem ser adotados procedimentos de segurança visando a preservação da saúde do colaborador.

As máquinas, equipamentos e ferramentas, inclusive aquelas utilizadas pelas equipes de manutenção, devem ser submetidos à inspeção prévia e às manutenções preventivas de acordo com as instruções dos fabricantes, com a norma técnica oficial e legislação vigentes.

A inspeção e a manutenção devem ser registradas e estar disponíveis aos trabalhadores envolvidos e à fiscalização do trabalho.

As empresas que prestam assistência técnica e manutenção nos serviços de saúde devem seguir as mesmas diretrizes.

O IAPP estabelecerá um cronograma de manutenção preventiva do sistema de abastecimento de gases e das capelas, devendo manter um registro individual da mesma, assinado pelo profissional que a realizou.

Os equipamentos e meios mecânicos utilizados para transporte devem ser submetidos periodicamente à manutenção, de forma a conservar os sistemas de rodízio em perfeito estado de funcionamento.

Os dispositivos de ajuste dos leitos devem ser submetidos à manutenção preventiva, assegurando a lubrificação permanente, de forma a garantir sua operação sem sobrecarga para os colaboradores.

Os sistemas de climatização devem ser submetidos a procedimentos de manutenção preventiva e corretiva para preservação da integridade e eficiência de todos os seus componentes.

Disposições Gerais

Os serviços de saúde devem:

I - Atender as condições de conforto relativas aos níveis de ruído previstas na NB 95 da ABNT;

II - Atender as condições de iluminação conforme NB 57 da ABNT;

III - Atender as condições de conforto térmico previstas na RDC 50/02 da ANVISA;

IV - Manter os ambientes de trabalho em condições de limpeza e conservação.

No processo de elaboração e implementação desse programa devem ser consideradas as atividades desenvolvidas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitala da unidade.

Antes da utilização de qualquer equipamento, os operadores devem ser capacitados quanto ao modo de operação e seus riscos.

Os manuais do fabricante de todos os equipamentos e máquinas, impressos em língua portuguesa, devem estar disponíveis aos trabalhadores envolvidos.

É vedada a utilização de material médico-hospitalar em desacordo com as recomendações de uso e especificações técnicas descritas em seu manual ou em sua embalagem.

Em todo serviço de saúde deve existir um programa de controle de animais sinantrópicos, o qual deve ser comprovado sempre que exigido pela inspeção do trabalho.

As cozinhas devem ser dotadas de sistemas de exaustão e outros equipamentos que reduzam a dispersão de gorduras e vapores, conforme estabelecido na NBR 14518.

Os postos de trabalho devem ser organizados de forma a evitar deslocamentos e esforços adicionais.

Em todos os postos de trabalho devem ser previstos dispositivos seguros e com estabilidade, que permitam aos trabalhadores acessar locais altos sem esforço adicional.

Nos procedimentos de movimentação e transporte de pacientes deve ser privilegiado o uso de dispositivos que minimizem o esforço realizado pelos colaboradores.

O transporte de materiais que possa comprometer a segurança e a saúde do trabalhador deve ser efetuado com auxílio de meios mecânicos ou eletromecânicos.

Os profissionais dos serviços de saúde devem ser:

I - Capacitados para adotar mecânica corporal correta, na movimentação de pacientes ou de materiais, de forma a preservar a sua saúde e integridade física;

II - Orientados nas medidas a serem tomadas diante de pacientes com distúrbios de comportamento.

O ambiente onde são realizados procedimentos que provoquem odores fétidos deve ser provido de sistema de exaustão ou outro dispositivo que os minimizem.

É vedado aos profissionais pipetar com a boca.

Todos os lavatórios e pias devem:

I - Possuir torneiras ou comandos que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água;

II - Ser providos de sabão líquido e toalhas descartáveis para secagem das mãos.

As edificações dos serviços de saúde devem atender ao disposto na RDC 50 de 21 de fevereiro de 2002 da ANVISA.

4.3.3 – Comissões

Comissão Gestora - Qualidade

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

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

O IAPP tem como proposta a implantação de um sistema de gestão da qualidade com a definição da identidade organizacional da Instituição, (negócio, missão, visão,

valores, competência essencial e slogan), bem como o desenho de um Planejamento Estratégico, através de metodologia específica e reuniões com as partes interessadas.

Dentro deste cenário, a Comissão de Qualidade será a disseminadora de orientações que, por meio de normas e diretrizes, promoverão o nível de excelência na unidade.

OBJETIVOS

A Comissão de Qualidade tem como objetivo concretizar que o serviço de saúde ofertado pelo IAPP seja a nível de excelência, e desta forma garantindo melhoria na qualidade do ambiente hospitalar.

COMPOSIÇÃO

ÁREA	**QUANTIDADE**
Diretoria	1
Gerência	1
Lideranças	1 de cada setor

MANDATO

O mandato será de 12 meses, podendo ser renovável conforme definição da Direção Administrativa em comum acordo com a Direção Técnica.

A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada através de portaria pela Direção Administrativa a cada dois anos em local visível e de fácil acesso bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

O presidente da comissão, assim como todos os membros, será nomeado pela Direção Administrativa da instituição bem como os cargos de vice-presidente e secretário.

No caso de substituição de um ou mais membros, cabe a Direção Administrativa em comum acordo com a Direção Técnica realizar novas nomeações através de portaria.

ATRIBUIÇÕES

- Estabelecer diretrizes que promovam a segurança dos pacientes;

- Fazer cumprir a resolução da Anvisa – RDC nº36, 25 de julho de 2013 – que estabelece a criação de Núcleos de Segurança do Paciente.

- Promover a qualidade indispensável ao atendimento dos pacientes.

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

As análises realizadas por essa comissão possuem caráter informativo, nunca punitivo, sempre focando nos processos, não nas pessoas.

O bom funcionamento desta comissão dar-se-á com coordenação, orientação, acompanhamento e avaliação da implementação do Programa de Qualidade. Manter o conselho de coordenação de gestão estratégica, permanentemente informado a respeito do andamento e da evolução das atividades do programa é de suma importância.

É imprescindível que seja incentivada a participação dos funcionários, buscando a contínua conscientização em prol da qualidade.

FREQUÊNCIA DAS REUNIÕES

As reuniões ordinárias acontecerão até o dia 5 de cada mês, e, quando necessário, será possível que qualquer membro da comissão convoque reunião de caráter extraordinário.

Ausência sem justificativa de um membro em três reuniões consecutivas ou seis reuniões não consecutivas no período de 12 meses gera sua exclusão automática.

As decisões são dadas por aprovação (votação aberta) da maioria, com voto de minerva do primeiro integrante a chegar na reunião.

A elaboração de atas é obrigatória.

Comissão de Revisão de Óbitos

A mortalidade hospitalar expressa o resultado do processo assistencial. No entanto, esse resultado sofre a interação de uma série de processos assistenciais e gerenciais extremamente complexos e cuja influência no resultado final é difícil de ser mensurado, tais como o estabelecimento de condutas sem o esclarecimento diagnóstico adequado, infecções hospitalares, uso inadequado de medicamentos, manutenção deficiente de equipamentos médicos e sistemas de infraestrutura, entre outros. Nas atividades diárias de uma instituição de saúde, inúmeras ações podem ser objeto de atenção e fonte de informação para processos de avaliação de qualidade e melhoria de desempenho, desta forma ajudando a reconhecer e sanar as falhas do processo assistencial.

COMPOSIÇÃO

ÁREA	QUANTIDADE
Corpo Clínico	1
Corpo Clínico	1
Corpo Clínico	1

OBJETIVOS

1. Avaliar a qualidade da assistência prestada a partir da análise dos óbitos na Unidade;

2. Detectar a ocorrência de eventos adversos (acidentes ou falhas operacionais) que podem comprometer a qualidade da assistência ou influir no curso da observação, indicando necessidade de revisão do processo assistencial e a avaliação do funcionamento da própria CRO.

3. Avaliar a adequação da história clínica de admissão, da evolução, da investigação diagnóstica desencadeada pela hipótese diagnóstica inicial e da terapêutica instituída.

MANDATO

O mandato será de 12 meses, podendo ser renovável conforme definição da Direção Administrativa em comum acordo com a Direção Técnica.

A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada através de portaria pela Direção Administrativa a cada dois anos em local visível e de fácil acesso bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

O presidente da comissão, assim como todos os membros, será nomeado pela Direção Administrativa da instituição bem como os cargos de vice-presidente e secretário.

No caso de substituição de um ou mais membros, cabe a Direção Administrativa em comum acordo com a Direção Técnica realizar novas nomeações através de portaria.

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Esta comissão funcionará com metodologia própria e formulários previamente desenvolvidos e expostos adiante.

A análise dos prontuários de óbitos das unidades dar-se-á pela utilização de instrumento específico de coleta de dados com padronização das variáveis;

Todos os impressos preenchidos com a análise dos óbitos serão digitados em um banco de dados formado pelas variáveis coletadas e o banco de cada ano será identificado em arquivo separado.

BOLETIM DE INVESTIGAÇÃO (modelo abaixo)

BOLETIM DE INVESTIGAÇÃO CRO COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITO		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Nome_____		
DN____/____/_____	Sexo: M( ) F( )	Idade_____
RG_____		
Filiação _____		
Especialidade: Clínica Médica ( ) Pediatria( )		
Data de Admissão____/____/____		
FONTES DE INFORMAÇÃO		
1. ( )AIH		
2. ( ) Relatório de alta		
3. ( ) Declaração de óbito		
4. ( ) Anotações médicas		
5. ( ) Anotações de enfermagem.		
VARIÁVEIS ANALISADAS Autoexplicativas:		
Idade		
Sexo		
Data da internação		
Dia, data e hora do óbito.		
Diagnóstico de admissão		
Diagnóstico final e causa mortis		
Óbito antes do início do tratamento		
Óbito antes de 48 horas		

Acidentes ou falhas operacionais categorizadas	
Confirmação do diagnóstico: clínico (baseado na evolução clínica e resposta terapêutica), clínico laboratorial (confirmação diagnóstica baseada em resultados de exames de patologia clínica ou de imagens). Quando não há enquadramento em nenhum desses critérios é classificado como não confirmado;	
Anamnese adequada: inclui história da doença atual, história patológica pregressa, história familiar e história social colhida até 24 horas após a admissão, com dados completos de identificação;	
Exame físico adequado: registro de avaliação de todos os segmentos e sistemas.	
Evolução adequada: evolução médica e de enfermagem diária, constando hora e data, assinada e carimbada	
Exames complementares adequados: realização de exames compatíveis com o diagnóstico inicial ou o diagnóstico principal	
Terapêutica adequada: compatível com o diagnóstico inicial ou o diagnóstico principal	
Óbito desassistido: quando o óbito ocorre sem a presença de um profissional da equipe de saúde envolvida na assistência ao paciente	
Dia mais frequente	
Horário de predomínio.	
SETORES OU ESPECIALIDADES	
1. ( ) Emergência	
2. ( ) Clínica Médica	
3. ( ) Pediatria	
4. ( ) Observação Adulto/Pediátrica	
FALHAS OPERACIONAIS	
1. ( ) Não realização de exame solicitado	
2. ( ) Não realização de procedimento solicitado	

3. ( ) Falta de material médico-hospitalar	
4. ( ) Falta da hemoderivados	
5. ( ) Falta de medicação prescrita	
6. ( ) Erro na administração de medicação prescrita	
7. ( ) Falha em equipamento médico-hospitalar	
8. ( ) Não conformidade no resultado de exames	
9. ( ) Falta de preenchimento de impressos de rotina	
10.( ) Letra ilegível	
11.( ) Falta de assinatura e registro de conselho	
12.( ) Falta de vaga em setor crítico	
13.( ) Queda do leito	
14.( ) Formação de escaras	
15.( ) Perda de acesso venoso central	
16.( ) Perda de tubo orotraqueal ou traqueostomo	
17.( ) Perda de sondas (nasogástrica, nasoenteral, vesical)	
18.( ) Obstrução de vias aéreas por secreção	
19.( ) Extravio de material para exames.	
DIAGNOSTICOS	
1. ( ) Infarto Agudo do Miocárdio	
2. ( ) Acidente Vascular Cerebral	
3. ( ) Sepse	
4. ( ) Edema Agudo do Pulmão.	
5. ( ) Outros	
CLASSIFICACAO DO ÓBITO	
Não evitável - quando a patologia existente justifica a evolução fatal;	
Evitável - quando o óbito ocorrer por inadequação da terapêutica, da investigação ou das condições	

operacionais;	
Inconclusivo - quando não é possível o enquadramento nas categorias anteriores, devendo haver enquadramento em uma de nove justificativas definidas que caracterizam a causa da impossibilidade do avaliador chegar a uma conclusão.	
CONCLUSÃO DA CRO	

FREQUÊNCIA DE REUNIÕES

As reuniões ordinárias acontecerão até o dia 5 de cada mês, e, quando necessário, será possível que qualquer membro da comissão convoque reunião de caráter extraordinário.

Ausência sem justificativa de um membro em três reuniões consecutivas ou seis reuniões não consecutivas no período de 12 meses gera sua exclusão automática.

As decisões são dadas por aprovação (votação aberta) da maioria, com voto de minerva do primeiro integrante a chegar na reunião.

A elaboração de atas é obrigatória.

Comissão de revisão de prontuários

Para atender a resolução CFM N°. 1.638 de 10 de julho de 2002, onde é definido prontuário médico como um 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 será instituída a comissão de revisão de prontuários, um órgão de assessoria vinculado à Direção Administrativa da Instituição.

COMPOSIÇÃO

ÁREA	QUANTIDADE
Corpo Clínico	2
Direção Administrativa	2
SAME	1
Enfermagem	1

OBJETIVOS

Esta comissão objetiva a melhoria da elaboração dos prontuários clínicos, visando que, por meio destes, seja possível qualificar e, quando necessário, elevar o padrão de atendimento prestado pela equipe de saúde e o fornecimento de dados para elaboração de estudos e pesquisas para atingirmos o nível de excelência.

MANDATO

O mandato será de 12 meses, podendo ser renovável conforme definição da Direção Administrativa em comum acordo com a Direção Técnica.

A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada através de portaria pela Direção Administrativa a cada dois anos em local visível e de fácil acesso bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

O presidente da comissão, assim como todos os membros, será nomeado pela Direção Administrativa da instituição bem como os cargos de vice-presidente e secretário.

No caso de substituição de um ou mais membros, cabe a Direção Administrativa em comum acordo com a Direção Técnica realizar novas nomeações através de portaria.

ATRIBUIÇÕES

1. Avaliar os seguintes itens, obrigatoriamente:

a) Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exame complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento.
b) Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe.
c) Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora.
d) Normatizar o preenchimento das contra referências conforme orientação da Direção Clínica e Direção Técnica.
e) Criar e aprovar normas que regulamente o fluxo de prontuários da instituição.

f) Tipo de Alta.

2. Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.

3 – Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.

4 – Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.

5 – Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

6 – Desenvolver atividades de caráter técnico – cientifico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

7 - Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em reunião prévia.

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

FREQUÊNCIA DE REUNIÕES

As reuniões ordinárias acontecerão até o dia 5 de cada mês, e, quando necessário, será possível que qualquer membro da comissão convoque reunião de caráter extraordinário.

Ausência sem justificativa de um membro em três reuniões consecutivas ou seis reuniões não consecutivas no período de 12 meses gera sua exclusão automática.

As decisões são dadas por aprovação (votação aberta) da maioria, com voto de minerva do primeiro integrante a chegar na reunião.

A elaboração de atas é obrigatória.

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)

Esta comissão será um órgão de assessoria à Direção.

Infecção Hospitalar, também denominada institucional ou nosocomial, não se resume em infecção na corrente sanguínea adquirida no ambiente em questão, mas também qualquer infecção adquirida após a internação de um paciente em hospital, ou unidade de pronto atendimento, que se manifesta durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização.

COMPOSIÇÃO

ÁREA	QUANTIDADE
Corpo Clínico	1
Farmácia	1
Administrativo	1
Diretoria	1
Higienização	1
Enfermagem	1

Observações:

- Todos os membros deverão possuir ensino superior completo;

- Poderão compor a comissão, de forma complementar, membros de outros departamentos;

- A carga horária diária mínima, dos membros executores, deverá ser de 6h para o enfermeiro e 4h para os demais profissionais e deverão haver no mínimo 3 executores;

OBJETIVO

Desenvolver um conjunto de ações deliberadas e sistemáticas, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares, e assim, melhorar a qualidade da assistência prestada.

MANDATO

O mandato será de 12 meses, podendo ser renovável conforme definição da Direção Administrativa em comum acordo com a Direção Técnica.

A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada através de portaria pela Direção Administrativa a cada dois anos em local visível e de fácil acesso bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

O presidente da comissão, assim como todos os membros, será nomeado pela Direção Administrativa da instituição bem como os cargos de vice-presidente e secretário.

No caso de substituição de um ou mais membros, cabe a Direção Administrativa em comum acordo com a Direção Técnica realizar novas nomeações através de portaria.

ATRIBUIÇÕES

1. Elaborar, implantar, manter e avaliar um Programa de Controle de Infecções Hospitalares adequado às características e necessidades da instituição;

2. Implantar e manter sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares;

3. Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que

4. Propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-administrativas, visando limitar a disseminação de agentes nas infecções em curso no hospital, através de medidas de isolamento e precauções;

5. Orientar e supervisionar a aplicação das técnicas de esterilização, desinfecção, limpeza a antissepsia;

6. Notificar e acompanhar os casos de acidente com material biológico;

7. Cooperar com o núcleo de educação permanente e demais setores da unidade para a capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais no que diz respeito ao controle de infecções hospitalares e prevenção de acidentes;

8. Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios;

9. Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico hospitalares;

10. Cooperar com a ação de fiscalização do Serviço de Vigilância Sanitária do órgão estadual ou municipal de gestão do SUS, bem como fornecer prontamente as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades sanitárias competentes;

11. Notificar ao organismo de gestão estadual ou municipal do SUS os casos diagnosticados ou suspeitos de doenças sob vigilância epidemiológica, atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;

12. Notificar ao Serviço de Vigilância Sanitária do organismo de gestão estadual ou municipal do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e produtos industrializados;

13. Monitorar o controle de qualidade da água utilizada na instituição;

14. Alimentar os sistemas de informação do Hospital e da Unidade de Pronto Atendimento com os dados pertinentes à CCIH.

15. Ao Presidente ou Coordenador da CCIH:

a) Cumprir e fazer cumprir as determinações da CCIH aprovadas pela direção;

b) Representar a CCIH no órgão colegiado, deliberativo e formador de política da instituição, como por exemplo, os conselhos técnicos, independentemente da natureza da entidade mantenedora da instituição de saúde;

c) Convocar periodicamente as lideranças da instituição para tomadas de decisões de situações identificadas pela CCIH;

d) Promover a convocação e coordenar as reuniões, com os membros executores;

e) Assegurar atualização técnica e cientifica dos membros da CCIH;

f) Elaborar documentos, pareceres e relatórios pertinentes ao Controle das Infecções Hospitalares;

g) Indicar membros para a realização de estudos, levantamentos e emissões de pareceres necessários à consecução da finalidade da comissão.

16. Ao representante do Corpo Clínico:

a) Apoiar a implementação de ações de Controle de Infecção nas áreas específicas de sua responsabilidade;

b) Supervisionar a indicação e realização de procedimentos com risco em desenvolver Infecção Hospitalar;

c) Promover e participar de atividades de ensino e atualização baseado no Plano de Ação de Controle de Infecção Hospitalar;

d) Colaborar com a Elaboração do Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos;

e) Prestar assessoria técnica em relação ao uso de antimicrobianos;

f) Participar de eventos científicos referentes à área;

g) Participar da elaboração de relatórios da CCIH;

h) Participar do parecer técnico para aquisição de produtos médico-hospitalares.

17. Ao representante do Serviço de Enfermagem:

a) Colaborar para que haja adesão máxima do Serviço de Enfermagem à política de Controle de Infecções adotadas pela Instituição;

b) Participar da vigilância epidemiológica das infecções hospitalares;

c) Promover e participar de atividades técnico-científicas e atualização referente ao plano de ação de controle de Infecção Hospitalar, visando à melhoria da qualidade da assistência no serviço de enfermagem;

d) Supervisionar a indicação e realização de procedimentos com risco em desenvolver Infecção Hospitalar;

e) Emitir parecer técnico sobre produtos e equipamentos a serem adquiridos pela instituição;

f) Colaborar com a Elaboração do Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos;

g) Manter-se alerta quanto á saúde dos funcionários, realizando acompanhamento quando necessário;

h) Participar da elaboração de relatórios da CCIH;

i) Prestar assessoria técnica aos profissionais.

18. Ao representante da Farmácia:

a) Fornecer mensalmente o levantamento de consumo de antimicrobiano por clínica, especialidade e paciente;

b) Participar da definição da Política de utilização de medicamentos e produtos químicos, juntamente com a Comissão de Farmácia e Terapêutica;

c) Informar o uso adequado de produtos e medicamentos que visem a garantia da qualidade da assistência prestada;

d) Colaborar com a avaliação microbiológica e emitir Parecer Técnico sobre produtos químicos e medicamentos a serem adquiridos pela instituição;

e) Assegurar a qualidade das condições de armazenamento e prazo de validade de medicamentos e soluções germicidas;

f) Cuidar para que não interrompa o tratamento com antimicrobiano;

19. Ao representante da Administração:

a) Apoiar as ações de controle com vista à prevenção e controle de Infecção Hospitalar;

b) Estimular a comunidade hospitalar, quanto à adesão das atividades que visem prevenção e controle das IH, demonstrando, que são desejadas e necessárias à instituição;

c) Definir política de controle de qualidade (promover manutenção preventiva e periódica dos equipamentos; garantir a realização semestral da lavagem e desinfecção dos tanques da instituição);

20. Ao representante da Higienização

a) Apoiar as ações de controle com vista à prevenção e controle de Infecção Hospitalar;

b) Orientar e supervisionar a aplicação das técnicas desinfecção, limpeza e antissepsia da unidade hospitalar e equipamentos;

c) Participar da definição da Política de utilização de produtos químicos, juntamente com a Comissão de Farmácia e Terapêutica;

d) Colaborar com a Elaboração do Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos;

e) Manter-se alerta quanto á saúde dos funcionários, realizando acompanhamento quando necessário.

FUNCIONAMENTO e ORGANIZAÇÃO

A comissão será responsável pela Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares que consiste na observação ativa, sistemática e continua de ocorrências e de distribuição entre pacientes, hospitalizados ou não, além dos eventos e condições que afetam o risco de proliferação.

O método de Vigilância Epidemiológica deve atender às características do hospital e da UPA, à estrutura do pessoal e a natureza do risco da assistência, com base em critérios de magnitude, gravidade, redutibilidade das taxas ou custo.

Serão utilizados os métodos prospectivos, retrospectivos e transversais, visando determinar taxas de incidência ou prevalência. Além disso, serão realizados métodos de busca ativa de coleta de dados para Vigilância.

FREQUÊNCIA DE REUNIÕES

As reuniões ordinárias acontecerão até o dia 5 de cada mês, e, quando necessário, será possível que qualquer membro da comissão convoque reunião de caráter extraordinário.

Ausência sem justificativa de um membro em três reuniões consecutivas ou seis reuniões não consecutivas no período de 12 meses gera sua exclusão automática.

As decisões são dadas por aprovação (votação aberta) da maioria, com voto de minerva do primeiro integrante a chegar na reunião.

A elaboração de atas é obrigatória.

Comissão de Ética Médica

Em cumprimento à RESOLUÇÃO CFM n.º 1.657/2002, alterada parcialmente pela Resolução CFM nº 1.812/2007, O IAPP estabelecerá a implantação da Comissão de Ética Médica (CEM) com função sindicante, educativa e fiscalizadora do desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência.

COMPOSIÇÃO

DEPARTAMENTO	QUANTIDADE
Corpo Clínico	3
Corpo Clínico	3

Observações:

- Não poderão integrar a Comissão de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

- Metade da comissão será composta por membros efetivos e a outra metade é composta por membros suplentes.

MANDATO

Conforme alterado pela Resolução CFM n. 1.812/07, o mandato da Comissão de Ética será de até 30 (trinta) meses.

A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada através de portaria pela Direção Administrativa a cada três anos em local visível e de fácil acesso bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

O presidente da comissão, assim como todos os membros, será nomeado pela Direção Administrativa da instituição bem como os cargos de vice-presidente e secretário.

No caso de substituição de um ou mais membros, cabe a Direção Administrativa em comum acordo com a Direção Técnica realizar novas nomeações através de portaria.

ATRIBUIÇÕES

- 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;

- Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;

- Verificar se a instituição onde atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;

- Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;

- Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição onde atua;

- Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;

- Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição onde atua;

- Fornecer subsídios à Direção da instituição onde funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;

- Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

- Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;

- Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;

- Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;

- Orientar o público usuário da instituição de saúde onde atua sobre questões referentes à Ética Médica.

- A escolha dos membros da CEM será feita mediante eleição direta, dela participando os médicos que compõem o Corpo Clínico do estabelecimento, conforme previsto no Regimento Interno do Corpo Clínico, inscritos na condição de médico em situação regular com o Conselho Regional de Medicina.

- A convocação da eleição será feita pelo diretor clínico, por Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.

- A Comissão de Ética Médica será composta pelos candidatos que obtiverem o maior número de votos, de acordo com o número previsto para a sua composição.

OBJETIVOS

Esta comissão tem como objetivo primordial zelar pelo exercício ético dos profissionais de Medicina na Instituição, identificando as condições oferecidas pela mesma, para o desempenho das atividades profissionais e qualidade do atendimento dispensado à clientela, pela equipe médica.

FUNCIONAMENTO e ORGANIZAÇÃO

Esta comissão funcionará comunicando o Conselho Regional de Medicina, da forma como o mesmo solicita, sobre:

- Indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;

- O exercício ilegal da profissão;

- As irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;

- Práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica.

Além de organizar-se no formato aconselhado pelo CRM.

FREQUÊNCIA DE REUNIÕES

As reuniões ordinárias acontecerão a cada 60 dias, e, quando necessário, será possível que qualquer membro da comissão convoque reunião extraordinária.

Ausência sem justificativa de um membro em três reuniões consecutivas ou seis reuniões não consecutivas no período de 12 meses gera sua exclusão automática.

As decisões são dadas por aprovação (votação aberta) da maioria, com voto de minerva do primeiro integrante a chegar na reunião.

A elaboração de atas é obrigatória.

Comissão de Ética de Enfermagem

É um órgão supervisor da ética profissional na Instituição, representando os Conselhos Regional e Federal de Enfermagem.

COMPOSIÇÃO

ÁREA	QUANTIDADE
Enfermagem	3
Técnico/Auxiliar de enfermagem	2

Sendo que dois profissionais da enfermagem serão efetivos e um será suplente.

Entre os profissionais técnicos ou auxiliares de enfermagem, um será efetivo e o outro suplente.

É incompatível a condição de membro da CEE com a direção do órgão de enfermagem.

OBJETIVO

Educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à Ética Profissional de Enfermagem.

MANDATO

O tempo de duração de cada mandato será de 12 meses.

A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada através de portaria pela Direção Administrativa a cada dois anos em local visível e de fácil acesso bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

O presidente da comissão, assim como todos os membros, será nomeado pela Direção Administrativa da instituição bem como os cargos de vice-presidente e secretário.

No caso de substituição de um ou mais membros, cabe a Direção Administrativa em comum acordo com a Direção Técnica realizar novas nomeações através de portaria.

ATRIBUIÇÕES

- Garantir a conduta ética dos profissionais de enfermagem da Instituição através da análise das intercorrências notificadas por meio de denúncia formal e auditoria;

- Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem da Instituição;

- Colaborar com o COREN, no combate ao exercício ilegal da profissão e na tarefa de educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à ética dos profissionais de enfermagem.

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

As Comissões de Ética de Enfermagem exercem, por delegação do Conselho Regional de Enfermagem, atividades nos serviços de enfermagem das instituições de saúde com idoneidade, assumindo funções: educativas, consultivas, conciliadoras, e de orientação e vigilância quanto ao exercício ético e disciplinar dos profissionais de enfermagem vinculados a tais entes.

A Comissão de Ética em Enfermagem é vinculada ao COREN-SP e deve manter a sua autonomia em relação à Instituição onde atua, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação ao Profissional Enfermeiro Responsável Técnico ou a qualquer Gerência ou Diretoria de Enfermagem da Instituição.

A CEE deverá ser constituída através de eleição direta, convocada pela Comissão Eleitoral instalada pela Direção do Órgão de Enfermagem.

FREQUÊNCIA DE REUNIÕES

As reuniões ordinárias acontecerão a cada 60 dias, e, quando necessário, será possível que qualquer membro da comissão convoque reunião extraordinária.

Ausência sem justificativa de um membro em três reuniões consecutivas ou seis reuniões não consecutivas no período de 12 meses gera sua exclusão automática.

As decisões são dadas por aprovação (votação aberta) da maioria, com voto de minerva do primeiro integrante a chegar na reunião.

4.4 – Organização específica do serviço de farmácia

A fim de melhor entender os serviços prestados por uma farmácia de uso hospitalar, segue abaixo algumas definições:

Dispensação - ato de fornecimento e orientação ao consumidor de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos a título remunerado ou não.

Especialidade Farmacêutica - produto oriundo da indústria farmacêutica com registro no Ministério da Saúde e disponível no mercado.

Drogaria - estabelecimento de dispensação e comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos em suas embalagens originais.

Responsável Técnico - profissional habilitado inscrito no Conselho Regional de Farmácia, na forma da lei.

Produto - substância ou mistura de substâncias naturais (minerais, animais e vegetais) ou de síntese usada com finalidades terapêuticas, profiláticas ou de diagnóstico.

Armazenamento/Estocagem - procedimento que possibilita o estoque ordenado e racional de várias categorias de materiais e produtos.

Registro do produto - ato privativo do órgão competente do Ministério da Saúde destinado a comprovar o direito de fabricação do produto, submetido ao regime de vigilância sanitária.

Número de lote - designação impressa na etiqueta de um medicamento e de produtos submetidos ao regime de vigilância sanitária, que permita identificar o lote ou partida a que pertença.

Prazo validade do produto - data limite para utilização de um produto.

Produtos sujeitos a controle especial - medicamentos que contenham substâncias constantes das listas anexas à Portaria nº 344, de 12/05/98 e suas atualizações.

Notificação de Receita - documento padronizado destinado à notificação da prescrição de medicamentos sujeitos a controle.

IAPP Instituto de Apoio a Políticas Públicas	
DISPENSAÇÃO	
Especialidade: *Farmácia*	**POP : 023**

PROCEDIMENTO

1) Acolher o usuário;

2) Receber a receita e conferir, verificando se todos os campos obrigatórios estão devidamente preenchidos;

3) Checar com o paciente se necessita levar todos os medicamentos prescritos;

4) Separar os medicamentos. Anotar na receita do usuário as quantidades dispensadas; a data da dispensação e a rubrica do dispensador.

5) Verificar se o usuário está cadastrado no GEMM. Procedimento: a. Menu → Receita → Nova → Preencher campos nome e data de nascimento ou cartão SUS → Buscar paciente → Encontrar o paciente na nova janela que se abriu → Clicar na bolinha a direita; Obs.: Caso não esteja cadastrado, encaminhá-lo à recepção para providenciar cadastro.

6) Se for retorno da receita (uso contínuo). Procedimento: a. Menu → Receita → Completar → Inserir o número gerado na dispensação anterior → Pesquisar;

7) Digitar no sistema os campos obrigatórios: data da prescrição, local do receituário e n° do prescritor;

8) Digitar os medicamentos, conferindo os lotes físicos com os lotes do sistema, completando as quantidades prescritas e dispensadas de acordo com o tempo de tratamento exigido pela receita;

9) Adicionar cada medicamento prescrito e salvar a receita após o término da digitação dos medicamentos;

10) Em caso de uso contínuo, anotar o número fornecido pelo sistema na receita do usuário;

11) Conferir detalhadamente, junto com o paciente, cada medicamento que está sendo entregue e as respectivas quantidades. Orientar o paciente;

12) Verificar se o usuário tem dúvidas e esclarecê-las;

. Obs: Atentar para as apresentações disponibilizadas Erros na dispensação podem causar graves prejuízos aos usuários. Ao identificar um erro, solicitar que o usuário compareça na unidade ou solicitar visita imediata dos agentes comunitários de saúde para solucionar o problema.

RECOMENDAÇÕES

- Padronizar os procedimentos para adequada dispensação de medicamentos pelo sistema GEMM.

- A receita deve ser escrita de forma legível, sem rasuras e conter os seguintes dados obrigatórios de acordo com a Resolução n° 357, de 20 de Abril de 2001:

I. Nome completo do usuário;

II. Endereço do paciente ou a ficha familiar ou cartão SUS;

III. Nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dose ou concentração, forma farmacêutica, posologia e tempo de tratamento;

IV. Identificação do prescritor: nome do profissional com sua inscrição (carimbo ou identificação legível) no Conselho Regional, assinatura;

V. Identificação da unidade com endereço ou do consultório com endereço

VI. Data da emissão.

Ao identificar usuários com dificuldades de entender como o tratamento deve ser desenvolvido anotar o nome, ficha familiar e telefone para contato em caderno destinado para este fim, passando o caso para a enfermeira da equipe na qual o usuário está cadastrado.

O mesmo procedimento deve ser realizado caso identifique-se problemas de adesão aos tratamentos prescritos.

Além disso, os farmacêuticos devem avaliar a necessidade de um cuidado mais próximo com estes usuários, verificando a possibilidade de uma consulta farmacêutica ou visita domiciliar, a fim de auxiliar o usuário na adesão ao tratamento.

RECEBIMENTO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS	
Especialidade: *Farmácia*	**POP : 024**

PROCEDIMENTO

1) Receber os itens e documentos enviados, realizando uma conferência quantitativa, lote e validade de cada item recebido.

2) Ao identificar divergências, registrar no documento os itens não recebidos e repassar a informação para a gerência da unidade para que seja solucionado o problema.

3) Dar entrada do medicamento no sistema informatizado.

Instituto de Apoio a Políticas Públicas	
ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS	
Especialidade: *Farmácia*	**POP : 025**

PROCEDIMENTO

1) Separar os medicamentos mantidos em estoque e os da dispensação.

2) Separar os medicamentos por formas farmacêuticas (comprimidos, cremes, injetáveis e líquidos).

3) Organizar os medicamentos separados por forma farmacêutica em ordem alfabética de princípio ativo.

4) Dispor os medicamentos nas prateleiras no sentido vertical da coluna, utilizando as que possibilitem acesso sem necessidade de escada. As caixas pesadas deverão ser acondicionadas abaixo das prateleiras, apoiadas em pallets.

5) Organizar a farmácia facilitando o fluxo de entrega.

6) Armazenar os medicamentos termolábeis em geladeira, observando as orientações do fabricante: insulina, sulfadiazina de prata.

7) Controlar a temperatura da geladeira, anotando em uma planilha as temperaturas do momento, máximas e mínimas, nos períodos da manhã, tarde e noite. Ao identificar irregularidades de funcionamento da geladeira comunicar a coordenação

da unidade e acionar a manutenção. Providenciar armazenamento imediato dos termolábeis em outra geladeira disponível na Unidade, até o conserto.

8) Armazenar os medicamentos controlados em um armário de acesso restrito, que deve ser mantido trancado, coma chave guardada em local seguro na unidade de saúde. A disposição desses medicamentos no armário deverá seguir os mesmos critérios descritos nos itens acima.

9) Atualizar a planilha e alimentar o sistema informatizado.

OBSERVAÇÕES

- Para um armazenamento eficiente, os medicamentos devem estar dispostos de forma adequada para facilitar o acesso, a identificação, o manuseio e o controle.

- A farmácia deverá ser limpa duas vezes por dia.

- Não é permitido armazenar alimentos na farmácia, pois atraem insetos e roedores.

- Para os medicamentos termolábeis, a temperatura da geladeira deverá ser mantida entre 2ºC e 8ºC. Para evitar o congelamento da insulina é preciso armazená-la distante do freezer.

- Caso a insulina congele, deverá ser desprezada, pois se torna imprópria para a utilização.

- A temperatura da farmácia deverá atentar para ser de até 30º C, sendo medida e anotada em planilha diariamente pela manhã e às 15h00.

- A dispensação deverá estar preparada com os fracionamentos que possibilitem a rápida entrega do medicamento ao paciente no momento do atendimento. Os fracionamentos devem ser realizados de forma que seja possível a visualização do lote do medicamento e data de validade.

- Quando não estiverem visíveis, deverá ser colocada uma etiqueta de identificação.

MEDICAMENTOS DA PORTARIA 344	
Especialidade: *Farmácia*	**POP : 026**

PROCEDIMENTO

1) Acolher o usuário;

2) Analisar a receita, observar tipos de medicamentos, tipo de receita, data de emissão, posologia e quantidade prescrita;

3) Orientar o paciente sobre a maneira adequada da administração do medicamento.

4) Anotar nas receitas:

a. O nome de quem está dispensando;

b. Data;

c. Quantidade dispensada;

d. Preencher na 1ª na via da receita o nome, RG e telefone do responsável pela retirada do medicamento.

e. Anotar a identificação do registro

5) Dispensar;

6) Arquivar a documentação relativa à movimentação pelo período de 2 (dois) anos para o controle das autoridades sanitárias, conforme solicitado pela Portaria 344. Obs: Para Talidomida seguir o POP 27

7) Realizar uma contagem diária dos medicamentos para um maior controle.

8) Gerar o livro de medicamentos controlados todo 5º dia útil do mês, gravado em CD/Pen drive ou impresso.

9) As quantidades a serem dispensadas de medicamentos que se apresentarem em embalagens que não permitam o atendimento exato da quantidade prescrita deverão seguir o informe de "orientações sobre fracionamento de medicamentos".

10) Atualizar a planilha e alimentar o sistema informatizado

Obs: Atentar para as apresentações disponibilizadas

MEDICAMENTOS DA PORTARIA 344

Ácido Valpróico 250mg
Ácido Valpróico 250mg/5ml
Ácido Valpróico 500mg
Amitriptilina 25mg
Biperideno 2mg
Biperideno 5mg/ml
Carbamazepina 200mg
Carbamazepina 2% sol. oral
Carbonato de lítio 300mg
Clonazepan 2,5mg/ml
Clonazepan 2mg
Clorpromazina 100mg
Clorpromazina 25mg
Clorpromazina 4%
Clorpromazina 5mg/ml
Clorpromazina sol. oral
Diazepan 5mg

Diazepan 5mg/ml
Fenitoina 100mg
Fenitoina 50mg/ml
Fenobarbital 100mg
Fenobarbital 100mg/ml
Fenobarbital 4%
Fluxetina 20mg
Haloperidol 0,2%
Haloperidol 1mg
Haloperidol 5mg
Haloperidol 5mg/ml
Haloperidol Decanoato 50mg/ml
Imipramina 25mg
Levomepromazina 100mg
Levomepromazina 25mg
Levomepromazina 4%
Metilfenidato 10mg
Nortriptilina 25mg
Periciazina 4%
Sertralina 50mg
Talidomida 100mg

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

TALIDOMIDA	
Especialidade: *Farmácia*	**POP : 027**

PROCEDIMENTO

1) Acolher o usuário;

2) Analisar a receita quanto ao CID e proceder conforme orientações abaixo:

Doenças	CID
Hanseníase: reação hansênica tipo eritema nodoso ou tipo II	A 30
DST/AIDS: úlceras aftóides idiopáticas em pacientes portadores de HIV/AIDS	B 23.8
Doenças crônico-degenerativas: • lúpus eritematoso sistêmico • lúpus eritematoso discóide • lúpus eritematoso cutâneo subagudo • doença enxerto contra hospedeiro	M 32 L 93.0 L 93.1 T 86.0
Mieloma Múltiplo	C 90.0
Síndrome Mielodispásica (SMD) em pacientes refratários à eritropoetina: • Anemia refratária sem sideroblastos em anel • Anemia refratária com sideroblastos em anel • Anemia refratária não especificada	D 46.0 D 46.1 D 46.4

Verificar os documentos:

• Notificação de Receita de Talidomida em 2 vias, assinada pelo médico, contendo o número da notificação emitido pela vigilância sanitária (canto superior esquerdo) e ainda se o impresso foi realizado pela imprensa oficial de São Paulo (canto inferior esquerdo);

• Termo de Responsabilidade/Esclarecimento (Anexo V-A ou V-B da RDC 11/11, conforme o caso) em 3 vias, assinado pelo médico e pelo paciente. Lembrando que pacientes mulheres acima de 55 anos e homens devem apresentar o anexo V-A preenchido, enquanto que mulheres com idade inferior a 55 anos devem apresentar o anexo V-B preenchido.

Encaminhar o paciente à Unidade dispensadora de referência do Distrito, certificando-se da presença do farmacêutico, após conferência dos documentos. Se houver a ausência de algum documento, orientar o usuário.

O farmacêutico, no ato da dispensação do medicamento Talidomida, deverá preencher os campos existentes na embalagem secundária do referido medicamento e orientar o paciente sobre o uso correto, conforme a prescrição médica e os riscos relacionados.

Quanto a Notificação de Receita de Talidomida: a 1ª via será devolvida ao paciente devidamente carimbada e assinada pelo profissional farmacêutico, como comprovante da dispensação, e a 2ª via deverá ser retida pela unidade pública dispensadora.

Quanto ao termo de Responsabilidade/Esclarecimento: a 1ª via deverá permanecer no prontuário; a 2ª deverá ser arquivada na unidade; a 3ª via será devolvida para o paciente.

O farmacêutico da Unidade dispensadora somente poderá dispensar o medicamento Talidomida quando todos os itens da Notificação de Receita e do Termo de Responsabilidade/Esclarecimento estiverem devidamente preenchidos e legíveis.

Para os CIDs não autorizados pela RDC 11/11:

- Solicitar autorização à ANVISA através do DEVISA;

- Encaminhar para Departamento de Saúde - SMS.

- A solicitação deve estar acompanhada de:

• Formulário de Justificativa de Uso do Medicamento à Base de Talidomida

• 1cópia da Notificação de Receita;

• 1cópia de Estudos da literatura que comprovem a eficácia e segurança publicadas em revistas indexadas;

• Laudos e exames que comprovem o diagnóstico da doença

- Caso a continuidade do tratamento seja necessária, o prescritor deverá preencher, a cada nova solicitação de autorização, o Relatório de Evolução do Caso, acompanhado de cópia da Notificação de Receita de Talidomida.

- Estes documentos devem ser encaminhados ao DEVISA, aos cuidados do responsável para envio à ANVISA.

Observações:

• A ANVISA fará análise, aprovação e emissão da autorização à DEVISA.

• Caso seja aprovado ao DEVISA retransmitirá ao Distrito de referência – apoio da Assistência Farmacêutica – para informação ao paciente, prescritor e Unidade de Dispensação.

O DEVISA também comunicará o Departamento de Saúde – Assistência Farmacêutica – para liberação do medicamento à Unidade dispensadora.

• A dispensação do medicamento a base de Talidomida para estes casos deverá ocorrer mediante a apresentação da autorização emitida pela ANVISA, da Notificação de Receita de Talidomida preenchida pelo médico e do Termo Responsabilidade/Esclarecimento preenchido pelo paciente e pelo médico responsável pela prescrição.

3) O Livro de Controlado C3 (Talidomida) deverá ser "gerado" no sistema GEMM, a cada 3 meses, junto com o Mapa Trimestral.

4) Os documentos comprobatórios da movimentação de estoque do medicamento Talidomida deverão ser arquivados no estabelecimento pelo prazo de 10 anos, findo o qual poderão ser destruídos.

5) O estoque físico do medicamento a base de talidomida deve ser qualitativa e quantitativamente idêntico ao escriturado nos livros, bem como nos mapas e balanços anuais e trimestrais.

6) Os farmacêuticos das Unidades dispensadoras deverão imprimir e encaminhar trimestralmente a VISA Regional, até o dia 15 dos meses de Abril, Julho, Outubro e Janeiro de cada ano, o Mapa Trimestral Consolidado – MTC, com o registro das prescrições de medicamentos a base da substância Talidomida, em 3 vias.

7) Após o carimbo da autoridade sanitária competente, as vias do MTC terão o seguinte destino:

a) 1ª via será retida pela VISA Regional

b) 2 ª via será encaminhada à ANVISA pela VISA Regional

c) 3ª via será retida nas unidades públicas dispensadoras

8) O Mapa Trimestral Consolidado deverá ser arquivado pelo período de 2 (dois) anos.

9) Quando, por qualquer motivo, for interrompido o uso do medicamento à base de Talidomida, o prescritor e o dispensador devem orientar o paciente e/ou o seu responsável para que o devolva à unidade pública dispensadora.

10) As devoluções devem ser recebidas pelo farmacêutico, documentadas conforme Registro de Devolução de Talidomida pelo Paciente e enviadas para a autoridade sanitária competente a cada 3 meses, junto com o Mapa Trimestral Consolidado.

11) Os estoques do medicamento Talidomida destinados ao descarte deverão ser armazenados em local identificado, segregado, trancado com chave, devendo possuir registro da quantidade e localização, de modo a garantir a rastreabilidade.

12) O descarte do medicamento Talidomida deverá ser realizado exclusivamente por incineração.

OBSERVAÇÕES

- A Talidomida é um medicamento pertencente à lista C3 da Portaria Federal MS/SVS 344/98. Este medicamento somente poderá ser prescrito por médicos cadastrados na VISA e será dispensado exclusivamente nas farmácias do SUS, sendo proibido seu comércio.

- A regulamentação do medicamento Talidomida encontra-se na Resolução ANVISA RDC 11/2011. Para CID's autorizados no anexo III da RDC 11/2011 e atualizado na Resolução Anvisa RDC 50/2015 – Hanseníase, DST/AIDS, Doenças Crônico-Degenerativas, Mieloma Múltiplo e Síndrome Mielodisplásica (tabela Procedimento 1A) - a dispensação é imediata, quando apresentados os documentos necessários.

- Para CID's não previstos nessa Resolução, a autorização deve ser solicitada à ANVISA, através do DEVISA (Departamento de Vigilância em Saúde), apresentando os documentos previstos na Resolução – RDC 11/2011, artigos 28 e 29.

- Para mulheres em idade fértil e paciente do sexo masculino, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve prover os métodos contraceptivos durante todo o tratamento com talidomida e até 30 dias após o seu término.

- Os pacientes do sexo masculino devem ser orientados a utilizar preservativos durante todo o tratamento e até 30 após o seu término (artigo 19, § 3º e 4º).

- A receita terá validade de 20 dias, contados a partir da data da sua emissão, e somente dentro do Estado onde foi emitida.

- A quantidade máxima por prescrição não poderá ser superior à quantidade necessária para 30 dias de tratamento.

- É proibida a violação da embalagem secundária para a dispensação fracionada do medicamento Talidomida.

- Para dispensação do medicamento talidomida a unidade deve ser cadastrada na VISA local e cadastro deverá ser renovado anualmente.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

ANTIBIÓTICOS	
Especialidade: *Farmácia*	**POP : 028**

PROCEDIMENTO

1) Acolher o usuário;

2) Receber a receita em duas vias, sendo a segunda retida na farmácia e a primeira devolvida ao paciente;

3) Observar se a receita apresenta-se de forma legível, dentro do prazo de validade e se possui todos os dados obrigatórios;

4) A quantidade a ser dispensada deve atender exatamente a prescrição.

5) Anotar a data da dispensação, quantidade dispensada e identificação do registro (nº da movimentação, lote e a validade);

Obs : Se em uma mesma receita há um ou mais antibióticos não disponíveis na rede pública: atestar em ambas receitas o medicamento dispensado, anotando a quantidade, o lote e a data da dispensação. Em seguida orientar o paciente de que será necessária uma cópia da primeira via para dispensação posterior em outro estabelecimento.

6) Realizar inspeção visual para verificar a identificação do medicamento, o prazo de validade e a integridade da embalagem;

7) Orientar o paciente quanto à posologia, estabelecendo com ele os melhores horários para cumpri-la e alertando da necessidade de seguir os horários e concluir o tratamento;

8) Arquivar a documentação relativa a movimentação pelo período de 2 anos, para o controle da Autoridade Sanitária, conforme define a RDC ANVISA 20/2011.

4.4.4 - Arquivamento de Prontuários Médicos

Adotar práticas arquivistas no ambiente hospitalar é altamente recomendado, principalmente no setor de prontuários médicos. Com o intuito de reduzir incerteza ou até mesmo perdas de prontuários, o IAPP aplica práticas de gestão da informação, gestão do conhecimento, gestão documental e competência informacional para tratar dos prontuários de seus pacientes.

Diante de um cenário informatizado na saúde pública, faz-se necessário uma gestão documental adequada a essa tecnologia.

Tendo em vista essa necessidade, o IAPP utiliza-se do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) para realizar a gestão da referida documentação, que tem por finalidade a guarda e a preservação do prontuário médico (dados pessoais, evolução clínica, exames, radiografias etc.) e a elaboração de relatórios e boletins estatísticos referentes ao movimento hospitalar.

A função básica é ter todos os cuidados específicos com o prontuário do paciente, desde a sua abertura, arquivamento, até a coleta, consolidação e análise dos dados para realização de estatísticas.

Um dos pontos de maior criticidade para o SAME está em manter a rastreabilidade do prontuário. Para isso deve registrar toda a movimentação do paciente e controle de prontuários, zelando por estes documentos. A unidade manterá o arquivo físico dos prontuários conforme normatização especifica.

Composição do Serviço:

O setor é apoiado pela Comissão de Revisão de Prontuários que terá em sua composição mínima 1 médico, 1 enfermeiro e 1 colaborador do SAME.

Horário de Funcionamento:

- Segunda à sexta-feira das 08:00h às 17:00h, tanto no Hospital quanto na Unidade de Pronto Atendimento.

Atribuições:

Realizar arquivo da documentação dos pacientes, garantindo a segurança e a confidencialidade das informações, elaborando estatísticas e relatórios gerenciais para a instituição e demais órgãos competentes.

Atribuições Especificas do Same

- Localizar e fornecer prontuários solicitados para consultas ambulatoriais, internação, estudos, pesquisa, auditoria;
- Receber, revisar e ordenar os prontuários de pacientes que saírem de alta;
- Manter o controle de saídas e devolução de prontuários médicos, fornecidos para consultas ambulatoriais, unidades de internação e/ou setores do Hospital;
- Atender aos pacientes e/ou familiares, prestando-lhes as informações solicitadas;
- Arquivar e custodiar os prontuários de internações e ambulatoriais;
- Manter o registro numérico nos prontuários médicos (sistema informatizado);
- Receber, conferir e manter o censo diário atualizado;
- Receber, controlar e resumir, diária ou mensalmente, as informações estatísticas de consultas externas (ambulatoriais) e dos serviços auxiliares de diagnóstico, tratamento e hospitalização;
- Preparar os relatórios estatísticos mensais, trimestrais e anuais, de interesse do Hospital;
- Calcular os indicadores de saúde requeridos pela unidade;
- Encaminhar ao setor de Contas Médicas os dados estatísticos, para efeito de apuração dos custos hospitalares;

- Receber e providenciar respostas de informações aos interessados, quando autorizados pela gerência da unidade.

- Protocolos e Rotinas

- Retirada (e arquivamento) de prontuário para atendimento de ambulatório e/ou internação;
- Manter sempre atualizada a documentação do prontuário do paciente;
- Revisar periodicamente as seções de arquivamento, corrigindo eventuais falhas;
- Selecionar prontuários para uso das comissões hospitalares;
- Colaborar nas pesquisas científicas e nos trabalhos de investigação, quando solicitado.

Estatística:

- Compaginar e fazer revisão de identificação dos prontuários médicos dos pacientes egressos;
- Manter o controle do uso das informações dos diferentes índices;
- Codificar diagnósticos existentes no prontuário;
- Manter índices de doenças (arquivo nosológico), segundo normas estabelecidas;
- Processar informações coletadas e revisadas (censo diário de internação, agenda de consultas ambulatoriais) para o relatório mensal. Além do Ambulatório, Emergência e Central de Internações, também são obtidas informações de outros setores: Radiologia, Laboratório, Enfermagem e Serviço Social;
- Preparar relatório estatístico mensal e anual.

Solicitação de Prontuários

A solicitação de cópia de prontuários médicos deve ser feita unicamente na recepção, em qualquer horário e dia da semana.

A retirada dos documentos impressos é realizada posteriormente em até 48 horas também na recepção nos seguintes horários: de segunda a sexta feira, das 8h00 às 17h00.

Prontuários de pacientes de alta, óbito e transferência.

Diariamente a equipe do SAME encaminha prontuários de pacientes que saíram de alta, óbito ou transferência. Esses prontuários são conferidos mediante protocolo e encaminhados para análise e codificação de procedimentos. Depois de codificadas, as contas são encaminhadas para emissão de AIH (Autorização de Internação Hospitalar).

As contas autorizadas são digitadas em sistema próprio do SUS e posteriormente é emitido um resumo gerado pelo próprio sistema. Esse resumo é anexado ao prontuário juntamente com a conta rascunhada e digitada.

Os prontuários são devolvidos ao SAME após a finalização de todo processo de digitação e conferência de dados

4.5 Regimentos da Unidade de Pronto Atendimento

REGIMENTO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

1 – INTRODUÇÃO,

Visando desenvolver e aperfeiçoar a qualidade dos serviços prestados na UPA, a necessidade de desenvolver este "Manual de Gerenciamento" surge como forma de esclarecer e orientar os colaboradores desta instituição, pois somente através da organização e padronização dos procedimentos de trabalho, será possível a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Este Manual busca organizar e gerenciar os métodos de trabalho (procedimentos) utilizados pelos setores no desenvolvimento de suas funções para o atendimento de sua missão, visando harmonizar, uniformizar, racionalizar e otimizar as relações de trabalho, abordando as diretrizes básicas para uma prestação de serviços com qualidade.

Nossa Missão:

"Promover assistência e atenção integral à saúde oferecendo à população serviços com um padrão diferenciado de qualidade e atendimento humanizado, buscando promover melhoria na qualidade de vida da Comunidade".

Nossos Valores

- Ética
- Respeito
- Seriedade
- Competência e Responsabilidade

- Humanismo
- Compromisso Institucional
- Credibilidade
- Atendimento Humanizado
- Acolhimento

A administração da UPA busca estratégias que possibilitem a melhoria do contato humano entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si, e da unidade com a comunidade, visando o seu bom funcionamento.

O desenvolvimento das suas ações tem como princípios fundamentais priorizar na prática a Atenção Básica integrando-a com a média complexidade, consolidando um modelo assistencial voltado para a humanização do atendimento ao usuário, através da regulação assistencial e de gestão, garantindo o acesso e aumentando a resolutividade das ações de prevenção, promoção, recuperação e vigilância a saúde.

Acreditamos na saúde vista como um bem social, valendo-se do respeito e da ética profissional no trato com seus usuários.

2 – PRONTO ATENDIMENTO

O atendimento é garantido durante 24 horas para toda a população dentro de sua área de referência. Priorizam-se casos de urgência e emergência, levando o paciente a ter confiança, sentindo–se seguro com a equipe de profissionais atuantes na unidade.

Tem o objetivo de trazer homogeneidade e compromisso com todos que procuram o serviço. Os pacientes são atendidos e mantidos sob cuidados médicos e de enfermagem no máximo por 24 horas, quando necessário, são referenciados para

internação hospitalar. A UPA está preparada para qualquer tipo de atendimento de urgência/emergência, adulto e infantil. A equipe da UPA é formada por médicos e enfermagem para atender, ininterruptamente, a todas as urgências e emergências que chegam, onde todos estão preparados para oferecer o melhor atendimento em uma estrutura adequada.

A UPA, dada sua missão essencial em favor do ser humano, preocupa-se com a melhoria permanente da qualidade de seu atendimento, tendo isso como razão última à adequada atenção ao usuário.

3 – ACOLHIMENTO DO PACIENTE

Em uma unidade de Pronto Atendimento, mais de 60% dos diagnósticos não está relacionado a situações de urgência e emergência, gerando a superlotação nas unidades destinadas ao atendimento de urgências, o que pode representar dificuldade no atendimento médico. Isso contribui para o desgaste e descontentamento de pacientes e de toda a equipe de trabalho, proporcionando condições que propiciam o estresse e consequentes falhas no atendimento ao paciente.

Para ordenar a rotina de atendimento médico na UPA, aperfeiçoando a qualidade dos serviços prestados à população, e priorizando o atendimento dos pacientes em condições de maior gravidade, garantindo o atendimento médico a essa demanda com diagnósticos de menor gravidade, reduzindo o tempo de espera e humanizando a relação médico-paciente, foi estabelecida uma ordenação do fluxo de atendimento na UPA, o que aperfeiçoa o atendimento inicial, possibilitando priorizar e direcionar o usuário diante dos recursos especializados disponíveis.

Ao chegar a UPA, o paciente primeiro passa pela recepção onde é preenchida a Ficha de Atendimento Ambulatorial. Após esse primeiro atendimento, o paciente vai para a classificação de risco, onde um enfermeiro ou auxiliar de enfermagem após questionar a queixa do paciente, classifica se tem risco e se tem prioridade. Pacientes classificados como risco no acolhimento vão imediatamente para o atendimento

prioritário da sala vermelha, ficando um acompanhante responsável pelo cadastro na recepção.

4 – ROTINA PARA REGISTRO DO PACIENTE

Ao dar entrada, a recepcionista deverá fazer o registro do paciente, solicitando um documento de identificação para abrir o prontuário, onde constarão as seguintes informações:

- nome completo, data de nascimento, sexo, local de nascimento.

- documento de identificação, filiação, endereço, telefone e Cartão Nacional de Saúde.

Após a finalização do registro, pedir para o mesmo aguardar até ser chamado pela classificação de risco.

5 – Classificação de risco

Como na recepção, na classificação de risco, o enfermeiro encarregado do plantão acessa pelo sistema a lista de pacientes, e chama pela ordem o próximo paciente.

Proporcionar agilidade no atendimento e maior qualidade nos serviços prestados pela UPA é a finalidade classificação de risco. O objetivo desse procedimento é realizar uma anamnese, verificar os sinais vitais do paciente, medicamentos que estão sendo usados, seus sintomas atuais, suas alergias, bem como o histórico de sua saúde. A pré-consulta de enfermagem prioriza o atendimento médico, respeitando-se a condição clínica do paciente embasada nas informações obtidas na história clínica e nos exames preliminares. A equipe de enfermagem, priorizando os casos mais graves, direciona o paciente para o atendimento pelo médico.

A Classificação de Risco se dará nos seguintes níveis:

VERMELHO: prioridade 0 – emergência. Necessitam de atendimento imediato. Não serão submetidos à Classificação de Risco. Deverão ser encaminhados diretamente para Sala Vermelha;

AMARELO: prioridade I – urgência. Sem risco imediato de morte, porém apresentam risco potencial de agravamento ou morte. Necessitam de atendimento médico prioritário. Deverão ser encaminhados diretamente a sala de consulta de enfermagem para Classificação de Risco e posteriormente aguardar atendimento médico em cadeira, em local pré-determinado. Devem ser reavaliados à cada 15 minutos.

VERDE: prioridade II – menor urgência. Não apresenta risco iminente ou risco potencial de morte. Também aguardarão atendimento em cadeira, mas serão informados que o tempo de espera será maior, e que pacientes mais graves serão atendidos antes. Incluem-se aqui situações especiais (Idade superior a 60 anos, gestantes, pacientes escoltados, deficientes físicos e impossibilitados de andar, retorno com tempo inferior a 24 horas, paciente psiquiátricos). Devem ser reavaliados a cada 1 hora.

AZUL: prioridade III – Não urgente. Não apresentam agudização que justifique atendimento na unidade de urgência e emergência. Necessitam de redirecionamento para o atendimento ambulatorial, conforme pactuação prévia. São orientados que o tempo de espera pode exceder os 90 (noventa) minutos.

Vale esclarecer que as emergências são prioritárias devido ao risco eminente de vida, podendo ocasionar certo atraso nos demais atendimentos, devido à necessidade do empenho de todas as equipes do pronto atendimento.

Os pacientes classificados como VERDE e AZUL, voltam para a recepção e aguardam até serem chamados pelo sistema, que indicam para qual consultório o mesmo deve seguir.

6 – FUNÇÕES E ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE PROFISSIONAL

- À Direção da Unidade compete:

a) Liderar, orientar, coordenar, controlar, supervisionar e administrar a Unidade e representá-la em juízo ou fora dele, nomeando seu procurador quando necessário;

b) Propor nomeações e dispensas de ocupantes de cargos ou funções de liderança da Unidade;

c) Intervir autorizando ou não os atos necessários no que compete a administração geral da Unidade;

d) Avaliar resultados, o impacto e a qualidade das áreas de serviços sob sua subordinação, desenvolvendo ações corretivas e indicando parâmetros, com base numa visão ampla do cumprimento de metas;

e) Prover recursos para viabilização dos processos de trabalho no que tange ao atendimento e a qualidade em saúde;

f) Elogiar ou aplicar sanções disciplinares;

g) Aprovar solicitação de compras;

h) Determinar a instauração de apuração sumária de irregularidades;

i) Aprovar a movimentação do pessoal;

j) Alterar o horário de servidores atendendo aos interesses da Unidade;

k) Aprovar a escala de férias;

l) Apresentar relatório periódico das atividades da Unidade;

m) Contribuir para melhorar a qualidade de vida, através de ações com a comunidade;

n) Delegar competência;

- À Diretoria Administrativa compete:

a) Exercer atividades de planejamento, organização, coordenação e controle de recursos humanos, materiais, patrimônio, infraestrutura e serviços gerais;

b) Analisar a estrutura da organização, classificar os cargos de pessoal, verificar a adequação dos mesmos em relação a estrutura da unidade de pronto atendimento e os objetivos propostos, analisar a situação funcional de cada empregado e controlar o fluxo de papéis na organização;

c) Elaborar pareceres, relatórios, planos, projetos, laudos, assessoria em geral, chefia intermediária e direção superior;

d) Supervisionar os atos e procedimentos referentes a administração de pessoal;

e) Proceder ao levantamento de necessidades de pessoal e de desenvolvimento de recursos humanos, assim como, na busca de meios para supri-las;

f) Supervisionar os processos de compras velando pela legalidade, legitimidade e tramitação correta;

g) Gerir os trabalhos de expediente e arquivo geral, comunicação, reprodução e trâmite de papéis e documentos, transporte de pessoas e materiais, segurança, higiene e qualidade;

h) Prover, controlar e manter o estoque dos materiais necessários ao funcionamento da unidade;

i) Organizar e acompanhar as atividades de serviços gerais e de apoio;

j) Propor e implementar rotinas de trabalho no âmbito Administrativo;

k) Manter atualizado o cadastro Funcional da Unidade;

l) Cumprir e fazer cumprir os horários estabelecidos pela Direção da Unidade bem como as Ordens de Serviço, Rotinas, Protocolos, e outros instrumentos administrativos em vigor;

- À Diretoria Clínica compete:

a) Planejar, organizar, coordenar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelos serviços de Emergência, Ambulatório, Pronto Atendimento, Serviços Clínicos, Serviços Complementares de Diagnóstico e Serviços de Documentação Médica;

b) Planejar, desenvolver, controlar e avaliar, em comum acordo com as demais áreas envolvidas, a dinâmica operacional da Unidade, relativa aos cuidados a serem prestados ao paciente;

c) Promover medidas que visem manter padrões de elevado nível de assistência médico-hospitalar e ambulatorial;

d) Coordenar e controlar as atividades dos seus colaboradores;

e) Estimular a formação e aprimoramento do corpo técnico;

f) Zelar pelo cumprimento das rotinas médicas e propor modificações sempre que se fizerem necessárias;

g) Zelar pelo material existente na unidade;

h) Realizar reuniões periódicas com todos os seus membros para análise e discussão de atividades de melhoria de desempenho;

i) Organizar e supervisionar visitas médicas diárias, inclusive aos sábados, domingos e feriados, aos pacientes internados;

j) Supervisionar as atividades ambulatoriais; a) Promover a distribuição de especialidades farmacêuticas padronizadas aos serviços médicos da Unidade;

k) Organizar as escalas de serviços, plantões e férias de acordo com as necessidades da unidade;

l) Coordenar, do ponto de vista técnico, as atividades dos médicos da especialidade no Serviço de Emergência;

m) Zelar pelo fiel preenchimento dos prontuários médicos dos pacientes internados no serviço e atendidos no ambulatório;

n) Cumprir e fazer cumprir os horários estabelecidos pela Direção da Unidade bem como as Ordens de Serviço, Rotinas, Protocolos, e outros instrumentos administrativos em vigor;

- Ao Serviço de Farmácia compete:

a) Promover a distribuição de especialidades farmacêuticas padronizadas aos serviços médicos da Unidade;

b) Dispensar, para o serviço de enfermagem da UPA, os medicamentos prescritos pelos médicos em atividade na Unidade;

c) Manter registro e controle do consumo de produtos químicos e farmacêuticos em especial o de entorpecentes.

d) Preparar o pedido mensal de insumos e medicamentos necessários ao funcionamento da Unidade para envio ao órgão responsável pelo abastecimento;

e) Receber, conferir, conservar, e distribuir os insumos e medicamentos necessários ao funcionamento da Unidade;

f) Manter registro atual dos estoques;

g) Cumprir e fazer cumprir os horários estabelecidos pela Direção da Unidade bem como as Ordens de Serviço, Rotinas, Protocolos, e outros instrumentos administrativos em vigor;

- Ao Serviço de Administração compete:

a) Prestar atendimento e esclarecimentos ao público interno e externo, pessoalmente, ou por meio de ofícios e processos ou através das ferramentas de comunicação que lhe forem disponibilizadas;

b) Efetuar e auxiliar no preenchimento de guias, requisições e outros impressos; otimizar as comunicações internas e externas, mediante a utilização dos meios postos à sua disposição, tais como, telefone, fax, correio eletrônico, entre outros;

c) Monitorar e desenvolver as áreas de protocolo, serviço de malote e postagem, organizar, classificar, registrar, selecionar, catalogar, arquivar e desarquivar documentos, relatórios, periódicos e outras publicações, redigir textos, ofícios, relatórios e correspondências;

d) Realizar procedimentos de controle de estoque, inclusive verificando o manuseio de materiais, os prazos de validade, as condições de armazenagem nas diversas áreas da Unidade, efetivando o registro e o controle patrimonial dos bens;

e) Manter em dia o histórico dos materiais permanentes adquiridos para a Unidade;

f) Zelar pela guarda e conservação dos materiais e equipamentos de trabalho;

g) Zelar pelo cumprimento das normas de saúde e segurança do trabalho e utilizar adequadamente equipamentos de proteção individual e coletiva;

h) ter iniciativa e contribuir para o bom funcionamento da unidade em que estiver desempenhando as suas tarefas;

i) Elaborar quadros estatísticos, mapas relatórios, relacionados às atividades da instituição.

j) Supervisionar serviços administrativos pertinentes ao cargo.

k) Organizar material de consulta da unidade: leis, regulamentos, normas, manuais, livros e outros documentos.

l) Providenciar levantamento de dados administrativos e estatísticos.

m) Controlar entrada e saída de documento através de protocolo;

n) Cumprir e fazer cumprir os horários estabelecidos pela Direção da Unidade bem como as Ordens de Serviço, Rotinas, Protocolos, e outros instrumentos administrativos em vigor;

o) Estabelecer contato com hospitais e serviços de saúde de referência a fim de colher dados e solicitar vagas para transferência;

p) Empenhar-se na resolução de qualquer problema administrativo, e em caso de necessidade, fazer contato com as chefias.

- Ao serviço de Portaria compete:

a) Apresentar-se no local de trabalho com antecedência mínima de 10 minutos para receber o plantão e verificar as ocorrências (avisos, ordens ou orientações);

b) Zelar pela normalidade e utilizar corretamente o uniforme;

c) Zelar pelo bom andamento das atividades e pelo patrimônio da unidade;

d) Manter a ordem e a disciplina durante seu horário de trabalho;

e) Registrar as informações no livro de ocorrência para um efetivo controle de acesso;

f) Atuar conforme procedimentos padrão;

g) Atender aos clientes com cordialidade, prestando informações e orientações adequadas;

h) Cuidar para que o acesso de entrada e saída da unidade seja procedido de maneira correta;

i) Verificar e zelar os bens pertencentes à unidade, comunicando, por escrito, aos setores competentes qualquer irregularidade que venha a ocorrer com os mesmos;

j) Manter postura preventiva diante de quaisquer irregularidades e/ou atitudes suspeitas;

k) Guardar, conservar e manter em local adequado os achados e perdidos, para posterior devolução;

l) É proibido ao porteiro conceder quaisquer informações sobre condição clínica ou diagnóstica dos pacientes;

m) Manter postura profissional diante dos visitantes, evitando tratar de assuntos pessoais e da empresa;

n) Cumprir os horários estabelecidos pela Direção da Unidade bem como as Ordens de Serviço, Rotinas, Protocolos, e outros instrumentos administrativos em vigor;

- Ao Serviço de Recepção e Acolhimento do Paciente compete:

a) Recepcionar os pacientes;

b) Fazer os registros de identificação dos mesmos;

c) Atender solicitações telefônicas da população;

d) Receber ligações telefônicas

e) Manter em ordem o caderno de registro de ocorrências.

f) Manter organizado o setor de recepção.

g) Cumprir os horários estabelecidos pela Direção da Unidade bem como as Ordens de Serviço, Rotinas, Protocolos, e outros instrumentos administrativos em vigor;

- Ao Serviço de Assistente Social compete:

a) Realizar o atendimento assistencial à população, sempre que solicitado;

b) Fazer contato com as unidades hospitalares pactuadas, para solicitação de vagas;

c) Estabelecer contato com ambulâncias e/ou veículos de atendimento pré-hospitalar;

d) Manter em ordem o livro online de regulação de vagas;

e) Cumprir os horários estabelecidos pela Direção da Unidade bem como as Ordens de Serviço, Rotinas, Protocolos, e outros instrumentos administrativos em vigor;

- Ao serviço de copa e cozinha compete

a) Receber e armazenar adequadamente os gêneros alimentícios;

b) Aplicar os princípios básicos de limpeza e higiene c) Realizar atendimento ao acidentado do trabalho;

c) Organizar e controlar o depósito de materiais e gêneros alimentícios, verificando estoque e estado de conservação;

d) Lavar, enxugar e guardar utensílios;

e) Zelar pela guarda e conservação dos equipamentos e materiais utilizados.

f) Preparar o café servido aos colaboradores.

g) Cumprir os horários estabelecidos pela Direção da Unidade bem como as Ordens de Serviço, Rotinas, Protocolos, e outros instrumentos administrativos em vigor;

- À Equipe Médica compete

a) Recepcionar o paciente, explicando os procedimentos a serem realizados;

b) Atuar como médico em equipe multiprofissional, realizando clínica ampliada;

c) Realizar atendimento ao acidentado do trabalho;

d) Emitir atestado de óbito, quando pertinente;

e) Realizar procedimentos primeiros socorros e urgências com encaminhamentos com ou sem preenchimento do sistema.

f) Fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão;

- Obedecer às normas técnicas vigentes no serviço;

- Obedecer ao código de ética médica;

- Preencher e manter em ordem a evolução dos pacientes no sistema;

g) Cumprir os horários estabelecidos pela Direção da Unidade bem como as Ordens de Serviço, Rotinas, Protocolos, e outros instrumentos administrativos em vigor;

- À Equipe de Enfermagem compete:

- Ao Enfermeiro:

a) Elaborar plano de enfermagem a partir do levantamento e análise das necessidades prioritárias de atendimento aos pacientes e doentes;

b) Planejar, organizar e dirigir os serviços de enfermagem, atuando técnica e administrativamente, a fim de garantir um elevado padrão de assistência;

c) Supervisionar e orientar os servidores que auxiliem na execução das atribuições típicas da classe;

d) Supervisionar o controle de estoque e os pedidos periódicos de suprimentos;

e) Elaborar as escalas mensais de trabalho e supervisionar a escala de serviço diário do pessoal de enfermagem para as atividades internas e externas;

f) Supervisionar a manutenção do controle dos aparelhos, verificando sistematicamente o funcionamento e a qualidade dos aparelhos utilizados na área de enfermagem, providenciando a reparação ou substituição quando necessários;

g) Planejar, executar e/ou participar dos programas de treinamento do pessoal de enfermagem;

h) Proceder ao registro dos procedimentos realizados, bem como de dados estatísticos;

i) Executar outras atribuições afins.

j) Cumprir e fazer cumprir os horários estabelecidos pela Direção da Unidade bem como as Ordens de Serviço, Rotinas, Protocolos, e outros instrumentos administrativos em vigor;

- Ao Técnico de Enfermagem

a) Prestar assistência de enfermagem de caráter preventivo e/ou curativos internos da unidade, executar serviços de enfermagem especializados, ou de rotina, sob orientações de enfermeiro;

b) Observar as prescrições médicas;

c) Proceder à limpeza, conservação e assepsia do material, equipamento, instrumental e oxigênio em uso na unidade, proceder à esterilização de material e instrumental em uso;

d) Aplicar injeções e soros, ministrar medicamento, administrar inaloterapia;

e) Controlar sinais vitais, verificando a temperatura, pulso e respiração (T.P.R) e pressão arterial (P.A) anotando no prontuário;

f) Fazer curativos e colher material para exames de laboratório;

g) Registrar as ocorrências relativas ao paciente;

h) Manter sigilo absoluto sobre tudo que se relacione com o paciente;

i) Comunicar ao médico ou enfermeiro-chefe as ocorrências do estado do paciente, havidas na ausência do primeiro;

j) Cumprir as ordens de serviço oriundas das chefias imediatas;

k) Executar e auxiliar na supervisão e no controle de material permanente, de consumo e no funcionamento de equipamentos;

l) Colaborar na elaboração de relatórios;

m) Proceder ao registro de dados estatísticos e dos procedimentos realizados;

n) Cumprir os horários estabelecidos pela Direção da Unidade bem como as Ordens de Serviço, Rotinas, Protocolos, e outros instrumentos administrativos em vigor;

Obs: Estar legalmente habilitado para o exercício da função. Inscrito no COREN

7 – REGULAMENTO INTERNO

- Dos Deveres do Colaborador.

- É comum a todos os colaboradores:

– Observar os horários de trabalho fixado pela UPA .

– Apresentar-se para o trabalho trajado com roupas apropriadas, discretas e limpas, com barba feita, cabelos cortados, penteados e presos quando compridos, batom e perfumes suaves.

– Dedicar todo o seu período de trabalho, interna ou externamente, aos serviços de interesse da UPA, conforme determinação dos superiores hierárquicos.

– Desenvolver os trabalhos de forma eficiente e racional, de acordo com as ordens específicas recebidas dos seus superiores hierárquicos.

– Executar com zelo e dedicação os trabalhos pertinentes a seu cargo, produzindo serviços de boa qualidade, sem desperdício de materiais e de tempo, evitando danos aos equipamentos e utensílios da unidade, observados os padrões fixados pelo responsável do setor.

– Manter em dia os seus trabalhos, acatando sempre as ordens recebidas dos seus superiores hierárquicos.

– Evitar palestras, discussões ou conversas estranhas ao serviço, durante o horário de trabalho.

– Manter o devido respeito aos seus superiores e colegas de trabalho, evitando, no recinto da UPA, palavras de baixo calão, gestos obscenos, discussões políticas, religiosas e raciais, evitando, com isso, incidentes desnecessários.

– Zelar pelo patrimônio da unidade de forma a evitar prejuízos decorrentes do mau uso.

– Dispor-se a concluir trabalhos a seu cargo, quando a natureza do serviço assim exigir, para evitar prejuízos resultantes de sua paralisação, evidentemente na conformidade da legislação trabalhista em vigor.

– Observar as determinações referentes ao uso dos equipamentos de proteção individual (EPI) contra os riscos de acidentes do trabalho.

– Conhecer e respeitar todas as comunicações divulgadas pela UPA, através de cartazes, avisos, circulares, ordens de trabalho, comunicação interna, observando, também integralmente as normas de segurança no trabalho.

– Comunicar, na forma devida, ao seu superior imediato, o risco ou a ocorrência de qualquer acidente material e/ou pessoal.

– Comunicar, no mesmo dia, ao seu superior imediato, e este imediatamente a Direção, as razões motivadas por força maior, que impeçam seu comparecimento ao serviço, e justificar ao seu superior imediato as faltas ao serviço, no mesmo dia ou no dia seguinte a ocorrência.

– Observar o asseio do seu local de trabalho e das demais dependências de que se utilizar na unidade, zelando pela boa apresentação de ordem e limpeza, colaborando na preservação do ambiente limpo e saudável, evitando maiores consequência de ordem sanitária.

– Participar nas convocações para treinamentos.

Da Disciplina Interna.

- É proibido a todos os colaboradores

– Dedicar-se, durante a jornada de trabalho, a quaisquer atividades alheias aos serviços e interesses da UPA.

– Ausentar-se do seu local de trabalho, durante o expediente, sem autorização do superior imediato e Diretoria.

– Trazer para a UPA, ou nela deixar guardados quaisquer objetos ou substâncias que ofereçam riscos à segurança pessoal.

– Fumar em locais onde constitua riscos à segurança pessoal dos próprios empregados e ao patrimônio da UPA.

– Apresentar-se alcoolizado ao trabalho e/ou consumir bebidas alcoólicas durante o expediente, assim como trazê-la para o recinto da UPA.

– Retirar produtos da unidade, para consumo próprio, quando não esteja para isso devidamente autorizado por escrito, pelo superior hierárquico.

– Retirar de seu lugar próprio, ou para fora do estabelecimento, quaisquer papéis, documentos e objetos (ferramentas, máquinas e materiais), pertencentes a UPA, salvo quando devidamente autorizado por escrito, por seu superior hierárquico e este pela Direção.

– Negociar nas dependências com quaisquer bens, objetos e artigos, inclusive contrair ou cancelar empréstimos.

– Realizar ou determinar por outra pessoa, cobrança de contas particulares no interior da UPA.

– Praticar ou tolerar jogos de azar ou outros quaisquer, ainda que nos períodos de refeição ou descanso nas dependências da UPA.

– Fazer circular listas, promover e passar sorteios, rifas ou fazer apostas de qualquer natureza e para quaisquer fins, ainda que beneficentes nas dependências da UPA.

– Preparar, promover ou dirigir-se a unidade através de abaixo-assinados ou utilizar-se desse expediente para qualquer manifestação interna, ainda que não envolva a UPA.

– Desacatar e desobedecer a ordens, instruções e recomendações de Biossegurança, formuladas dentro das respectivas competências, no interesse da perfeita execução dos serviços.

– Fazer, guardar ou utilizar, para fins estranhos aos interesses da unidade, anotações ou cópias sobre qualquer assunto relacionado com as atividades da mesma, ou dar conhecimento a outrem, por qualquer meio, de assunto ou fatos privativos da UPA.

– Introduzir, em quaisquer dependências da UPA, pessoas estranhas, ainda que parentes ou amigos, sem prévia autorização da Diretoria.

– Ausentar-se da UPA durante o expediente ou antes do horário convencional, sem autorização por escrito do seu superior.

– Mudar de roupa em outra dependência que não no vestiário (W.C).

– Promover ou contribuir para quaisquer agitações tendentes à paralisação ou retardamento do trabalho.

– Dar ordens ou assumir atitudes de prepostos da Diretoria, sem ter autorização para tal.

– Valer-se da relação de emprego com a UPA para lograr proveito pessoal, participando como procurador, sócio, gerente ou diretor, de clientes, fornecedores e demais empresas que negociem com a unidade, bem como solicitar dessas empresas favores, empréstimos, fianças, cartas de crédito e semelhante.

- Incluir em cartões pessoais, para qualquer finalidade, o endereço ou telefone da UPA, salvo no interesse do serviço e com autorização por escrito do Diretor.

– Comparecer ao serviço com trajes inadequados, à função ou local de trabalho.

– Usar telefones da UPA para assuntos estranhos ao serviço, salvo em caso de real necessidade e com autorização expressa do seu superior imediato.

– Proceder ou mandar proceder à afixação ou distribuição de avisos e publicações estanhas a UPA, em qualquer de suas dependências.

– Jogar no chão, papéis, cigarros e outros objetos, os quais devem ser sempre colocados nos recipientes apropriados.

– Demorar-se, desnecessariamente, nas instalações da UPA, prejudicando a normalidade dos trabalhos.

– Utilizar equipamentos, máquinas, ferramentas, materiais, móveis ou outros pertences da UPA para realização de serviços próprios ou de terceiros, ainda que fora do período normal de trabalho.

– Agrupar-se no interior da UPA para palestrar, comentar, criticar, discutir, fazer ou provocar insinuações e manifestações sobre assuntos políticos, partidários, religiosos ou raciais. - As penalidades aqui previstas serão aplicadas sempre que for constatada uma violação de qualquer dispositivo contido neste Regulamento, avisos, circulares e Ordens de Trabalho.

– Fazer algazarras, falar em voz alta, provocar ou dar qualquer motivo para tumulto, discussões ou brigas, em toda e qualquer dependência da UPA.

– Referir-se de modo depreciativo ou provocativo aos colegas e superiores ou atos destes emanados.

– Promover ou provocar reuniões ou ajuntamentos de qualquer natureza no recinto da UPA, sejam para fundar associações, cooperativas, grupos ou clubes internos, seja para quaisquer outras finalidades estranhas ao serviço.

Dos Deveres dos Supervisores e Responsáveis

– Exercer e assegurar o controle diário de frequência e pontualidade de seus subordinados, promoverem a distribuição racional dos serviços, garantirem a produtividade do setor, assegurando a perfeita execução dos trabalhos, bem como o controle da qualidade, que devem ser mantidos.

– Cumprir e fazer cumprir este Regulamento e verificar as eventuais faltas de suas observâncias praticadas em serviço, dando conhecimento do fato à Diretoria, sugerindo a pena a ser aplicada.

– Prestar aos seus superiores hierárquicos, na forma das instruções existentes em manuais, Ordens de Trabalho e Regulamentos, ou sempre que lhes forem solicitadas, informações sobre o andamento dos serviços sob a sua supervisão.

– Organizar o programa de férias de seus subordinados, e o seu próprio, garantindo, através de racional divisão de trabalho, que todos gozem suas férias nos períodos previstos, observadas as determinações legais, não permitindo sua acumulação nem sua conversão em pecúnia.

– Responsabilizar-se pela manutenção da disciplina e ordem no recinto de trabalho, bem como pelo cumprimento do horário e saída de empregados durante o expediente.

– Obter autorização da Diretoria para transferência ou remanejamento de pessoal, no próprio setor, ou de um para outro setor.

Das Penas Disciplinares

- As penalidades aqui previstas serão aplicadas sempre que for constatada uma violação de qualquer dispositivo contido neste Regulamento, avisos, circulares e Ordens de Trabalho.

De acordo com a natureza a gravidade da falta, será aplicada, independentemente da ordem em que são estabelecidas, mas sempre em concordância com a disposição prevista na Legislação do Trabalho.

1 - Repreensão por escrito

2 – Advertência

3 – Suspensão

4 - Dispensa

Aplicação das penalidades previstas neste Regulamento obedecerá ao mais alto critério de justiça e equidade. A Diretoria da UPA zela pela saúde e integridade física do prestador de serviço ou contratado, estudando e promovendo todos os meios possíveis para melhorar a segurança e a higiene no trabalho.

Do Horário

Os prestadores de serviço e contratados trabalharão no período e horário que lhe forem designados.

Da Ausência

Quando houver necessidade de faltar ao serviço, o empregado deverá solicitar licença ao seu superior imediato, por escrito, justificando os motivos.

O empregado que, por motivo justo e previsto, não puder comparecer ao trabalho, avisará o seu superior hierárquico dentro de 24 horas da ausência e, assim que

retornar ao trabalho fará por escrito de justificativa, juntando, caso necessário, os comprovantes solicitados.

Quando o motivo alegado for doença, o empregado, ao retornar aos serviços, deverá apresentar os documentos comprobatórios necessários.

As ausências ao trabalho, faltas, atrasos, saídas antecipadas e saídas durante o expediente, sem causa justificável ou sem autorização superior por escrito, constituem motivos de aplicação das penalidades previstas neste regulamento.

A ausência ao serviço, por mais de 30 dias, sem justificativa ou autorização prévia, constante deste Regulamento, será considerado abandono de emprego.

Dos Acidentes de Trabalho

Ao sofrer qualquer acidente de trabalho, o prestador de serviço ou contratado, deverá comunicar imediatamente o fato ao seu superior hierárquico para ser encaminhado ao médico.

Se isto não for possível, o empregado deverá fazer a comunicação dentro de 24 horas, contadas da ocorrência, sob pena de perda do direito ao tratamento e ao recebimento das diárias ou indenizações, quando for o caso.

O prestador de serviço ou contratado não deverá procurar médico ou farmácia estranhas para tratar-se, quando se acidentar no trabalho deverá recorrer aos serviços próprios da UPA, onde receberá o devido tratamento e ficará protegido pela Lei.

O empregado só deverá considerar-se curado do acidente após receber alta médica, por escrito.

Preceitos de Segurança e Higiene

A Diretoria da UPA zela pela saúde e integridade física do prestador de serviço ou contratado, estudando e promovendo todos os meios possíveis para melhorar a segurança e a higiene no trabalho.

Para o bem-estar do paciente e bom funcionamento da UPA, é expressamente PROIBIDO:

1. Portar-se de maneira inconveniente nos corredores da unidade, fazer barulho, provocar ruídos ou falar alto.

2. Fumar nas dependências da UPA.

3. Pacientes e acompanhantes permanecerem em trajes de dormir fora dos seus aposentos.

4. Um paciente visitar outro sem prévia autorização do médico. Igualmente, os senhores acompanhantes visitar outros pacientes entre os aposentos.

5. Ligar aparelhos elétricos sem prévia autorização da Administração.

6. Entrar nos postos de enfermagem ou em outros locais de serviços especializados.

7. Sentar no leito do paciente.

8. Solicitar ao serviço de enfermagem ou aos demais funcionários da unidade, serviços que não sejam de sua competência.

9. Continuar ocupando os aposentos ou serviços de enfermagem, após a alta e liquidação da conta hospitalar ou transferência para outra unidade.

10. Utilizar ou destravar a torneira do oxigênio e vácuo, sem conhecimento da enfermagem.

11. Pernoitar mais de um acompanhante.

12. A entrada de visitantes trajados inadequadamente.

OBSERVAÇÃO

1. A internação do paciente para observação só poderá ser efetuada sob responsabilidade de um médico devidamente cadastrado no Corpo Clínico da UPA.

2. O paciente e seu responsável deverão, no ato da internação, fornecer todos os dados de identificação solicitados.

3. O paciente não deve internar-se com objetos de valor tipo: relógio, anel, pulseiras, alianças, argolas, etc. A UPA não se responsabiliza por nenhum objeto pessoal.

REGULAMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Este Regulamento representa a estrutura do corpo de Enfermagem. Ele reflete a visão de profissionais de Enfermagem que lutam por uma profissão verdadeiramente preocupada com uma sociedade mais justa e mais humana.

Em linhas gerais, são representados os aspectos diretivos, estruturais e políticos da enfermagem e institui as normas gerais de funcionamento do Serviço de Enfermagem, (SE) aplicável a todos os profissionais lotados neste serviço.

Este serviço interage em todas as áreas, de forma integrada e com a co-responsabilidade da qualidade no atendimento ao paciente e sua atuação é sempre feita com responsabilidade, competência, conhecimento técnico - científico e humanização.

Ele se baseia em normas técnicas e administrativas para a sua realização.

O presente Regulamento Interno norteará o Serviço de Enfermagem, pré - estabelecendo o seu posicionamento na unidade, assim como a descrição de cargos, funções e finalidades do Serviço.

CAPÍTULO I

Missão do serviço de Enfermagem

Promover o crescimento e desenvolvimento da equipe de enfermagem através do conhecimento técnico-científico, a fim de se atingir metas em excelência na qualidade dos serviços prestados, de forma humanizada e primando pela valorização do ser humano na sua integralidade, respeitando princípios éticos com dedicação, compromisso e amor.

CAPÍTULO II

Das Finalidades

Art. 1º - O Serviço de Enfermagem tem por finalidade:

I – Desenvolver com segurança e qualidade as atividades de assistência ao paciente, de forma participativa e humanizada, enaltecendo as potencialidades individuais e coletivas, tanto de quem presta o cuidado, como do sujeito de suas ações;

II – Participar do desenvolvimento da formação, do ensino, da pesquisa e da extensão de médicos, residentes, enfermeiros, alunos e outros profissionais da saúde, que forem executadas na unidade;

III – Executar os cuidados de Enfermagem de todas as unidades do Pronto Socorro, com atenção voltada ao paciente, considerando suas limitações e necessidades de estadia, locomoção, repouso e conforto;

IV – Fundamentar-se numa filosofia condizente com a missão e com os objetivos da unidade;

V – Promover um padrão de atendimento, estimulando a equipe ao desenvolvimento técnico-científico, oferecendo a oportunidade de crescimento dentro das especialidades;

VI – Colaborar com os Programas de Ensino de Educação Continuada da unidade;

VII – Cumprir e fazer cumprir as normas Administrativas e Técnicas da unidade;

VIII – Trabalhar de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN); do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e do Conselho Regional de Enfermagem (COREN);

IX – Realizar e colaborar com os treinamentos e capacitações para os funcionários da unidade, em particular aqueles do Serviço de Enfermagem;

X – Desenvolver indicadores de qualidade e dados estatísticos nas unidades do Pronto Socorro; XI – Desenvolver programas humanizados de atendimento, tanto para o paciente quanto para o profissional de enfermagem.

CAPÍTULO III

Da Posição no Organograma

Art. 2º - O Serviço de Enfermagem faz parte dos serviços técnicos, de atendimento direto ao paciente e é subordinado administrativamente ao Superintendente do Pronto Socorro por meio de sua gerência, atuando junto às Diretorias Clínica/Técnica do Pronto Socorro.

COMPOSTO POR:

- Gerente de Enfermagem (especialista em Gestão e gerenciamento em Enfermagem);

- Coordenadoras de Enfermagem (especialistas na área de atuação);

- Enfermeiros assistenciais;

- Técnicos/ Auxiliares de Enfermagem;

CAPÍTULO IV

Da Competência

Art. 4º - Ao Serviço de Enfermagem das Unidades de Internação compete:

I. Admitir pacientes adultos e pediátricos;

II. Executar procedimentos de triagem a Classificação de Riscos;

III. Priorizar um ambiente tranqüilo e humanizado para o bem - estar do paciente;

IV. Atender aos médicos, executando a prescrição com critérios éticos e científicos;

V. Colaborar com o Serviço de Controle e Infecção Hospitalar (SCIH);

VI. Incentivar a execução de pesquisas científicas em assuntos de enfermagem e colaborar com as pesquisas dos demais profissionais da área da saúde;

VII. Colaborar com o Serviço de Educação Continuada;

VIII. Cooperar com os demais Serviços do Pronto Socorro;

IX. Preservar e controlar equipamentos, instrumentos, instalações, estoque de materiais, drogas e medicamentos colocados à sua disposição;

X. Apresentar relatório trimestral das atividades realizadas e do movimento estatístico;

XI. Controlar e divulgar indicadores de qualidade da assistência de Enfermagem;

XII. Manter e controlar os estoques mínimos de materiais, drogas e medicamentos;

XII. Desenvolver programas de atendimento humanizado juntamente com as outras Unidades do Pronto Socorro

Art. 8º - Ao Serviço de Enfermagem da Unidade Centro de Material compete:

I. Receber, preparar, esterilizar, armazenar e distribuir materiais, roupas cirúrgicas e nstrumentais, utilizados no Pronto Socorro

II. Manter em perfeito funcionamento os aparelhos de limpeza, inspeção e de materiais cirúrgicos;

III. Realizar testes de segurança de esterilização.

IV. Efetuar o inventário anualmente, em período estabelecido pela Chefia;

V. Elaborar relatórios trimestrais das atividades realizadas e do movimento estatístico de todo o material;

VI. Divulgar indicadores de qualidade;

VII. Colaborar com o Serviço de Educação Continuada;

VIII. Cooperar com os demais Serviços do Hospital;

CAPÍTULO VII

Do Pessoal

Art. 11 - À Gerente de Enfermagem compete:

I. Ser responsável técnica pelo Serviço de Enfermagem;

II. Organizar e dirigir o Serviço de Enfermagem, incentivando o trabalho em equipe;

III. Executar o dimensionamento do Quadro de Enfermagem, atualizando-o anualmente no planejamento estratégico;

IV. Supervisionar a descrição e a atualização regular de normas, rotinas e procedimentos técnicos;

V. Analisar e avaliar os cuidados de enfermagem prestados aos pacientes;

VI. Desenvolver o planejamento estratégico anual, mensurando o seu cumprimento;

VII. Colaborar com as Diretorias Técnica, Clínica e Superintendência;

VIII. Passar visita diariamente em todas as Unidades do Pronto Socorro;

IX. Incentivar a pesquisa científica na sua equipe;

X. Desenvolver o programa de reuniões e canal aberto com a equipe de Enfermagem;

XI. Interagir com os demais Serviços de apoio do Pronto Socorro para facilitar e agilizar o atendimento ao paciente;

XII. Prever materiais, medicamentos e equipamentos necessários ao funcionamento das diversas Unidades, junto às Chefias de Serviços;

XIII. Incentivar a elaboração e a divulgação dos indicadores de qualidade em todas as Unidades e acompanhar os resultados;

XIV. Fazer cumprir a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE;

XV. Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética em Enfermagem;

XVI. Desenvolver programas de atendimento humanizado juntamente com as outras Unidades do Hospital;

XVII. Supervisionar as Coordenações de Enfermagem, a fim de colaborar em suas decisões;

XVIII. Realizar avaliação de desempenho anualmente da sua equipe de coordenadoras de enfermagem

Art.12 - Ao Profissional Enfermeiro Coordenador compete:

I. Coordenar os serviços desenvolvidos pelos profissionais Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagens nas Unidades afins;

II. Passar visita nos setores sob sua coordenação diariamente;

III. Auditar os procedimentos de enfermagem e aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, bem como os prontuários;

IV. Executar diariamente remanejamento dos profissionais e checagem das escalas de trabalho;

V. Supervisionar as escalas de serviço desenvolvidas pelos profissionais Enfermeiros;

VI. Participar das reuniões científicas ou administrativas e passar as informações devidas à equipe de trabalho;

VII. Desenvolver trimestralmente reuniões com técnicos, auxiliares e profissionais enfermeiros; VIII. Colaborar com a Gerência do Serviço de Enfermagem no desempenho de suas atividades, substituindo-a em suas ausências e/ou impedimentos;

IX. Avaliar técnicas e rotinas de Serviço, ajudando na implantação e nas mudanças;

X. Registrar ocorrências e alterações no tratamento aos pacientes;

XI. Colaborar com o desenvolvimento do planejamento estratégico das Unidades afins;

XII. Realizar avaliação de desempenho anualmente da equipe de enfermeiros de seus setores.

Art. 13 – À (Ao) Enfermeira (o) compete:

I. Atender às solicitações da Coordenação de Enfermagem;

II. Visitar diariamente os pacientes da Unidade, executando a SAE;

III. Planejar a escala de serviço da Unidade; IV. Supervisionar a realização dos procedimentos técnicos;

V. Prestar assistência ao paciente respeitando os princípios técnicos, éticos e científicos;

VI. Elaborar rotinas e técnicas, e revisá-las periodicamente, em intervalos máximos de dois anos;

VII. Participar dos programas de Educação Continuada;

VIII. Elaborar os planos de assistência de enfermagem aos pacientes;

IX. Acompanhar as visitas médicas sempre que possível e/ou solicitada;

X. Assistir a passagem de plantão;

XI. Controlar a assiduidade, pontualidade e disciplina dos funcionários sob sua responsabilidade;

XII. Requisitar materiais e medicamentos; XIII. Controlar os equipamentos, materiais e medicamentos;

XIV. Promover reuniões periódicas com os funcionários sob sua responsabilidade;

XV. Participar de pesquisas em enfermagem; XVI. Atender ao público e às visitas aos pacientes; XVII. Colaborar com os alunos e professores nos estágios;

XVIII. Realizar avaliação de desempenho anualmente da equipe de auxiliares / técnicos de enfermagem de seus respectivos setores.

Art. 14 - Ao Técnico de Enfermagem compete:

I. Assistir a passagem de plantão;

II. Receber os pacientes admitidos e orientá-los na Unidade;

III. Executar os cuidados de enfermagem que foram planejados;

IV. Executar procedimentos de Enfermagem de sua competência;

V. Executar os procedimentos do pré, trans e pós-operatório;

VI. Preparar os pacientes para os exames complementares de diagnóstico;

VII. Realizar cuidados de higiene e alimentação dos pacientes;

VIII. Colaborar com a (o) Enfermeira (o) no cumprimento da escala de serviço e prescrição de enfermagem;

IX. Comunicar a (o) Enfermeira (o) anormalidades com o paciente;

X. Anotar no prontuário do paciente os cuidados prestados e as observações;

XI. Anotar no prontuário, diariamente, os materiais e medicamentos gastos na execução de técnicas;

XII. Zelar pela manutenção e limpeza das dependências da Unidade;

XIII. Zelar pelos equipamentos de sua unidade;

XIV. Atender o público e visitas dos pacientes;

XV. Colaborar com os alunos e professores nos estágios.

Art. 15 - Ao Auxiliar/Técnico de Enfermagem compete:

I. Assistir a passagem de plantão;

II. Receber os pacientes admitidos e orientá-los na Unidade;

III. Executar os cuidados de enfermagem que foram planejados;

IV. Executar procedimentos de enfermagem de sua competência;

V. Executar os procedimentos de enfermagem do pré, trans e pósoperatório;

VI. Preparar os pacientes para os exames complementares de diagnóstico;

VII. Realizar cuidados de higiene e alimentação dos pacientes;

VIII. Colaborar com a (o) Enfermeira (o) no cumprimento da escala de serviço e prescrição de enfermagem;

IX. Comunicar a (o) Enfermeira (o) anormalidades com o paciente;

X. Anotar no prontuário do paciente os cuidados prestados e as observações;

XI. Anotar no prontuário, diariamente, os materiais e medicamentos gastos na execução de técnicas;

XII. Zelar pela manutenção e limpeza das dependências da Unidade;

XIII. Zelar pelos equipamentos de sua unidade;

XIV. Atender ao público e as visitas dos pacientes; XV. Colaborar com os alunos e professores nos estágios.

CAPÍTULO VIII

Do Pessoal, seus Requisitos e Deveres

Art. 16 - Os requisitos exigidos para o cargo de Gerência do Serviço de Enfermagem são:

I. Certificado do COREN;

II. Diploma de Enfermeira (o);

III. Diploma ou Título de Especialização em área de gestão, ou gerenciamento em enfermagem e/ou Administração Hospitalar;

IV. Experiência profissional de três anos no campo de coordenação;

V. Conhecimento geral para direção de um Bloco Operatório, Unidades Críticas e demais Serviços de um hospital;

VI. Competência técnica-científica, capacidade de liderança, relacionamento e facilidade de trabalho em equipe;

VII. Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;

VIII. Habilidades para desenvolver Programas de Qualidade.

Art. 17 - Os requisitos exigidos para o cargo de Coordenação de Enfermagem são:

I. Certificado do COREN;

II. Cursos de especialização em áreas afins as quais coordena;

III. Experiência profissional de dois anos;

IV. Conhecimento específico e abrangente para a área de Coordenação;

V. Competência técnica-científica, capacidade de liderança, relacionamento e facilidade de trabalho em equipe;

VI. Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares.

Art. 18 - Os requisitos exigidos para o cargo de Enfermeiro de Unidade são:

I. Certificado do COREN;

II. Ser especialista na área de escolha e ter visão abrangente nos cuidados ao paciente;

III. Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;

IV. Dinamismo, versatilidade, bom relacionamento e trabalho em equipe;

V. Competência técnico-científica e qualidades para interagir e agir com rapidez;

VI. Ter experiência de um ano na área de atuação.

Art. 19 - Os requisitos para o cargo de Técnico de Enfermagem são:

I. Certificado do COREN dentro de sua categoria;

II. Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;

III. Habilidades técnicas e conhecimento científico, liderança, espírito de cooperação, trabalho em equipe, disciplina, respeito à hierarquia;

IV. Ter experiência de seis meses na área de atuação.

Art. 20- Os requisitos para o cargo de Auxiliar / Técnico de Enfermagem são:

I. Certificado do COREN dentro de sua categoria;

II. Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;

III. Habilidades técnicas e conhecimento científico, liderança, espírito de cooperação, trabalho em equipe, disciplina, respeito à hierarquia;

IV. Ter experiência de seis meses na área de atuação.

CAPÍTULO IX

DO HORÁRIO DE TRABALHO

Art. 21 - O Serviço de Enfermagem manterá plantão durante as 24 (vinte e quatro) horas diárias, através de escalas de revezamento e de acordo com a legislação trabalhista vigente no país.

Art. 22 - Todo funcionário do Serviço de Enfermagem deverá se apresentar ao trabalho devidamente uniformizado e no horário determinado em escala.

Art. 23 - Os funcionários trabalharão de acordo com a escala elaborada mensalmente pela Enfermeira da Unidade, coordenação e gerência de enfermagem, seguindo a escala diária de trabalho específico.

Art. 24 - Todo funcionário deverá prorrogar o seu plantão, em casos de emergência, se for determinado pela Enfermeira da Unidade, Coordenação ou Gerência de Enfermagem.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 25 - O pessoal de enfermagem não poderá receber de clientes e familiares, pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho.

Art. 26 - O Regimento do Serviço de Enfermagem deverá ser cumprido por todos os funcionários do Serviço de Enfermagem.

REGIMENTO DOS COLABORADORES

Dos Deveres do Colaborador

- É comum a todos os colaboradores:

– Observar os horários de trabalho fixado pela UPA .

– Apresentar-se para o trabalho trajado com roupas apropriadas, discretas e limpas, com barba feita, cabelos cortados, penteados e presos quando compridos, batom e perfumes suaves.

– Dedicar todo o seu período de trabalho, interna ou externamente, aos serviços de interesse da UPA, conforme determinação dos superiores hierárquicos.

– Desenvolver os trabalhos de forma eficiente e racional, de acordo com as ordens específicas recebidas dos seus superiores hierárquicos.

– Executar com zelo e dedicação os trabalhos pertinentes a seu cargo, produzindo serviços de boa qualidade, sem desperdício de materiais e de tempo, evitando danos aos equipamentos e utensílios da unidade, observados os padrões fixados pelo responsável do setor.

– Manter em dia os seus trabalhos, acatando sempre as ordens recebidas dos seus superiores hierárquicos.

– Evitar palestras, discussões ou conversas estranhas ao serviço, durante o horário de trabalho.

– Manter o devido respeito aos seus superiores e colegas de trabalho, evitando, no recinto da UPA, palavras de baixo calão, gestos obscenos, discussões políticas, religiosas e raciais, evitando, com isso, incidentes desnecessários.

– Zelar pelo patrimônio da unidade de forma a evitar prejuízos decorrentes do mau uso.

– Dispor-se a concluir trabalhos a seu cargo, quando a natureza do serviço assim exigir, para evitar prejuízos resultantes de sua paralisação, evidentemente na conformidade da legislação trabalhista em vigor.

– Observar as determinações referentes ao uso dos equipamentos de proteção individual (EPI) contra os riscos de acidentes do trabalho.

– Conhecer e respeitar todas as comunicações divulgadas pela UPA, através de cartazes, avisos, circulares, ordens de trabalho, comunicação interna, observando, também integralmente as normas de segurança no trabalho.

– Comunicar, na forma devida, ao seu superior imediato, o risco ou a ocorrência de qualquer acidente material e/ou pessoal.

– Comunicar, no mesmo dia, ao seu superior imediato, e este imediatamente a Direção, as razões motivadas por força maior, que impeçam seu comparecimento ao serviço, e justificar ao seu superior imediato as faltas ao serviço, no mesmo dia ou no dia seguinte a ocorrência.

– Observar o asseio do seu local de trabalho e das demais dependências de que se utilizar na unidade, zelando pela boa apresentação de ordem e limpeza, colaborando na preservação do ambiente limpo e saudável, evitando maiores consequência de ordem sanitária.

– Participar nas convocações para treinamentos.

Da Disciplina Interna.

- É proibido a todos os colaboradores

– Dedicar-se, durante a jornada de trabalho, a quaisquer atividades alheias aos serviços e interesses da UPA.

– Ausentar-se do seu local de trabalho, durante o expediente, sem autorização do superior imediato e Diretoria.

– Trazer para a UPA, ou nela deixar guardados quaisquer objetos ou substâncias que ofereçam riscos à segurança pessoal.

– Fumar em locais onde constitua riscos à segurança pessoal dos próprios empregados e ao patrimônio da UPA.

– Apresentar-se alcoolizado ao trabalho e/ou consumir bebidas alcoólicas durante o expediente, assim como trazê-la para o recinto da UPA.

– Retirar produtos da unidade, para consumo próprio, quando não esteja para isso devidamente autorizado por escrito, pelo superior hierárquico.

– Retirar de seu lugar próprio, ou para fora do estabelecimento, quaisquer papéis, documentos e objetos (ferramentas, máquinas e materiais), pertencentes a UPA, salvo quando devidamente autorizado por escrito, por seu superior hierárquico e este pela Direção.

– Negociar nas dependências com quaisquer bens, objetos e artigos, inclusive contrair ou cancelar empréstimos.

– Realizar ou determinar por outra pessoa, cobrança de contas particulares no interior da UPA.

– Praticar ou tolerar jogos de azar ou outros quaisquer, ainda que nos períodos de refeição ou descanso nas dependências da UPA.

– Fazer circular listas, promover e passar sorteios, rifas ou fazer apostas de qualquer natureza e para quaisquer fins, ainda que beneficentes nas dependências da UPA.

– Preparar, promover ou dirigir-se a unidade através de abaixo-assinados ou utilizar-se desse expediente para qualquer manifestação interna, ainda que não envolva a UPA.

– Desacatar e desobedecer a ordens, instruções e recomendações de Biossegurança, formuladas dentro das respectivas competências, no interesse da perfeita execução dos serviços.

– Fazer, guardar ou utilizar, para fins estranhos aos interesses da unidade, anotações ou cópias sobre qualquer assunto relacionado com as atividades da mesma, ou dar conhecimento a outrem, por qualquer meio, de assunto ou fatos privativos da UPA.

– Introduzir, em quaisquer dependências da UPA, pessoas estranhas, ainda que parentes ou amigos, sem prévia autorização da Diretoria.

– Ausentar-se da UPA durante o expediente ou antes do horário convencional, sem autorização por escrito do seu superior.

– Mudar de roupa em outra dependência que não no vestiário (W.C).

– Promover ou contribuir para quaisquer agitações tendentes à paralisação ou retardamento do trabalho.

– Dar ordens ou assumir atitudes de prepostos da Diretoria, sem ter autorização para tal.

– Valer-se da relação de emprego com a UPA para lograr proveito pessoal, participando como procurador, sócio, gerente ou diretor, de clientes, fornecedores e

demais empresas que negociem com a unidade, bem como solicitar dessas empresas favores, empréstimos, fianças, cartas de crédito e semelhante.

- Incluir em cartões pessoais, para qualquer finalidade, o endereço ou telefone da UPA, salvo no interesse do serviço e com autorização por escrito do Diretor.

– Comparecer ao serviço com trajes inadequados, à função ou local de trabalho.

– Usar telefones da UPA para assuntos estranhos ao serviço, salvo em caso de real necessidade e com autorização expressa do seu superior imediato.

– Proceder ou mandar proceder à afixação ou distribuição de avisos e publicações estanhas a UPA, em qualquer de suas dependências.

– Jogar no chão, papéis, cigarros e outros objetos, os quais devem ser sempre colocados nos recipientes apropriados.

– Demorar-se, desnecessariamente, nas instalações da UPA, prejudicando a normalidade dos trabalhos.

– Utilizar equipamentos, máquinas, ferramentas, materiais, móveis ou outros pertences da UPA para realização de serviços próprios ou de terceiros, ainda que fora do período normal de trabalho.

– Agrupar-se no interior da UPA para palestrar, comentar, criticar, discutir, fazer ou provocar insinuações e manifestações sobre assuntos políticos, partidários, religiosos ou raciais. - As penalidades aqui previstas serão aplicadas sempre que for constatada uma violação de qualquer dispositivo contido neste Regulamento, avisos, circulares e Ordens de Trabalho.

– Fazer algazarras, falar em voz alta, provocar ou dar qualquer motivo para tumulto, discussões ou brigas, em toda e qualquer dependência da UPA.

– Referir-se de modo depreciativo ou provocativo aos colegas e superiores ou atos destes emanados.

– Promover ou provocar reuniões ou ajuntamentos de qualquer natureza no recinto da UPA, sejam para fundar associações, cooperativas, grupos ou clubes internos, seja para quaisquer outras finalidades estranhas ao serviço.

Dos Deveres dos Supervisores e Responsáveis

– Exercer e assegurar o controle diário de frequência e pontualidade de seus subordinados, promoverem a distribuição racional dos serviços, garantirem a produtividade do setor, assegurando a perfeita execução dos trabalhos, bem como o controle da qualidade, que devem ser mantidos.

– Cumprir e fazer cumprir este Regulamento e verificar as eventuais faltas de suas observâncias praticadas em serviço, dando conhecimento do fato à Diretoria, sugerindo a pena a ser aplicada.

– Prestar aos seus superiores hierárquicos, na forma das instruções existentes em manuais, Ordens de Trabalho e Regulamentos, ou sempre que lhes forem solicitadas, informações sobre o andamento dos serviços sob a sua supervisão.

– Organizar o programa de férias de seus subordinados, e o seu próprio, garantindo, através de racional divisão de trabalho, que todos gozem suas férias nos períodos previstos, observadas as determinações legais, não permitindo sua acumulação nem sua conversão em pecúnia.

– Responsabilizar-se pela manutenção da disciplina e ordem no recinto de trabalho, bem como pelo cumprimento do horário e saída de empregados durante o expediente.

– Obter autorização da Diretoria para transferência ou remanejamento de pessoal, no próprio setor, ou de um para outro setor.

Das Penas Disciplinares

- As penalidades aqui previstas serão aplicadas sempre que for constatada uma violação de qualquer dispositivo contido neste Regulamento, avisos, circulares e Ordens de Trabalho.

De acordo com a natureza a gravidade da falta, será aplicada, independentemente da ordem em que são estabelecidas, mas sempre em concordância com a disposição prevista na Legislação do Trabalho.

1 - Repreensão por escrito

2 – Advertência

3 – Suspensão

4 - Dispensa

Aplicação das penalidades previstas neste Regulamento obedecerá ao mais alto critério de justiça e equidade. A Diretoria da UPA zela pela saúde e integridade física do prestador de serviço ou contratado, estudando e promovendo todos os meios possíveis para melhorar a segurança e a higiene no trabalho.

Do Horário

Os prestadores de serviço e contratados trabalharão no período e horário que lhe forem designados.

Da Ausência

Quando houver necessidade de faltar ao serviço, o empregado deverá solicitar licença ao seu superior imediato, por escrito, justificando os motivos.

O empregado que, por motivo justo e previsto, não puder comparecer ao trabalho, avisará o seu superior hierárquico dentro de 24 horas da ausência e, assim que retornar ao trabalho fará por escrito de justificativa, juntando, caso necessário, os comprovantes solicitados.

Quando o motivo alegado for doença, o empregado, ao retornar aos serviços, deverá apresentar os documentos comprobatórios necessários.

As ausências ao trabalho, faltas, atrasos, saídas antecipadas e saídas durante o expediente, sem causa justificável ou sem autorização superior por escrito, constituem motivos de aplicação das penalidades previstas neste regulamento.

A ausência ao serviço, por mais de 30 dias, sem justificativa ou autorização prévia, constante deste Regulamento, será considerado abandono de emprego.

Dos Acidentes de Trabalho

Ao sofrer qualquer acidente de trabalho, o prestador de serviço ou contratado, deverá comunicar imediatamente o fato ao seu superior hierárquico para ser encaminhado ao médico.

Se isto não for possível, o empregado deverá fazer a comunicação dentro de 24 horas, contadas da ocorrência, sob pena de perda do direito ao tratamento e ao recebimento das diárias ou indenizações, quando for o caso.

O prestador de serviço ou contratado não deverá procurar médico ou farmácia estranhas para tratar-se, quando se acidentar no trabalho deverá recorrer aos serviços próprios da UPA, onde receberá o devido tratamento e ficará protegido pela Lei.

O empregado só deverá considerar-se curado do acidente após receber alta médica, por escrito.

Preceitos de Segurança e Higiene

A Diretoria da UPA zela pela saúde e integridade física do prestador de serviço ou contratado, estudando e promovendo todos os meios possíveis para melhorar a segurança e a higiene no trabalho.

Para o bem-estar do paciente e bom funcionamento da UPA, é expressamente PROIBIDO:

1. Portar-se de maneira inconveniente nos corredores da unidade, fazer barulho, provocar ruídos ou falar alto.

2. Fumar nas dependências da UPA.

3. Pacientes e acompanhantes permanecerem em trajes de dormir fora dos seus aposentos.

4. Um paciente visitar outro sem prévia autorização do médico. Igualmente, os senhores acompanhantes visitar outros pacientes entre os aposentos.

5. Ligar aparelhos elétricos sem prévia autorização da Administração.

6. Entrar nos postos de enfermagem ou em outros locais de serviços especializados.

7. Sentar no leito do paciente.

8. Solicitar ao serviço de enfermagem ou aos demais funcionários da unidade, serviços que não sejam de sua competência.

9. Continuar ocupando os aposentos ou serviços de enfermagem, após a alta e liquidação da conta hospitalar ou transferência para outra unidade.

10. Utilizar ou destravar a torneira do oxigênio e vácuo, sem conhecimento da enfermagem.

11. Pernoitar mais de um acompanhante.

12. A entrada de visitantes trajados inadequadamente.

OBSERVAÇÃO

1. A internação do paciente para observação só poderá ser efetuada sob responsabilidade de um médico devidamente cadastrado no Corpo Clínico da UPA.

2. O paciente e seu responsável deverão, no ato da internação, fornecer todos os dados de identificação solicitados.

3. O paciente não deve internar-se com objetos de valor tipo: relógio, anel, pulseiras, alianças, argolas, etc. A UPA não se responsabiliza por nenhum objeto pessoal.

REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO

1. DOS PRINCÍPIOS E OBJETIVOS

O presente Regimento Interno visa disciplinar a constituição, ações, relações, avaliação e direção dos profissionais da saúde, que utilizam a instituição para o exercício de suas atividades profissionais.

As unidades de saúde têm como finalidade principal prestar atendimento médico-hospitalar de boa qualidade aos que procuram os seus serviços, sem discriminação de cor, raça, religião e convicções políticas.

Os atendimentos e internações respeitarão as normas administrativas específicas estabelecidas pela administração da instituição, ressalvada os casos de urgência/emergência médica.

2. DA CONSTITUIÇÃO DO CORPO CLÍNICO

O Corpo Clínico regulamentado por este Regimento, é composto de todos os médicos, que utilizam as instalações, dependências ou serviços e que se encontram devidamente habilitados a exercer a profissão, sendo classificados nas seguintes categorias:

MEMBROS EFETIVOS: Profissionais autônomos que exercem prioritariamente suas atividades no Hospital Municipal Dr. Alcípio da Silva Oliveira Junior ou na Unidade de Pronto Atendimento do município.

MEMBROS CONTRATADOS: Profissionais que desenvolvem suas atividades na Instituição, mediante contrato específico de trabalho;

3. DOS ÓRGÃOS E DAS ASSESSORIAS TÉCNICAS DO HOSPITAL E DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

3.1. Os órgãos diretivos e de assessoria técnica das unidades são:

- Superintendência;

- Diretoria Clínica;

- Diretoria Técnica;

- Conselho Gestor

- Comissão de Ética Médica;

- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

- Comissão de Revisão de Prontuários Médicos;

- Comissão de Revisão de Óbitos

- Assembleia Geral do Corpo Clínico. O Diretor Clínico e os membros da Comissão Ética Médica serão eleitos pela Assembleia Geral Ordinária do Corpo Clínico.

4. DAS DELIBERAÇÕES DO CORPO CLÍNICO

O Corpo Clínico deliberará através de Assembleias Gerais que serão Ordinárias e Extraordinárias. As Assembleias Gerais Ordinárias serão convocadas pelo Diretor Clínico com antecedência mínima de 10 (dez) dias, e, compete ao Corpo Clínico:

- Eleger o Coordenador Clínico

- Eleger os membros da Comissão da Ética Médica.

- Ocorrendo a vacância do cargo de Diretor Clínico será convocada Assembleia Extraordinária do Corpo Médico para eleger o substituto até o final do mandato.

- As Assembleias Extraordinárias serão convocadas pelo Diretor Clínico quando julgar conveniente ou quando requeridos por 1/3 do Corpo Médico, ambas com

indicação dos motivos que justifiquem a convocação, a qual deverá ser feita pelo Diretor Clínico no prazo máximo de 05 (cinco) dias. As convocações serão realizadas com antecedência mínima de 10 (dez) dias e com a divulgação da ordem do dia.

- As Assembleias serão realizadas em primeira convocação com 2/3 do Corpo Médico e, em segunda convocação, 30 (trinta) minutos mais tarde, com qualquer número, sendo as deliberações tomadas pela maioria dos votos dos presentes.

5. DOS DIREITOS E DEVERES DO CORPO CLÍNICO

São direitos dos membros do Corpo Clínico:

- A autonomia profissional;

- A admissão no Corpo Clínico obedecidas as formalidades;

- O acesso à Instituição e seus serviços;

- Participar das reuniões ou assembleias do Corpo Clínico e atividades científicas do Hospital;

- Votar, a partir de 2 anos de seu credenciamento;

- Comunicar aos órgãos competentes, como Conselho Médico, Comissão Ética Médica, Diretores Clínico ou Técnico do Hospital falhas na organização, nos meios e na execução da assistência médica prestada pela Instituição.

5.1. São deveres dos membros do Corpo Clínico:

- Conhecer e cumprir o Código de Ética Médica ou da área em que atuam, bem como o Regulamento Interno da unidade em que prestam serviço e o presente Regimento;

- Manter comportamento cordial, respeitando os colegas e os funcionários do Hospital e da Unidade de Pronto Atendimento;

- Assistir os pacientes sob seu cuidado com respeito, consideração, e dentro da melhor técnica em seu benefício;

- Colaborar com os demais na assistência aos seus pacientes, quando solicitado;

- Cumprir as normas técnicas e administrativas da Instituição;

- Elaborar e manter atualizado o prontuário médico de seus pacientes, que deverá conter de modo legível, o histórico clínico, evolução e todas as ordens e prescrições assinadas, bem como os registros indispensáveis à elucidação do caso a qualquer momento;

- Assumir a responsabilidade criminal, civil e ética pelos seus atos médicos e pelas indicações de métodos de diagnóstico, tratamento e medicamentos;

- Colaborar com as Comissões específicas da Instituição;

- Informar e relatar aos órgãos Diretivos, quando solicitado, esclarecimentos de ordem médica e/ou administrativa relativos à sua atividade, ou aos seus pacientes, para fins de esclarecimento de intercorrências administrativas, médicas, éticas ou jurídicas;

- Atualização profissional na área da sua especialidade;

- Colaborar no atendimento médico-social previsto nos Estatutos da Sociedade.

6. DO INGRESSO NO CORPO CLÍNICO

Para ingressar no Corpo Clínico o profissional deverá preencher formulário próprio, atendendo aos seguintes requisitos:

- Estar devidamente registrado junto ao Conselho Regional de Medicina de São Paulo, ou outro órgão representativo de sua profissão, apresentando documentação competente;

- Indicar sua especialidade clínica com os respectivos registros, documentos da AMB e CFM, seu currículo de formação e atividades médicas.

- Tomar conhecimento e assinar declaração de ciência deste regimento e das normas administrativas do Hospital e/ou da Unidade de Pronto Atendimento;

- Manter sempre atualizado seu cadastro perante a Diretoria Clínica do Pronto Socorro.

- Apresentar cópia simples dos seguintes documentos:

• Diploma

• Conclusão de Residência

• Título de especialista

• RG/CPF

• Carteira do CRM

• Comprovante de quitação de anuidade do CRM

• Currículo atualizado

Após o recebimento de toda a documentação acima a Diretoria Clínica terá 10 dias para análise para aprovação (ou não) do cadastro.

7. INFRAÇÕES E PENALIDADES

Qualquer membro do Corpo Clínico será considerado infrator e sujeito à penalidade quando desrespeitar o Código de Ética Médica regulamentado pelo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Federal de Medicina, Regimento das unidades, o presente Regimento e as normas administrativas internas.

7.1. As penalidades cabíveis para as transgressões administrativas e regimentais internas são as seguintes:

- Admoestação verbal reservada

- Censura reservada

- Suspensão temporária do Corpo Clínico

- Exclusão do Corpo Clínico

Havendo indícios de infringência de natureza ética por parte de qualquer membro do Corpo Médico, será feita uma denúncia a Comissão de Ética Médica que abrirá sindicância sobre o fato e, conforme a conclusão da mesma poderá encaminhar ao CREMESP. A suspeita ou denúncia de infração cometida por qualquer membro das atividades afins ensejará a instalação de sindicância encaminhada posteriormente ao Conselho Regional da respectiva área para julgamento.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

A internação de qualquer paciente só pode ser realizada sob a responsabilidade de um médico integrante do Corpo Clínico que registrará sua solicitação com diagnóstico provisório ou definitivo e recomendações especiais necessárias a internação e os cuidados.

As internações sempre estão sujeitas às normas administrativas da Unidade e disponibilidade de vagas, ressalvadas os casos de eminente risco de vida.

Os documentos do prontuário médico são de propriedade do paciente, permanecendo sob a guarda do Hospital ou da Unidade de Pronto Atendimento, de acordo com as determinações legais, preservando as condições de sigilo estabelecidas na lei e no Código de Ética Médica.

É vedado ao integrante do Corpo Clínico, apossar-se, total ou parcialmente, do prontuário, podendo consultá-lo após o arquivamento, por solicitação escrita e mediante assinatura de termo de responsabilidade, não podendo, porém, tirar cópias, fotos sem o consentimento do paciente ou seu responsável.

O acesso ao prontuário é restrito ao médico responsável e membros de sua equipe e aos profissionais envolvidos no trabalho, salvo determinadas situações especiais em que outros profissionais de saúde não ligados ao trabalho poderão acessar este documento.

A divulgação em qualquer veículo de comunicação ou através de outros meios diretos ou indiretos de fatos referentes às atividades do hospital poderá ser divulgada mediante a autorização do próprio paciente ou responsável e quaisquer informações sobre pacientes poderá ser efetuada mediante autorização expressa da Superintendência.

As informações sobre pacientes deverão ser dadas sob a forma de Boletim Médico, desde que haja concordância do paciente, respeitando os preceitos do C.F.M. e ainda o envio de cópia ao Diretor Clínico para ciência. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo Conselho Médico e / ou pela Superintendência do Pronto Atendimento de acordo com a natureza dos mesmos.

4.6 - Ações voltadas à qualidade relacionadas à satisfação dos pacientes e/ou acompanhantes, implantação de um serviço de acolhimento

Política de Gestão de Qualidade

A gestão de qualidade do IAPP é baseada nos critérios que serão apresentados a seguir, sendo que em todos os blocos apresentados, a organização não mede esforços para que as atividades sejam realizadas com padrão de excelência.

1. Roteiro de padrões de conformidade:

BLOCOS	CRITÉRIOS
I– GESTÃO ORGANIZACIONAL	1. Liderança e Organização
	2. Demanda, Usuários e Sociedade
	3. Gestão da Informação
	4. Gestão de Pessoas
II - APOIO TÉCNICO E LOGÍSTICO	5. Gerenciamento de Risco
	6. Gestão da Infra-Estrutura Física
	7. Gestão de Equipamentos
	8. Gestão de Materiais
	9. Higiene do Ambiente e Processamento de Roupas
	10. Alimentação e Nutrição
	11. Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia (SADT)
	12. Serviços de Hemoterapia
III - GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE	13. Humanização da Atenção
	14. Atenção Imediata – Urgência/Emergência
	15. Atenção em Regime Ambulatorial de Especialidades *

	16. Atenção em Regime de Internação
	17. Atenção em Regime de Terapia Intensiva
	18. Atenção Cirúrgica e Anestésica
	19. Atenção Materno-Infantil *
	20. Atenção Radioterápica *
	21. Atenção Quimioterápica *
	22. Atenção ao Renal Crônico - Terapia Renal Substitutiva *

BLOCO I – GESTÃO ORGANIZACIONAL

1. LIDERANÇA E ORGANIZAÇÃO

PADRÃO DE CONFORMIDADE
1. O funcionamento do estabelecimento está sob direção técnica de profissional habilitado para o exercício da atividade oferecida no serviço.
2. Existe pessoa responsável para resolver situações adversas e que esteja acessível durante todo o período de funcionamento.
3. O estabelecimento dispõe de mecanismos que visem garantir a Ética Profissional.
4. As atividades, responsabilidades e competências estão definidas e descritas.
5. Planeja estrategicamente as diretrizes organizacionais de forma participativa.
6. Avalia periódica e sistematicamente a produção e gastos planejados.

2. DEMANDA, USUÁRIO E SOCIEDADE

PADRÃO DE CONFORMIDADE
7. Adota métodos que visam garantir a segurança e integridade física dos usuários.
8. Conhece e utiliza os serviços de referências disponíveis visando à continuidade da atenção.
9. Divulga à sociedade seus serviços e ações de melhoria de forma a reforçar sua imagem.
10. Dispõe de canais de comunicação que permitam aos usuários expressarem e terem atendidas as suas reclamações, sugestões e solicitações.
11. Realiza periodicamente pesquisa de satisfação com usuários e utiliza estes resultados nas tomadas de decisão.
12. Mantém ou participa de algum programa de qualidade de vida em parceria com a comunidade.

3. GESTÃO DA INFORMAÇÃO

PADRÃO DE CONFORMIDADE
13. Há registros sistemáticos dos atendimentos, evoluções e intercorrências nas fichas ou prontuários dos pacientes.
14. Assegura a guarda dos prontuários no que se refere a confidencialidade e integridade e os mantém disponíveis em local de fácil acesso.
15. Existe Comissão de Revisão de Prontuários formalmente constituída com regimento interno e registro das reuniões periódicas em ata.
16. Informa aos órgãos competentes a ocorrência de Doenças de Notificação Compulsória.
17. Cria, compara, analisa e divulga os indicadores da atenção com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços.

18. Mantém o Sistema de Informações Gerenciais atualizado em relação

4. GESTÃO DE PESSOAS

PADRÃO DE CONFORMIDADE
19. Os postos de trabalho estão completos em conformidade com a finalidade e a necessidade do estabelecimento.
20. Os profissionais cuja profissão é regulamentada por conselhos de classe estão registrados nos mesmos.
21. Os funcionários são avaliados periodicamente por equipe de Medicina do Trabalho.
22. O estabelecimento dispõe de mecanismo de controle de acidentes de trabalho.
23. Há política de educação permanente.
24. O estabelecimento mede e avalia a satisfação e o desempenho dos trabalhadores.

BLOCO II – APOIO TÉCNICO E LOGÍSTICO

5. GERENCIAMENTO DE RISCO

PADRÃO DE CONFORMIDADE
25. Existe Programa de Controle de Infecção Hospitalar com ações deliberadas e sistemáticas.
26. A Central de Material e Esterilização monitora os processos de limpeza, desinfecção e esterilização.
27. Há métodos que visam garantir o fornecimento e uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPI e Equipamentos de Proteção Coletiva - EPC.

28. Realiza o controle de vetores.
29. Há programa de educação permanente em controle de infecção.
30. O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde está implantado.

6. GESTÃO DA INFRA-ESTRUTURA FÍSICA

PADRÃO DE CONFORMIDADE
31. Garante a continuidade da atenção em caso de interrupção do fornecimento de água pela rede pública.
32. Garante a continuidade da atenção em caso de interrupção do fornecimento de energia elétrica pela rede pública.
33. Realiza manutenção predial corretiva.
34. O projeto físico do estabelecimento foi aprovado pelos órgãos competentes.
35. Garante condições de segurança contra incêndio.
36. As sinalizações dos ambientes são visíveis e de fácil entendimento.

7. GESTÃO DE EQUIPAMENTOS

PADRÃO DE CONFORMIDADE
37. Os equipamentos (*autoclaves e/ou raios-X) estão* disponíveis em condições de uso, compatíveis com a finalidade a que se propõem e de acordo com a legislação vigente.
38. Os equipamentos têm registro de manutenção corretiva.
39. O equipamento tem registro na ANVISA
40. Há manutenção preventiva dos equipamentos.
41. Os equipamentos são manuseados por profissionais qualificados.

42. Todos os equipamentos estão inventariados

8. GESTÃO DE MATERIAIS

PADRÃO DE CONFORMIDADE
43. O estabelecimento realiza armazenamento adequado com a disposição por categoria de produtos ou outra forma organizada, obedecendo à separação para medicamentos, germicidas, sucatas e produtos para saúde (artigos médicos – hospitalares e diagnóstico), observando o cumprimento dos requisitos de segurança (registro, cadastro, validade e estocagem).
44. Os medicamentos sujeitos a controle especial são rastreáveis desde sua aquisição até o consumo pelo paciente.
45. Realizam padronização e seleção dos produtos adquiridos.
46. Há mecanismos que visam garantir a continuidade da atenção em caso de falta de materiais e medicamentos para o paciente.
47. Realizam ações de farmacovigilância.
48. Os medicamentos são distribuídos por dosagem unitária/individual.

9. HIGIENE DO AMBIENTE E PROCESSAMENTO DE ROUPAS

PADRÃO DE CONFORMIDADE
49. A diluição dos saneantes é realizada por pessoa treinada e supervisionada por profissional capacitado.
50. São realizadas as trocas diárias de roupas, ou substituição de compressas e campos, para cada paciente, sempre que necessário.
51. O transporte e o processamento de roupas limpas e sujas ocorre sem que haja o contato direto das mesmas.
52. Os procedimentos e rotinas de limpeza e desinfecção são registrados,

supervisionados e estão em locais disponíveis e de fácil acesso.
53. Os saneantes usados são registrados junto a ANVISA
54. Existem ações de educação permanente em higienização do ambiente e processamento de roupas.

10. ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

PADRÃO DE CONFORMIDADE
55- É assegurado o fornecimento de refeições aos pacientes, conforme prescrição nutricional.
56- O preparo e acondicionamento das refeições são realizados de acordo com o Manual de Boas Práticas de Transporte e Fabricação de Alimentos.
57- A Unidade de Alimentação e Nutrição é supervisionada por Nutricionista.
58- Os serviços e produtos adquiridos ou contratados estão de acordo com a legislação vigente
59- Existem ações de educação permanente para os profissionais envolvidos em alimentação e nutrição.
60- Há educação alimentar para pacientes e familiares visando à recuperação e manutenção da saúde.

11. SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA (SADT)

PADRÃO DE CONFORMIDADE
61- Os técnicos que realizam os procedimentos são habilitados e responsáveis pela emissão dos laudos.
62-O técnico executante dos exames de SADT está habilitado para a realização dos exames.
63-Os locais para realização dos exames são específicos e com condições ideais

para realização dos procedimentos.
64-Os exames são identificados de maneira legível e completa desde a solicitação até o resultado.
65 -Há mecanismos para verificar e minimizar os erros dos processos.
66 - Há mecanismos para avaliar sistematicamente a pertinência de solicitações de exames.

12. SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA

PADRÃO DE CONFORMIDADE
67. A unidade de hemoterapia é gerenciada por médico hemoterapeuta, hematologista ou outro médico capacitado por órgão competente.
68. Os hemoderivados e hemocomponentes atendem aos requisitos de rastreabilidade e segurança (validade, identificação e estocagem) desde a aquisição até a administração ao paciente.
69. Os profissionais que atuam em hemoterapia são capacitados.
70. O serviço realiza ações de hemovigilância.
71. Existe comitê transfusional.
72. Existem ações de educação permanente para os profissionais que atuam em hemoterapia, hemocomponentes e hemoderivados.

BLOCO III – GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

13. HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO

PADRÃO DE CONFORMIDADE
73. Existem métodos que visam reduzir ou minimizar o desconforto nas filas.
74. Os pacientes pediátricos, idosos, com necessidades especiais, gestantes e puérperas têm direito de acompanhante com condições necessárias para a permanência dos mesmos.
75. Há a garantia de visita aberta, propiciando a presença da rede social do paciente, respeitando a dinâmica de cada unidade.
76. Utiliza métodos que possibilitam ao usuário a identificação dos profissionais que cuidam de sua saúde.
77. Realiza ações pró-ativas identificando necessidades e busca elevar o grau de satisfação dos usuários e funcionários.
78. Existem mecanismos de institucionalização das diretrizes da Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção à Saúde.

14. ATENÇÃO IMEDIATA - URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

PADRÃO DE CONFORMIDADE
79. A unidade possui infra-estrutura, equipamentos e medicamentos destinados ao atendimento imediato.
80. A unidade dispõe de médico exclusivo e enfermeiro disponível e em tempo integral.
81. A unidade conta com análises clínicas laboratoriais, eletrocardiografia e radiologia convencional.
82. Os profissionais que atuam em urgência e emergência têm capacitação específica.
83. Utilizam protocolos de urgência e emergência na prática diária.
84. Existe gerenciamento do tempo de permanência do paciente na unidade de atendimento imediato.

15. ATENÇÃO EM REGIME AMBULATÓRIAL DE ESPECIALIDADES

PADRÃO DE CONFORMIDADE
85. O ambulatório possui local destinado ao atendimento imediato com equipamentos, medicamentos e disponibilidade de oxigênio.
86. Existe enfermeiro na unidade durante todo o período de funcionamento.
87. A unidade gerencia a fila ambulatorial, procurando minimizá-la.
88. A unidade realiza ações de educação em saúde para pacientes e familiares.
89. Os pacientes atendidos neste serviço têm assegurado agendamento de retorno.
90. O estabelecimento estimula a atuação da equipe multiprofissional no atendimento ao usuário.

16. ATENÇÃO EM REGIME DE INTERNAÇÃO

PADRÃO DE CONFORMIDADE
91. A unidade de internação possui médico disponível no estabelecimento em tempo integral para o atendimento imediato.
92. A unidade de internação possui equipamentos, medicamentos e disponibilidade de oxigênio destinado ao atendimento imediato.
93. O dimensionamento da equipe e planejamento das ações de assistência é baseado nas necessidades individuais do paciente.
94. A unidade adota métodos que garantam a continuidade da conduta diagnóstica e terapêutica, minimizando ações desnecessárias.

95. Os manuais de normas, rotinas e procedimentos estão atualizados e disponíveis.
96. A unidade orienta os pacientes e familiares quanto aos autocuidados.

17. ATENÇÃO EM REGIME DE TERAPIA INTENSIVA

PADRÃO DE CONFORMIDADE
97. A unidade dispõe de um responsável técnico habilitado em terapia intensiva e de médico, enfermeiro e auxiliares de enfermagem exclusivos em período integral.
98. A unidade possui, para uso exclusivo, carro de parada ou o equivalente em equipamentos e medicamentos, além de monitorização cardiovascular e respiratória.
99. O número de leitos de terapia intensiva é compatível com o número de leitos do estabelecimento como um todo.
100. A unidade de terapia intensiva está instalada em local exclusivo e de acesso restrito.
101. A equipe multiprofissional é complementada por fonoaudiólogo, psicólogo e assistente social.
102. A unidade calcula índices prognósticos e taxa de reinternação para subsidiar o gerenciamento da qualidade.

18. ATENÇÃO CIRÚRGICA E ANESTÉSICA

PADRÃO DE CONFORMIDADE
103. A unidade dispõe de roupas, equipamentos e materiais para a realização das cirurgias eletivas e mantém uma margem de segurança em estoque em casos de urgência.
104. A unidade dispõe de enfermeiro exclusivo durante o período de realização de cirurgias.
105. A unidade dispõe de sistema centralizado e dutado de gases medicinais.

106. A unidade gerencia o tempo de permanência do paciente na Recuperação Pós-anestésica (RPA) e garante a atenção por anestesista.
107. Todos os pacientes cirúrgicos recebem atendimento pré-anestésico por anestesista.
108. A unidade tem implantado o plano de gerenciamento da qualidade do ar interior climatizado.

Humanização e Ambiência

A Gestão de Qualidade do IAPP tem que a humanização e a ambiência são fundamentais na área da saúde. Desta forma, apresentaremos nossas propostas neste quesito.

HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

A humanização é descrita, no campo da saúde, como uma aposta ético-estético-política. É uma aposta ética porque envolve a atitude de usuários, gestores e profissionais de saúde comprometidos e corresponsáveis. É estética porque se refere ao processo de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. E é política porque está associada à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS.

Com base nesta concepção, foi criada pelo Ministério da Saúde, em 2003, a Política Nacional de Humanização, atuando de forma transversal às demais políticas de saúde, a fim de impactá-las e interferir na qualificação da atenção e gestão do SUS. Sua criação se deve à necessidade de avanço e qualificação do sistema nacional de saúde, na relação e nos processos de atenção ao usuário, bem como no trabalho de gestores e trabalhadores da área, reconhecendo a singularidade e a capacidade criadora de cada sujeito envolvido.

A Política Nacional de Humanização se pauta em três princípios: inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, transversalidade e autonomia e protagonismo dos sujeitos. Além disso, está em constante atualização, em busca de coerência com os princípios do SUS, sendo uma política institucional construída coletivamente, envolvendo não só o governo federal, mas as instâncias estaduais e municipais. Para se efetivar a humanização é fundamental que os sujeitos participantes dos processos em saúde se reconheçam como protagonistas e corresponsáveis de suas práticas, buscando garantir a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade das ofertas em saúde.

Um importante aspecto da humanização é que o processo de acolhimento seja bem definido para que haja sucesso na proposta. Desta forma, o IAPP preocupa-se incessantemente com o acolhimento dos pacientes, bem como que a classificação de risco seja executada de forma eficaz.

O Sistema Único de Saúde (SUS) funciona como uma espécie de rede que deve estar integrada para que o atendimento aos usuários não sofra interrupções, sendo o indivíduo acompanhado nos diversos níveis de atenção à saúde de acordo com suas especificidades.

O sistema inicialmente organizado como uma pirâmide contém a atenção básica (ou nível primário) na base, sendo ela considerada a porta de entrada do usuário nesse sistema.

O nível secundário estaria localizado na parte intermediária composta por unidades de urgência e emergência, além de consultas especializadas.

Finalmente, no topo da pirâmide, tem-se o nível terciário de atenção que abrange as hospitalizações e procedimentos de alta complexidade.

Essa hierarquia ainda é mantida e é necessária para a organização segundo níveis de complexidade, porém, com uma visão mais ampla do processo, onde estes níveis se interligam e se comunicam de forma a manter o vínculo com o usuário.

Entretanto, por experiência em gestão anterior percebemos que a atenção básica não tem conseguido ser a porta de entrada mais importante dos pacientes, e esta função ainda está centrada no Pronto Socorro e no Hospital.

Assim, é imprescindível que haja efetivamente a articulação dos serviços de saúde, nos diferentes níveis de atenção, através de uma relação dialética entre eles, respondendo adequadamente, com eficácia e com eficiência, às condições agudas e crônicas da população, especialmente quando o acesso aos serviços de saúde se iniciam nos níveis secundário e terciário.

O sistema de referência e contra referência assume, nesse sentido, papel fundamental para que esse processo ocorra efetivamente.

Referenciar um paciente implica em transferi-lo a um estabelecimento especializado a partir da Unidade Básica.

Porém, a comunicação deve ocorrer também no sentido oposto, ou seja, através do contra referência desse caso, ocorrendo assim uma dinâmica constante no sistema.

Pretendemos implantar normas claras referente aos mecanismos de fluxos de referência e contra referência, com o objetivo de garantir a integralidade da assistência o acesso da população aos serviços e promover ações de saúde de acordo com suas necessidades.

Não deve haver hierarquia entre os diferentes nós da rede, e sim uma organização horizontal dos serviços, pois todos são igualmente importantes para os objetivos propostos.

O que se observa no cotidiano das unidades de saúde é que, rotineiramente, a referência e contra referência não ocorre de forma sistemática, ficando o usuário solto no sistema, sem possibilidades de acompanhamento do seu estado de saúde de maneira integral.

Nós do IAPP priorizamos a importância do preenchimento das guias e do encaminhamento do usuário para o nível de complexidade adequado e para isso, dispomos de equipe da qualidade que orienta, treina e acompanha o processo. Temos a responsabilidade de desenvolver métodos de planejamento para os mecanismos de referência e contra referência, e ações que estabelecem esta conexão e fluxo do paciente para os serviços de maior complexidade. Possibilitaremos uma racionalização do atendimento, através do mecanismo de referência e contra referência, permitindo um fluxo ordenado de pacientes tanto de baixo para cima como de cima para baixo. Isso garantirá que as necessidades das pessoas sejam atendidas nos espaços adequados, com

tecnologias adequadas, além do acompanhamento até a resolução de todos os seus problemas, assegurando assim, a continuidade dos serviços.

Não permitiremos que o sistema caminhe de forma segmentada e desarticulada, nem tampouco que os usuários tenham que buscar por conta própria os serviços e procedimentos que creem que convém. A integralidade norteará as práticas de todos os profissionais da saúde e a organização do processo trabalho, buscando uma melhoria nas condições de vida da população. Assim, a articulação dos serviços torna-se fundamental para o cumprimento desse direito assegurado por lei aos usuários.

Este projeto tem como objetivo ser ponte de ligação entre o desejo e a realidade. Mostrar as ações estruturadas com intenção determinada da nossa organização social, partindo da reflexão e do diagnóstico sobre as problemáticas do município e buscar contribuir, com medida estratégica. Este projeto é uma ação social planejada, estruturada em objetivos, resultados e atividades, baseados em uma quantidade limitada de recursos e de tempo. Estes projetos sociais tornam-se, assim, espaço permanente de negociação entre nossas utopias pessoais e coletivas – o desejo de mudar as coisas –, e as possibilidades concretas para realizar mudanças – e caminhar para a realidade.

O IAPP - INSTITUTO DE APOIO A POLÍTICAS PÚBLICAS - conta com uma equipe que administra vários projetos, são profissionais especializados com base em conhecimento teórico e prático muito bem-conceituado para que em tudo aja resultados satisfatórios e supra demais expectativas, contando com experiências de gestão anteriores. Conta com uma metodologia de incentivo a mudanças de hábitos através desses projetos objetivando o acesso da comunidade a uma vida mais saudável e digna utilizando de novos hábitos no campo da saúde, promovendo assim uma melhora no estado físico e psicológico da comunidade em vista o que reflete na visão macro do município.

Esses projetos são de grande importância para o desenvolvimento social, fazendo com que mais pessoas se interessem em querer conhecer e aprimorar seus hábitos de vida.

O IAPP apresenta projetos no campo da nutrição, saúde da mulher, crianças, jovens e adolescentes, saúde do homem e idosos mais saudáveis atendendo de acordo com a necessidade de cada município levando em consideração as prioridades e necessidades primárias da população local.

Inicialmente avalia-se a necessidade de orientação, cuidados preventivos e corretivos na saúde bucal de crianças e adolescentes. O projeto com profissionais capacitados sendo dentistas e cirurgiões de plantão para atender desde urgências, emergências e rotina.

O IAPP preza pela Humanização do Atendimento, 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).

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, garantindo um atendimento resolutivo e humanizado àqueles em situações de sofrimento agudo ou crônico agudizado de qualquer natureza.

Objetivos

Humanizar o atendimento mediante escuta qualificada do cidadão que busca os serviços de urgência/ emergência;

Classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços de urgência/emergência, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato;

Utilizar o encontro com o cidadão como instrumento de educação no que tange ao atendimento de urgência/emergência;

Construir os fluxos de atendimento na urgência/emergência considerando a rede dos serviços de prestação de assistência à saúde.

A quem se destina

Usuários que procuram as portas dos serviços de urgência/emergência do sistema de saúde da rede SUS, no momento definido pelo mesmo como de necessidade aguda ou de urgência.

Como se aplica

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.

Ao chegar ao serviço de urgência demandando necessidade aguda ou de urgência, o usuário é acolhido pelos funcionários da portaria/recepção ou estagiários e encaminhado para confecção da ficha de atendimento.

No humaniza SUS, a humanização se define: aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede do SUS no cuidado à saúde implica

Mudança na cultura da atenção aos usuários e na gestão dos processos de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários; é garantir direitos aos usuários e seus familiares; é estimular que eles se coloquem como protagonistas do sistema de saúde através de sua ação de controle social. Mas é, também, ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações, e que possam participar como cogestores do seu processo de trabalho.

A humanização do SUS se operacionaliza com a troca e a construção de saberes; o trabalho em rede com equipes multiprofissionais; a identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde; o pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde (instâncias da gestão e da atenção), assim como entre gestores, trabalhadores e usuários desta rede; o resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde; construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS. Assim, apresenta a noção de humanização como sendo a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão.

Sob as diretrizes do Humaniza SUS o presente Projeto prevê, além da escuta do usuário e familiares, por meio do Serviço de Ouvidoria, um atendimento especial aos acompanhantes nos atendimentos pediátricos, seguindo o critério de que os pacientes menores serão acompanhados.

Pressupostos:

Debater a questão do que é ser acompanhante;

Abrir espaço para escuta, orientação e reflexão;

Possibilitar a discussão das questões trazidas pelo grupo;

Esclarecer direitos e deveres do acompanhante na Unidade de Saúde;

Melhorar a interação acompanhante/equipe multidisciplinar, visando ao conforto do paciente e acompanhante, durante sua permanência no PA;

Fortalecer o tratamento do paciente, mantendo informado o mesmo e família dos procedimentos executados;

Socializar as informações, aumentando o compromisso dos acompanhantes e o nível de conscientização;

Integrar todos os setores no processo da assistência humanizada aos pacientes e acompanhantes.

A implantação da programação inclui a qualificação dos serviços, desde a recepção até a pós consulta, com treinamento para o atendimento humanizado e qualificado que garanta o acolhimento com classificação de risco, com a possibilidade ao usuário em observação ser acompanhado por seu familiar ou cuidador e contrarreferenciamento do usuário à rede de atenção primária.

Utilização do modelo de protocolo de Manchester

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Justificativa: Com a crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência, observou-se um enorme fluxo de “circulação desordenada” dos usuários nas portas do Pronto-Socorro, tornando-se necessária a reorganização do processo de trabalho deste serviço de saúde de forma a atender os

diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência realizada aos agravos agudos de forma que a assistência prestada fosse de acordo com diferentes graus de necessidades ou sofrimento e não mais impessoal e por ordem de chegada.

A disponibilização dessa tecnologia não deve abranger a todos os que procuram o serviço, em especial nos locais onde a demanda é excessiva, ou corre-se o risco de se produzir um novo gargalo na entrada; o contrário disto é uma hipertrofia neste serviço podendo prejudicar a constituição de outras equipes importantes na unidade.

Desta forma a utilização da Avaliação/ Classificação de Risco deve ser por observação (a equipe identifica a necessidade pela observação do usuário, sendo aqui necessário capacitação mínima para tanto) ou por explicitação (o usuário aponta o agravo).

O fato de haver indivíduos que "passam na frente" pode gerar questionamentos por aqueles que se sentem prejudicados, no entanto isso pode ser minimizado com divulgação ampla aos usuários na sala de espera do processo utilizado. Àqueles que ainda resistem, o processo de escuta deve ser exercitado utilizando-se a própria tecnologia para tanto.

Objetivos da Classificação de Risco:

- Avaliar o paciente logo na sua chegada ao Pronto-Socorro humanizando o atendimento.

- Descongestionar o Pronto-Socorro.

- Reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade.

- Determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo. Exemplo: ortopedia, ambulatórios, etc.

- Informar os tempos de espera.

- Promover ampla informação sobre o serviço aos usuários.

- Retornar informações a familiares.

- Pré-requisitos necessários à implantação da Central de 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); ¾Sistema 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 Emergência.

- A área de Emergência, nesta lógica, deve ser pensada também por nível de complexidade, desta forma otimizando recursos tecnológicos e força de trabalho das equipes, atendendo ao usuário segundo sua necessidade específica.

O Método de Classificação de Risco – Protocolo de Manchester

O Manchester classifica, após uma triagem baseada nos sintomas, os doentes por cores, que representam o grau de gravidade e o tempo de espera recomendado para atendimento.

Aos doentes com patologias mais graves é atribuída a cor vermelha, atendimento imediato; os casos muito urgentes recebem a cor laranja, com um tempo de espera recomendado de dez minutos; os casos urgentes, com a cor amarela, têm um tempo de espera recomendado de 60 minutos. Os doentes que recebem a cor verde e azul são

casos de menor gravidade (pouco ou não urgentes) que, como tal, devem ser atendidos no espaço de tempo maior, podendo levar até 3 horas.

O programa recebeu este nome porque foi aplicado pela primeira vez em 1997 na cidade britânica de Manchester. Esta triagem foi rapidamente implementada em vários hospitais do Reino Unido. Em Portugal, são poucos os hospitais que ainda não utilizam este sistema, que já está sendo empregado em outros países da Europa, como Espanha, Holanda, Alemanha e Suécia.

COMO FUNCIONA?

A Classificação de Risco é realizada com base em protocolo adotado pelo IAPP, normalmente representado por cores que indicam a prioridade clínica de cada paciente. Para tanto, algumas condições e parâmetros clínicos devem ser verificados.

A classificação de risco deve ser executada por um profissional de nível superior, que geralmente é o enfermeiro que tenha uma boa capacidade de comunicação, agilidade, ética e um bom conhecimento clínico.

O paciente que chega à unidade é atendido prontamente pelo enfermeiro, que fará uma breve avaliação do quadro clínico do paciente utilizando o protocolo de Manchester, depois encaminha o mesmo para o local de atendimento.

Para classificar o risco, o Enfermeiro deverá considerar a apresentação atual da doença, resposta emocional, sinais de alerta, situação/queixa, sinais vitais, saturação de O2, Escala de dor, Escala de Coma de Glasgow, Glicemia, Escala de Queimados (Regra dos 9); estes dados serão registrados em impresso próprio, com o carimbo e assinatura do profissional.

A prioridade da assistência médica e de enfermagem será categorizada através das cores:

Após essa avaliação os pacientes são identificados com pulseiras de cores correspondentes a um dos seis níveis estabelecido pelo sistema.

A prioridade da assistência médica e de enfermagem será categorizada através das cores:

COR VERMELHO (EMERGENTE): prioridades 1 - tem atendimento imediato; Condições em que o usuário apresenta risco de morte ou sinais de deterioração do quadro clínico que ameaçam à vida - RESSUCITAÇÃO/EMERGÊNCIA.

COR LARANJA (MUTO URGENTE): prioridades 2 - prevê atendimento em dez minutos; Condições que potencialmente, ameaçam à vida e requer rápida intervenção médica e de enfermagem – URGÊNCIA.

COR AMARELO (URGENTE): prioridade 3 – atendimento em 60 minutos; Condições que podem evoluir para um problema sério, se não forem atendidas rapidamente - URGÊNCIA.

COR VERDE (POUCO UREGENTE): prioridade 4 - 90 minutos (tempo estabelecido pelo IAPP). Condições que apresentam um potencial para complicações - SEMI-URGÊNCIA.

COR AZUL (NÃO URGENTE): prioridade 5 - 180 minutos (tempo estabelecido pelo IAPP). Condições não agudas, não urgentes ou problemas crônicos, sem alterações dos sinais vitais - NÃO URGÊNCIA.

Benefícios do uso do Protocolo Manchester

A implantação do Protocolo de Manchester permite que os atendimentos sejam realizados com mais eficiência, já que, em se tratando de saúde, tempo pode representar a diferença entre salvar uma vida e perder um paciente. Além disso, como o sistema prevê uma organização adequada das prioridades, pode-se encaminhar pacientes para outras unidades médicas, de maneira que a demanda pode ser compartilhada entre as

unidades médicas próximas, se for o caso. Além disso, com a diminuição do risco clínico, evita-se o uso de recursos de urgência advindos da inobservância das condições do paciente antes do agravamento do quadro.

Com a implantação do Protocolo de Manchester, os pacientes também são beneficiados, pois submetidos a esta metodologia de classificação de risco, eles estão assegurados que não correrão risco de vida, e além disso, ele terá uma previsão média do tempo que levará para obter atendimento, diminuindo a expectativa. Além disso, o uso do Protocolo Manchester é a garantia de oferta de um serviço homogêneo, tendo em vista que, independentemente do horário, do dia da semana ou do profissional que estará de plantão, a instituição de saúde terá a mesma padronização no atendimento.

Os benefícios trazidos pelo Protocolo de Manchester vão desde a organização do fluxo do hospital, com definições de áreas de atendimento, até a diminuição do risco clínico dos pacientes.

- O USO DE PULSEIRAS PARA TRIAGEM DE PACIENTES

Para garantir a eficiência do método implantado alinharemos ao protocolo de triagem o uso de pulseiras de identificação.

A adoção deste protocolo organiza o atendimento e pode adiar ou evitar caos no atendimento nos casos de superlotação.

O paciente ao chegar no Pronto Socorro e passar pela triagem para a avaliação e classificação, recebe uma pulseira de identificação com uma cor, conforme a gravidade.

AMBIÊNCIA: Humanização dos “territórios” de encontros do SUS

Ambiência na Saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana.

Ao adotar o conceito de Ambiência para a arquitetura nos espaços da Saúde, atinge-se um avanço qualitativo no debate da humanização dos territórios de encontros do SUS. Vai-se além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, passando a considerar as situações que são construídas. Essas situações são construídas em determinados espaços e num determinado tempo e vivenciadas por uma grupalidade, um grupo de pessoas com seus valores culturais e relações sociais.

O conceito de AMBIÊNCIA segue primordialmente três eixos:

- O espaço que visa a confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia, e garantindo conforto aos trabalhadores e aos usuários.

- O espaço que possibilita a produção de subjetividades - encontro de sujeitos – por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho.

- O espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

É importante ressaltar que esses três eixos devem estar sempre juntos na composição de uma ambiência, sendo esta subdivisão apenas didática.

1. A CONFORTABILIDADE

Existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, estimulando a percepção ambiental e, quando utilizados com equilíbrio e harmonia, criam ambiências acolhedoras, propiciando contribuições significativas no processo de produção de saúde.

Relato (1): Quando uma das paredes de uma enfermaria pediátrica foi pintada de amarelo “ouro” e as demais harmonizadas com cores quentes e frias, quebrando o ambiente monocromático e sem expressão, percebeu-se que as crianças responderam positivamente sendo estimuladas pelas cores – o local acabou por se constituir num ponto de atração dentro da enfermaria.

Relato (2): Em outra situação, enfermeiros observaram que em uma enfermaria de três leitos o paciente que ficava no leito do meio sempre tinha mais dificuldade de recuperação e atribuíram muito do fato à falta de privacidade, já que os pacientes do canto sempre tinham a possibilidade de se voltarem para as janelas.

Esses são alguns exemplos que mostram a contribuição destes elementos que estão aqui colocados:

- A Morfologia – formas, dimensões e volumes configuram e criam espaços, que podem ser mais ou menos agradáveis ou adequados para as pessoas;

- A Luz – a iluminação, seja natural ou artificial, é caracterizada pela incidência, quantidade e qualidade. Além de necessária para a realização de atividades, contribui para a composição de uma ambiência mais aconchegante quando exploramos os desenhos e sombras que proporcionam. A iluminação artificial pode ser trabalhada em sua disposição, garantindo privacidade aos pacientes com focos individuais nas enfermarias, facilitando as atividades dos trabalhadores e também a dos pacientes. A iluminação natural deve ser garantida a todos os ambientes que permitirem, lembrando sempre que toda pessoa tem direito à noção de tempo – dia e noite, chuva ou sol - e que isto pode influenciar no seu estado de saúde;

- O Cheiro – considerar os odores que podem compor o ambiente, interferindo ou não no bem-estar das pessoas;

- Som – podemos propor a utilização de música ambiente em alguns espaços como enfermarias e esperas. Em outro âmbito, é importante considerar também a proteção acústica que garanta a privacidade e controle alguns ruídos;

- A Sinestesia – diz respeito à percepção do espaço por meio dos movimentos, assim como das superfícies e texturas;

- A Arte – como meio de inter-relação e expressão das sensações humanas;

- A cor – as cores podem ser um recurso útil uma vez que nossa reação a elas é profunda e intuitiva. As cores estimulam nossos sentidos e podem nos encorajar ao relaxamento, ao trabalho, ao divertimento ou ao movimento. Podem nos fazer sentir mais calor ou frio, alegria ou tristeza. Utilizando cores que ajudam a refletir ou absorver luz, podemos compensar sua falta ou minimizar seu excesso;

- O Tratamento das áreas externas – este se faz necessário já que além de porta de entrada, constitui-se muitas vezes em lugar de espera ou de descanso de trabalhadores, ambiente de ‘estar’ de pacientes ou de seus acompanhantes. Jardins e áreas com bancos podem se tornar lugar de estar e relaxamento. Nas Unidades Básicas essas áreas são importantes espaços de encontros e integração, “locais” de passagem em seus diferentes sentidos, que podem configurar-se como espaços e momentos de diferentes trocas, contribuindo para a produção de saúde como descrevemos mais adiante, podem ser criadas ambiências externas multifuncionais, tanto para espera confortável quanto para diferentes práticas de convívio e interação, incluindo atividades físicas como relaxamento, alongamento (ginásticas, tai-chi, etc) tanto para trabalhadores como para usuários;

- Privacidade e individualidade – a privacidade diz respeito à proteção da intimidade do paciente, que muitas vezes pode ser garantida com uso de divisórias ou

até mesmo com cortinas e elementos móveis que permitam ao mesmo tempo integração e privacidade, facilitando processo de trabalho, aumentando a interação da equipe e ao mesmo tempo possibilitando atendimento personalizado. Individualidade refere-se ao entendimento de que cada paciente é diferente do outro, veio de um cotidiano e espaço social especifico. A arquitetura tem também seu papel no respeito à individualidade quando se propõe, por exemplo, a criar ambientes que ofereçam ao paciente espaço para seus pertences, para acolher sua rede social, dentre outros cuidados que permitam ao usuário preservar sua identidade;

- A confortabilidade também pressupõe possibilitar acesso aos usuários às instalações sanitárias, devidamente higienizadas e adaptadas aos portadores de deficiências, assim como a bebedouros.

A concepção de confortabilidade também deve estar atenta para uma outra questão: sabe-se que ao entrar em um ambiente de trabalho em saúde, tanto usuários como trabalhadores, arriscam-se a deixar do lado de fora tudo que é relativo ao seu mundo, e podem perder as referências sobre seu cotidiano, sua cultura e seus desejos. Pensar a confortabilidade dentro do conceito de ambiência é também resgatar esse vínculo para junto do processo de produção de saúde, construindo-se um território onde usuários e trabalhadores identifiquem seu mundo e suas referências nos espaços de cuidado e atenção à saúde.

Nesse sentido, é importante que ao criar essas ambiências se conheçam e respeitem os valores culturais referentes à privacidade, autonomia e vida coletiva da comunidade em que está se atuando. Construindo ambiências acolhedoras e harmônicas que contribuam na promoção do bem-estar, desfazendo o “mito” desses espaços que abrigam serviços de saúde de serem frios e hostis.

2. ESPAÇO DE ENCONTRO ENTRE OS SUJEITOS

A ambiência, enquanto espaço de encontro entre sujeitos, apresenta-se como um dispositivo que potencializa e facilita a capacidade de ação e reflexão das pessoas

envolvidas nos processos de trabalho, possibilitando a produção de novas subjetividades, quando entendemos que a construção do espaço deve propiciar a possibilidade do processo reflexivo, garantindo a construção de ações a partir da integralidade e da inclusão, na perspectiva da equidade.

Quando se concebe uma nova ambiência, provoca-se um processo de reflexão das práticas e modos de operar naquele espaço, contribuindo para a construção de novas situações. Os sujeitos envolvidos nessa reflexão podem transformar seus paradigmas e a ambiência passa a ser um dos dispositivos no processo de mudança. Assim, as áreas de trabalho além de mais adequadas funcionalmente deverão também proporcionar espaços vivenciais prazerosos.

Ao falarmos de produção de sujeitos nos referimos a incorporação também dos que atuam na ponta do serviço - como enfermeiros, médicos, recepcionistas, dentre outros - para discussão e construção do projeto, uma vez que estes podem dar mais detalhes do que funciona e do que atrapalha no andamento das atividades nas unidades. Lembrando também que estas pessoas muitas vezes trazem para a discussão a opinião dos pacientes – suas maiores reclamações ou, então, a indicação do tipo de ambiente que se sentem melhor.

Por exemplo, ao pensarmos os espaços das unidades de urgência e emergência de acordo com a atenção por nível de gravidade - preconizada pelo Ministério da Saúde na Política de Qualificação da Atenção e da Gestão para Urgência e Emergência - observamos que esses espaços são organizados de modo a agrupá-los por setores de acordo com o atendimento dos pacientes graves e dos aparentemente não graves.

Para essa nova concepção de modelo de atenção e gestão, que considera a importância da ambiência para a saúde das pessoas, é necessário, além de um novo modo de operar, um arranjo espacial adequado a essa organização, que só é possível com a participação da equipe no processo de reflexão e decisão para a construção das áreas, práticas e processos de trabalho. A simples composição por ambientes compartimentados como preconizado até agora pela normatização não é suficiente para

atender às necessidades para a qualificação pretendida da atenção e da gestão nesses espaços e situação.

As Unidades Básicas devem ser pensadas de maneira a promover os encontros entre trabalhadores e entre esses e a comunidade usuária.

São equipamentos urbanos de referência nesses bairros e reconhecidos pela comunidade pelos seus valores de uso, por isso devem estar totalmente integrados ao entorno. A integração poderá ser iniciada com concepções arquitetônicas que excluam muros, grades ou alambrados, criando-se ambiências de acesso compostas por praças, por exemplo. Esse é um processo de integração e abertura do acesso desses equipamentos que deve ser construído e pactuado entre equipe trabalhadora e comunidade usuária. Por outro lado, em espaços/construções que já existem e estão concebidas em estruturas físicas mais fechadas, mais isoladas, "mais rígidas", salientamos a importância dos gestores locais atentarem para possibilidades de alguma mudança, certamente sempre possível, não necessariamente dentro de grandes reformas físicas, mas em termos de adaptações discutidas com a ajuda dos técnicos que têm tratado dessa questão da arquitetura e ambiência na área da saúde.

3. A ARQUITETURA COMO FERRAMENTA FACILITADORA DE MUDANÇA DO PROCESSO DE TRABALHO

A ambiência discutida isoladamente não muda processo de trabalho - uma vez que este também se relaciona com a postura e entendimento desses processos e práticas já instituídos e adotados na rotina pelos trabalhadores e gestores do setor saúde -, mas pode ser usada como uma das ferramentas facilitadoras que propiciem esse processo de mudança; como instrumento de construção do espaço aspirado pelos profissionais de saúde e pelos usuários, com garantia de biossegurança relativa a infecção hospitalar e prevenção de acidentes biológicos, se constitua, em um ambiente que vai além da arquitetura normativa e projetada exclusivamente para comportar alta tecnologia.

Vejamos o relato de outra experiência: (3) A enfermaria da ortopedia foi reformulada contemplando todos os ambientes necessários para a atividade a que se destina, porém, concebendo e organizando o espaço de uma maneira diferente: os 10 leitos que anteriormente se dividiam em 3 quartos, com espaços fragmentados, pouco otimizados e que inviabilizavam a presença do acompanhante, hoje estão dispostos em um amplo salão, ao redor de um posto de enfermagem central - separados por cortinas divisórias propiciando tanto a privacidade dos usuários e seus acompanhantes, como a vigilância e fluidez ideais para o trabalho da enfermagem. A otimização do espaço possibilitou o trabalho com uma equipe única e multiprofissional, além de ter ampliado o espaço de acomodação, possibilitando a presença de acompanhantes. Foi também desenvolvido um trabalho com cores e arte, que tornou o ambiente acolhedor e menos estressante. Essas transformações conceituais somente foram possíveis devido à participação dos trabalhadores e usuários no processo de discussão e construção do projeto.

A Ambiência e suas interfaces com outros dispositivos da PNH:

Trabalho com Equipe de Referência – Historicamente a assistência à saúde tem focado a atenção às doenças, aos procedimentos e tarefas e não nos objetivos comuns de trabalho. Além da organização do processo de trabalho em saúde ser a partir das profissões, valorizando o poder corporativo e estimulando a luta por territórios. Dessa forma, o espaço deve contribuir para repensar esse processo, favorecendo a integralidade da assistência com a preocupação da atenção por avaliação de necessidades e níveis de complexidade. A arquitetura contribui ao projetar salas multifuncionais ou espaços que sejam contíguos e agrupados, ao invés apenas de compartimentos com usos específicos que consolidam verdadeiros “feudos” nos espaços de saúde - a fragmentação do trabalho refletida na fragmentação do espaço.

Na Atenção Básica, esses espaços devem ser pensados de maneira a integrar as equipes de trabalho que atuam numa mesma unidade, criando áreas que, além de multifuncionais, possam ser compartilhadas pelas equipes, como por exemplo os

espaços de acolhimento da entrada, as áreas de encontros entre trabalhadores e entre trabalhadores e usuários. Temos cada vez mais reafirmado a importância de se criarem/adaptarem espaços coletivos destinados a reuniões, orientações, palestras, oficinas e outros equivalentes.

Visita Aberta – faz-se necessário a incorporação nos projetos, de espaços que sejam capazes de acolher os visitantes. É importante que o visitante não seja mais recebido por um portão gradeado e com horários rígidos de visita, mas que exista para ele um espaço de espera - uma recepção e ambiente de escuta. O espaço pretendido difere em muito do acesso que tem hoje o visitante na maioria dos serviços – que muitas vezes são extremamente frios e degradados. É importante também que tanto o visitante quanto o acompanhante tenham acesso fácil a sanitários adequadamente higienizados e bebedouros. Podemos pensar também em salas onde o paciente em condição possa receber visita fora do leito.

Direito à Acompanhante – não basta garantir o direito à acompanhante, é preciso que existam espaços capazes de acolhê-los, nos diversos ambientes das unidades. Por exemplo: nos prontos-socorros, nos serviços de SADT, nas enfermarias, nas esperas dos centros cirúrgicos, nas UTIs etc, de maneira que eles possam também ter momentos de encontros, diálogos, relaxamento e entretenimento, como assistir televisão ou ouvir música.

Informação, Sinalização e Acessibilidade – Os serviços de saúde devem contemplar projetos de sinalização e placas de informação de toda ordem, e também facilitação física para acesso, que não excluam pessoas com deficiência visual ou que usem cadeiras de rodas ou muletas ou ainda que não saibam ler, que tenham linguagem clara e representativa, identificando os espaços e suas funções. Essa comunicação já deve começar no entorno, na cidade, nos próprios territórios de áreas de abrangência de unidades básicas locais, implementando e informando sobre vias de acesso com fluxos fáceis e adequadamente orientados aos diferentes serviços, com sinalizações capazes de conduzir os usuários a caminho dos equipamentos de saúde.

O Trabalhador nos Serviços de Saúde – é importante que as áreas de apoio para o trabalhador - como estar, copa e banheiros - estejam bem locadas, seja em número suficiente e para todos os profissionais. As áreas de apoio como lavanderia, farmácia, almoxarifado, serviço de nutrição e dietética, central de esterilização de materiais, laboratórios e outros, além de adequadas funcionalmente, devem propiciar espaços de trabalho prazerosos.

Respeito à cultura e às diferenças – os espaços de saúde têm peculiaridades que se dão pelas rotinas ali estabelecidas pelo usuário e trabalhador, as diferentes redes sociais que acolhem, as diferenças regionais, religiosas e étnicas. Todas elas devem ser preservadas. É preciso considerar a importância de se conhecer os valores e costumes da comunidade em que se está atuando. Vale lembrar que existem pré-conceitos referentes à concepção dos espaços da saúde que muitas vezes refletem uma cultura social dominante, onde o arquiteto e um pequeno grupo dirigente intervêm e decidem sobre a configuração espacial de um edifício pautando-se muito mais em seus próprios conceitos, nas regras e normas padronizadas, do que no estudo do cotidiano da Instituição.

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.

Refere-se também à utilização de mobiliários que sejam confortáveis e suficientes e que estejam dispostos de maneira a promover interação entre os usuários, em balcão baixo e sem grades, que não sejam intimidadores, que possibilitem o atendimento do paciente sentado – principalmente os cadeirantes - e que de alguma maneira permita privacidade ao usuário que chega ali para falar do seu problema, sem

que os demais ouçam. Não podemos esquecer também de equipamentos que permitam a informação ao usuário em espera.

No âmbito do Pronto Socorro 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.

Nas Unidades Básicas 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.

É importante ressaltar, no entanto, que não se pretende esgotar o assunto, nem criar normas ou estabelecer parâmetros rígidos, sendo que estas considerações e propostas devem ser adaptadas, repensadas e recriadas de acordo com as peculiaridades de cada situação, local, diferentes demandas e ao poder de criação do arquiteto.

INFORMAÇÃO AOS USUÁRIOS

A transparência é um princípio fundamental na administração pública. Ao falarmos de informação aos usuários este princípio sobressai aos outros, ainda que o ponto crucial desta atividade não seja no sentido de transparência financeira.

Quando um usuário adentra em uma unidade de atendimento de saúde, na maioria das vezes, existe um estresse, uma preocupação, ou até mesmo um abalo psicológico, além - e por conta - do problema de saúde pelo qual está buscando o serviço.

Isto posto, faz-se necessário que o cliente tenha informações claras, sucintas e precisas que possa ser auxiliado com excelência.

Diante desta problemática o IAPP insere em todas as unidades de saúde em que faz gestão, um profissional capacitado para transmitir as informações necessárias logo no primeiro contato com o paciente.

Além disso existe a preocupação em inserir gráficos visuais que auxiliam na localização e trânsito dentro das unidades, como flechas e faixas coloridas nas paredes e corredores e placas de identificação em todas as portas da unidade.

E ainda expomos a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde da seguinte forma:

Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde

A “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” traz informações para que você conheça seus direitos na hora de procurar atendimento de saúde. Ela reúne os seis princípios básicos de cidadania que asseguram ao brasileiro o ingresso digno nos sistemas de saúde, seja ele público ou privado.

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.

2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.

3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.

4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.

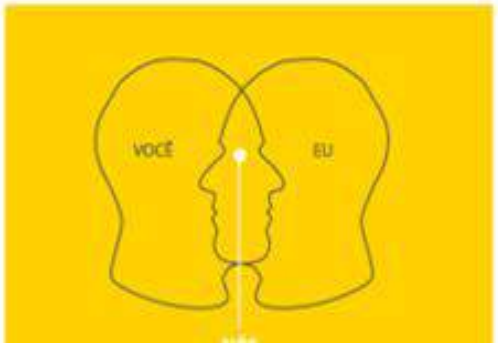
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu trata- mento aconteça da forma adequada.

6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

ATENDIMENTO AO CLIENTE

"É preciso valorizar a relação com o cliente, da maneira como você valoriza qualquer outra relação".



IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

O que é atendimento?

Atendimento corresponde ao ato de atender, ou seja, o ato de cuidar, de prestar atenção às pessoas que recebemos com atenção e cortesia.

O bom atendimento é a uma atitude que depende do comprometimento de cada um.

Como Atender com Qualidade?

Atendendo com vontade, atenção, responsabilidade e respeitando o cliente acima de tudo.

É Importante NÃO Esquecer!

- De OUVIR o que o cliente têm a dizer;
- De CONSIDERAR o sentimento das pessoas; (nervosismo, desespero, desânimo, etc.)
- De COMPREENDER a importância do cliente para a organização.

Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Pilares para um bom atendimento:

Comprometimento:

É necessário, então, estar empenhado em investir na qualidade no atendimento ao cliente, otimizando seu tempo, tendo empatia em relação a ele, e demonstrando vontade em cumprir com aquilo que o público espera de você.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Surpreender e superar as expectativas:

- O último pilar para uma qualidade no atendimento ao cliente é encantar, ou seja, ir além do que o cliente espera.
- Em um sociedade imediatista, ter um diferencial em termos de atendimento aumenta consideravelmente as chances de que o paciente/cliente aumente sua confiança na qualidade do serviço e nos profissionais.
- Paciente/cliente satisfeito ainda pode indicar o serviço a outra pessoa. Parece óbvio bater nessa tecla, mas, diante de tantos dados que nos mostram que o atendimento é ruim, continuamos insistindo.

Erros cometidos no atendimento

Erros cometidos no atendimento

- Aquele com o qual você se apresenta com roupas provocantes, transparentes, ousadas, como também roupas amassadas, sujas, informais demais;
- Chamar o cliente/paciente de "meu amor", "meu querido", "ei amigo", "meu filho ou minha filha"... Trate o cliente pelo nome e diga apenas senhor ou senhora independente da idade;
- Aquele que demonstra irritação, cansaço, preocupação;
- Aquele que interrompe a fala do cliente;
- Aquele que demonstra insegurança;
- O ato de mascar chicletes;
- Aquele onde se diz a frase: "NÃO SEI..."Caso não saiba de uma informação, peça um instante ao cliente e procure se informar;
- Evitar o uso de celular.

Satisfação de suas necessidades:

Satisfazer é quase sinônimo de atender.

Na hora de resolver um contratempo, por exemplo, essa satisfação se dá quando se alcança um objetivo de forma rápida e eficaz. O consumidor, nesse caso, não quer ver propaganda ou novas possibilidades: ele só quer uma solução.

Portanto, quando o atendente sabe o que o público está esperando dele, é mais fácil de conseguir atingir o propósito. Quando o cliente está feliz e satisfeito, é mais fácil de voltar a procurar a empresa.

Instituto de Apoio a Políticas Públicas

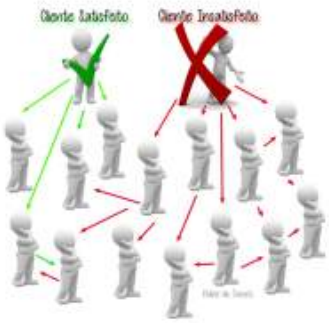
Administração do tempo:

Com as novas tecnologias e rotinas corridas do mundo moderno, economizar tempo é cada vez mais uma necessidade. Ninguém gosta de demorar horas para ser atendido.

- É preciso ser o mais rápido possível, sem perder a qualidade.
- Esse certamente é um dos motivos mais comuns para que um cliente desista de uma marca e dê preferência a outra. Portanto, a agilidade deve ser a marca de um bom atendente.
- E, quando for percebida uma demanda além das condições para cumpri-la, a empresa deve executar ações para garantir a qualidade do serviço.
- Além disso, é preciso que sejam definidos prazos reais e que sejam respeitados, já que a definição de uma data ou horário gera uma expectativa ao consumidor.

Como Lidar com Reclamações

- Ouça as reclamações por inteiro;
- Coloque-se no lugar do reclamante;
- Cuide primeiro dos sentimentos do reclamante;
- Controle seus próprios sentimentos;
- Não leve as crítica para o lado pessoal;
- Aja imediatamente após a reclamação;
- Manifeste uma atitude agradável e prestativa;
- Encare a reclamação como uma oportunidade de melhorar;
- Dê o feedback ao reclamante.



Pesquisa de Satisfação

A avaliação da satisfação dos usuários é um assunto que vem despertando interesse de pesquisadores e gestores da saúde. Conhecer como os serviços de saúde oferecidos à população são avaliados por seus usuários pode contribuir para manter

formas de atuação e/ou formular novas propostas de trabalho. Ouvir a comunidade a esse respeito ajuda os gestores no planejamento e implementação das ações e programas de saúde, justificando seus investimentos em determinadas áreas, além de aproximar os serviços de saúde dos usuários, fortalecendo a participação popular nos processos de planejamento e controle social. Acredita-se que a avaliação de usuários é um importante instrumento para qualificação e aprimoramento dos serviços de saúde e que contribui para a construção do novo modelo proposto pela ESF e sobretudo para cogestão junto ao terceiro setor, IAPP - INSTITUTO DE APOIO A POLÍTICAS PÚBLICAS - como estratégia fundamental de mensurar efetividade.

Silva e Formigli (1994, p. 88) afirmam que a satisfação do usuário se pauta na "percepção subjetiva que o indivíduo tem sobre o cuidado que recebe". Assim, o grau de satisfação ou insatisfação do usuário com o serviço de saúde pode referir-se à relação que o usuário estabelece com o profissional do cuidado, assim como sua relação com os aspectos da infraestrutura material dos serviços (equipamentos e medicamentos), das amenidades (ventilação e conforto) e suas representações sobre o processo saúde-doença.

Ao avaliar a qualidade dos serviços, Donabedian (1990) leva em conta sete pilares: eficácia (o melhor que se pode fazer, em condições mais favoráveis possíveis, dado o estado do usuário e circunstâncias inalteráveis); efetividade (melhora da saúde que queremos alcançar, porém sem as condições ideais); eficiência (medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada, ou seja, obter o efeito máximo de melhora na saúde, com o menor custo); otimização (emprego da relação custo-benefício em saúde); aceitabilidade (adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores do paciente e de sua família); legitimidade (aceitação do cuidado e aprovação dos serviços de saúde pela comunidade) e equidade (princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros da população). Refere, ainda, três dimensões para a qualidade dos serviços de saúde. A primeira delas, a dimensão do desempenho técnico, consiste na aplicação do saber, do conhecimento e tecnologia médica, a fim de maximizar benefícios e reduzir riscos. A

dimensão das relações interpessoais leva em conta o relacionamento com o paciente. A terceira dimensão, a das amenidades, diz respeito ao conforto e estética das instalações e equipamentos onde ocorre a prestação do serviço, ou seja, a estrutura física do local de atendimento.

O IAPP - INSTITUTO DE APOIO A POLÍTICAS PÚBLICAS - implanta ações que fortalecem o atendimento humanizado a partir de educação continuada, aprimoramento e avaliação da assistência prestada, por meio de implantação de protocolos desenvolvidos de acordo com as particularidades observadas no município.

Todas as atividades são realizadas respeitando os padrões profissionais, a legislação e a regulamentação das políticas internas, com base na ética.

Os profissionais que atuam para o IAPP - INSTITUTO DE APOIO A POLÍTICAS PÚBLICAS - em seus projetos, e os que porventura venham a atuar, recebem instrução quanto à hospitalidade, excelência de atendimento e humanização, a fim de que sua prática profissional seja aplicada na íntegra, com vistas a alcançar não tão somente todas as metas propostas pelo gestor público, mas também a satisfação de sua clientela alvo – os pacientes.

São utilizados como instrumento de avaliação da qualidade: pesquisa de opinião dos usuários atendidos, avaliação técnica dos profissionais e levantamento de indicadores baseados nos atendimentos.

Todos os dados levantados são mensurados e utilizados como norteadores das ações subsequentes para melhoria da qualidade dos serviços.

A percepção dos usuários sobre como é prestado os serviços é de extrema importância, visto que a população que utiliza estes serviços é a razão da existência da unidade, através de sua avaliação o sujeito é capaz de modificar o próprio sistema, o que fortalece a democracia em saúde, além de favorecer uma humanização do serviço, e constitui uma oportunidade de saber o que a comunidade pensa a respeito da oferta do

serviço de saúde oferecido, como também permiti a adequação do mesmo em relação ao que a comunidade tem como expectativa (COTTA et al., 2005).

Esta pesquisa justifica-se por se propor a percepção dos usuários e a satisfação dos mesmos sobre a atuação da equipe de saúde da família e a partir dos dados encontrados proporcionar um feedback para a equipe, para assim manter os pontos positivos e solucionar os negativos.

Objetivo Geral

Identificar a satisfação dos usuários, com os serviços prestados.

Objetivos Específicos

- Levantar o conhecimento do usuário sobre o funcionamento do hospital;
- Levantar quais são os pontos positivos apontados pelos usuários;
- Identificar meios de manter esses pontos positivos;
- Identificar os pontos negativos apontados pelos usuários;
- Sugerir melhorias nos pontos negativos apontados pelos usuários.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE

Queremos conhecer sua opinião aos nossos serviços. Solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas atividades e melhor atendê-los

	ótimo	bom	regular	ruim	péssimo
RECEPÇÃO	☐	☐	☐	☐	☐
ESPERA	☐	☐	☐	☐	☐
ATENDIMENTO MÉDICO	☐	☐	☐	☐	☐
ENFERMAGEM	☐	☐	☐	☐	☐
LIMPEZA	☐	☐	☐	☐	☐
EXAMES	☐	☐	☐	☐	☐

CRITÍCAS E SUGESTÕES

Instituto de Apoio a Políticas Públicas

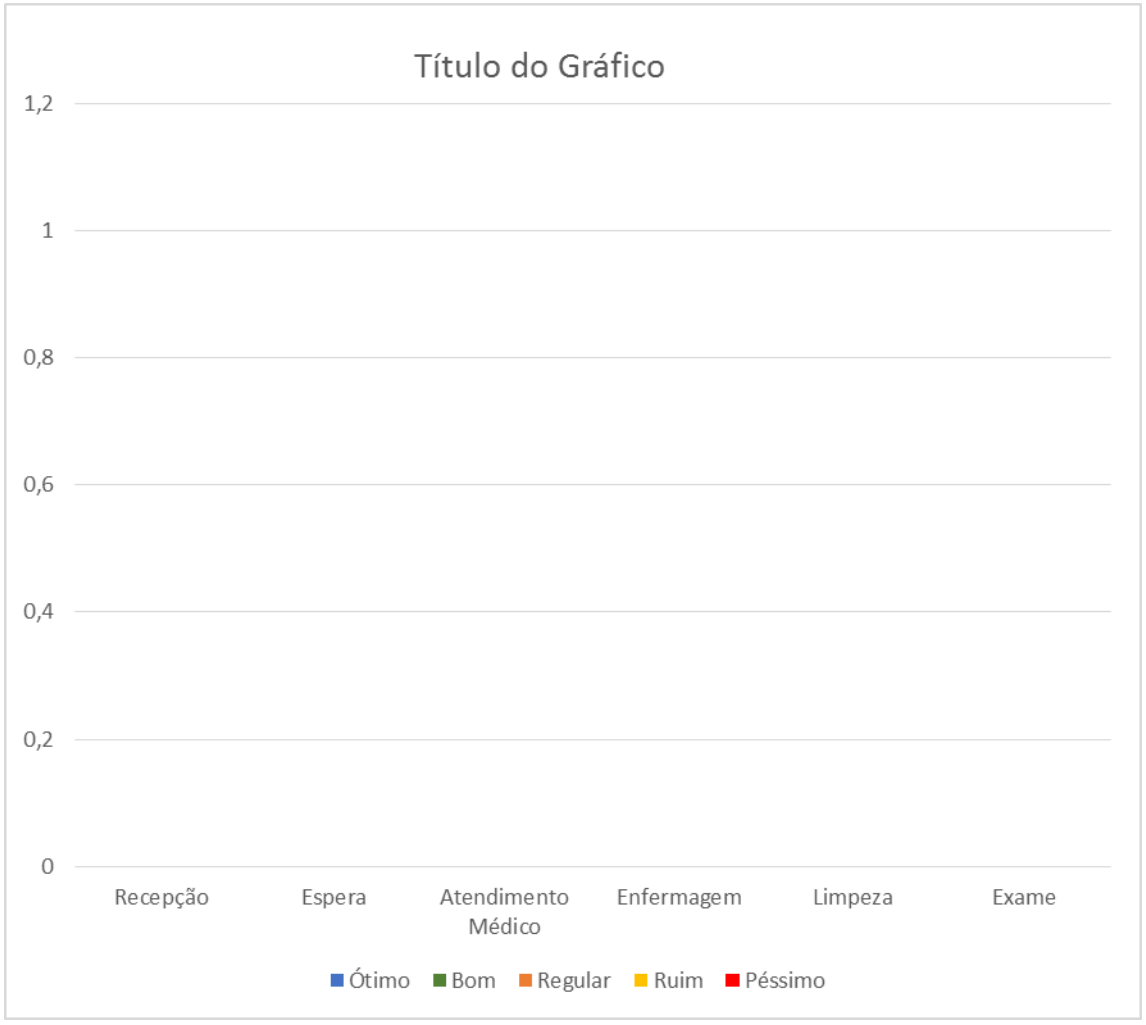
ANÁLISE DO ÍNDICE DE SATISFAÇÃO/INSATISFAÇÃO

Fonte: PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Unidade de Saúde:		
Mês de Competência:		
Quantidade Pesquisada:		

	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	Subtotais
Recepção						0
Espera						0
Atendimento Médico						0
Enfermagem						0
Limpeza						0
Exame						0
Totais	0	0	0	0	0	

Total Geral de Pontuação >>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>	0



Pesquisa de Satisfação - Condensado Geral												
Grau de Satisfação/Insatisfação	Hortolândia	2018										
Mês:	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Ótimo												
Péssimo												

Instrumentos

Esta pesquisa será feita por intermédio de um questionário, que abordará dados socioeconômicos dos usuários, satisfação quanto aos serviços prestados, atendimento da equipe de saúde, bem como os vínculos estabelecidos entre eles, duração das consultas, acessibilidade à unidade, estrutura física e insumos.

O questionário será aplicado aos usuários que procurarem atendimento no hospital durante os sete dias da semana, nos períodos diurno e noturno (dependendo da amostra obtida), sendo que o mesmo será aplicado pelos próprios funcionários da unidade. O grupo será previamente treinado pelo profissional do SAU, quanto a aplicação do questionário a fim de saber previamente o tempo a ser gasto e possíveis problemas que poderão ocorrer no decorrer da aplicação do questionário.

A aplicação do questionário será feita após a consulta com a enfermeira ou médico. Aqueles que não quiserem responder ou não saberem, também serão contabilizados ao fim da coleta de dados.

Diariamente as pesquisas e os questionários respondidos serão recolhidos e tabulados pelo profissional do SAU, ao final do mês será apresentado um relatório geral do resultado das pesquisas e discussão e apresentação dos dados nas reuniões de Coordenação e equipes da SMS de São José dos Campos.

Como proposta dividimos em quatro grupos a elaboração de questões, classificadas em:

- Acesso ao hospital;
- Consulta;
- Atendimento de Urgência;
- Realização de Exames;

- Outros atendimentos;

Acesso – facilidade de acesso, sinalização, informações sobre a Unidade, número de tentativas para abrir prontuário e para obter consulta, facilidade de circulação e orientação dentro da unidade de saúde, acomodações e infraestrutura, consulta com hora marcada, horário de funcionamento, tempo de espera, conforto de instalações;

Consulta – satisfação com o profissional, compreensão sobre a doença, compreensão sobre a indicação de exames, compreensão sobre significação dos resultados de exames, informação sobre a realização dos exames, compreensão sobre o tratamento dietético e efeitos colaterais, compreensão sobre tratamento medicamentoso, informação sobre efeitos colaterais dos medicamentos, compreensão sobre cuidados gerais e expectativa de melhora com a dieta, com a consulta e com a medicação;

Atendimento de urgência – tempo para atendimento de acordo com a classificação de risco.

Realização de exames – orientação, transporte interno, transporte externo, tempo de realização do exame.

Outros – atendimentos da assistente social, psicóloga, fisioterapia, nutrição, etc.

Rotina de aplicação das pesquisas de satisfação

- Deixar os impressos das pesquisas nos locais estabelecidos.

- Verificar diariamente se não está faltando o impresso de pesquisas de satisfação em suas respectivas caixas.

- Retirar diariamente, as pesquisas das caixas.

- Manter as pesquisas em envelopes identificados, para o futuro arquivo.

Rotina de aplicação do questionário para avaliação do usuário

- Entrevistar os pacientes ou acompanhantes que passaram em consultas ou realizaram procedimentos na unidade.

- Encaminhar aos responsáveis as reclamações, elogios e sugestões que possam haver no momento da aplicação do questionário.

Rotina de tabulação do questionário para avaliação do usuário

- Tabular os questionários respondidos conforme os itens avaliados, gerando um relatório constando o total de pesquisas respondidas o os resultados obtidos para cada item.

- Enviar o relatório mensalmente até o dia 10 do mês subsequente para a Coordenação de Qualidade, SAU, SMS e pautar em reunião de coordenação.

4.7 - Recursos Humanos estimados, apontando, por categoria, a quantidade de profissionais, a carga horária de trabalho e o salário total (em reais)

FUNÇÃO	JORNADA	QUANTIDADE	SALÁRIO BASE	ÁREA DE TRABALHO
MÉDICO CLÍNICO (PLANTÃO)	24 H	31	R$ 2.400,00	PA MARANDUBA
MÉDICO CLÍNICO (PLANTÃO DIA)	12 H	31	R$ 1.200,00	PA MARANDUBA
MÉDICO ORTOPEDISTA (PL. DIA)	12 H	31	R$ 1.200,00	PA MARANDUBA
ENFERMEIRO	12 X 36	8	R$ 3.962,44	PA MARANDUBA
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	12 X 36	14	R$ 2.100,00	PA MARANDUBA
TÉCNICO DE RADIOLOGIA	24 H	7	R$ 2.100,00	PA MARANDUBA
FARMACÊUTICO	40 H/SEM	5	R$ 3.962,44	PA MARANDUBA
AUXILIAR DE FARMÁCIA	12 X 36	3	R$ 1.358,25	PA MARANDUBA
TÉCNICO DE IMOBILIZAÇÃO	12 X 36	3	R$ 2.100,00	PA MARANDUBA
RECEPCIONISTA	12 X 36	10	R$ 1.358,25	PA MARANDUBA
CONTROLADOR DE ACESSO	12 X 36	6	R$ 1.200,00	PA MARANDUBA
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	40 H/SEM	2	R$ 1.358,25	PA MARANDUBA
MÉDICO CLÍNICO (PLANTÃO)	12 H	31	R$ 1.200,00	PA IPIRANGUINHA
ENFERMEIRO	12 X 36	5	R$ 3.962,44	PA IPIRANGUINHA
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	12 X 36	8	R$ 2.100,00	PA IPIRANGUINHA
TÉCNICO DE RADIOLOGIA	24 H	4	R$ 2.100,00	PA IPIRANGUINHA
FARMACÊUTICO	40 H/SEM	1	R$ 3.962,44	PA IPIRANGUINHA
AUXILIAR DE FARMÁCIA	12 X 36	3	R$ 1.358,25	PA IPIRANGUINHA
RECEPCIONISTA	12 X 36	4	R$ 1.358,25	PA IPIRANGUINHA
CONTROLADOR DE ACESSO	12 X 36	3	R$ 1.200,00	PA IPIRANGUINHA
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	40 H/SEM	1	R$ 1.358,25	PA IPIRANGUINHA
CONDUTOR SOCORRISTA	12 X 36	15	R$ 1.550,00	SAMU
ENFERMEIRO	12 X 36	5	R$ 3.962,44	SAMU
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	12 X 36	15	R$ 2.100,00	SAMU
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	40 H/SEM	3	R$ 1.358,25	SAMU

4.8 - Organização das atividades de apoio, incluindo a sistemática de programas de manutenção predial e de equipamentos

Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar

De acordo com a Organização Mundial de Saúde 1 milhão, dos 234 milhões de pacientes que são operados no mundo, vão a óbito por contraírem infecção hospital. Diante dessa informação é vital a necessidade de um Gerenciamento de Risco adequado.

Para tanto, o IAPP entende a necessidade de um Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar (NCIH) para ações de prevenção e controle.

O NCIH será composto por um médico, preferencialmente infectologista, e um enfermeiro. Ambos deverão dedicar uma fração de suas cargas horárias de trabalho às ações necessárias para essa atividade.

A ações realizadas pelo NCIH são:

1. Implementar, manter e avaliar ações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

2. Manter um sistema de vigilância epidemiológica adequada;

3. Investigar surtos epidemiológicos e implantar as medidas de controle necessárias;

4. Elaborar estratégias, inclusive técnico-administrativas, que minimizem os riscos profissionais de aquisição de micro-organismos no ambiente hospitalar.

5. Promover a elaboração do formulário terapêutico que conterá os antimicrobianos necessários para a profilaxia e o tratamento das infecções nos diferentes setores do ambiente hospitalar;

6. Elaborar e implementar diretrizes clínicas práticas que visem maximizar a qualidade do atendimento, minimizar custos e otimizar recursos.

Controladores de Acesso

Para controlar o acesso de pessoas no ambiente hospitalar, o IAPP desenvolveu um manual de vigilância e portaria que será apresentado a seguir.

Este manual foi elaborado com o objetivo de ser um guia de referência disciplinar para as diretrizes administrativas de controle de acesso a hospitais e UPAs, colaborando para um atendimento de excelência, garantindo o acesso e o acolhimento digno, respeitoso e cordial aos clientes, colaboradores, visitantes e fornecedores.

É de suma importância aclarar que a portaria não deverá sob hipótese alguma reter qualquer documento de identificação dos clientes, de acordo com a Lei em vigência.

RESPONSABILIDADES GERAIS

1. Apresentar-se no local de trabalho com antecedência mínima de 10 minutos para receber o plantão e verificar as ocorrências (avisos, ordens ou orientações);

2. Zelar pela normalidade e utilizar corretamente o fardamento e crachá de identificação;

3. Preservar os cuidados básicos de higiene e a aparência pessoal (uniforme, sapatos, crachá);

4. Utilizar adequadamente os pronomes de tratamento sempre que dirigir-se ao cliente (Senhor ou Senhora);

5. Zelar pelo bom andamento das atividades e pelo patrimônio do local;

6. Manter a ordem e a disciplina durante seu horário de trabalho;

7. Registrar as informações no livro de ocorrência para um efetivo controle de acesso;

8. Atuar conforme procedimentos padrão;

9. Atender aos clientes com cordialidade, prestando informações e orientações adequadas;

10. Cuidar para que o acesso de entrada e saída seja procedido de maneira correta;

11. Verificar e zelar os bens pertencentes ao estabelecimento, comunicando, por escrito, aos setores competentes qualquer irregularidade que venha a ocorrer com os mesmos;

12. Manter postura preventiva diante de quaisquer irregularidades e/ou atitudes suspeitas;

13. Permanecer sempre no seu posto de trabalho e, em caso de ausentar-se por problemas adversos, comunicar imediatamente ao seu superior;

14. Guardar, conservar e manter em local adequado os achados e perdidos, para posterior devolução;

15. É proibido ao porteiro conceder quaisquer informações sobre condição clínica ou diagnóstica dos pacientes;

16. Não fornecer informações a terceiros referentes ao Corpo de Funcionários, instalações, equipamentos, processos, trabalhos em andamento, rotinas, veículos e seus itinerários, salvo quando autorizados pela Administração;

17. Manter postura profissional diante dos visitantes, evitando tratar de assuntos pessoais e da empresa;

NORMAS E PROCEDIMENTOS PARA O ACESSO ÀS DEPENDÊNCIAS DO AMBIENTE HOSPITALAR.

Responsabilidades da portaria junto a clientes, acompanhantes e familiares

1. Liberar acesso às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, gestantes, lactantes, portadores de necessidades especiais e pessoas acompanhada de crianças de colo terão atendimento preferencial, imediato e individualizado, de acordo com a Lei Federal n° 10.741/2003;

2. Não permitir a saída de pacientes, acompanhantes e familiares usando ou portando peças do enxoval próprio do hospital ou da UPA;

3. O serviço de portaria e segurança não deverá permitir a entrada de pessoas que estejam apresentando sinais de embriaguez;

4. A portaria não deverá, em hipótese alguma, permitir a saída de pacientes sem a documentação de liberação de alta, salvo se estiver acompanhada por funcionário responsável pelo setor;

5. Não permitir a entrada de acompanhantes e/ou familiares conduzindo alimentos para pacientes internados, salvo em situações especiais autorizadas por escrito pelo Médico;

6. Proibir a entrada de eletroeletrônicos, máquinas fotográficas e/ou filmadoras;

7. Não permitir, exceto na portaria da emergência, nos casos de pacientes de alta médica, a entrada de roupas ou enxovais para pacientes internados;

8. Não permitir o ingresso de pessoas trajando shorts, calções e tops;

9. Permitir o acesso de portadores de necessidades especiais com seus equipamentos de locomoção.

Responsabilidades da portaria junto visitantes e fornecedores

1. Informar aos representantes que a exposição de seus produtos na Recepção só será permitida mediante autorização da administração;

2. Comunicar a presença de membros da imprensa (repórteres, fotógrafos) antes de autorizar o seu ingresso;

Responsabilidades da portaria junto aos funcionários

1. Não permitir a entrada de pessoas estranhas, para o acesso às dependências;

2. Não permitir a saída de funcionários e pessoal do corpo clínico usando ou portando peças do enxoval próprio da UPA ou do hospital;

3. Impedir o ingresso de funcionário que esteja apresentando sinais de embriaguez ou alteração de comportamento;

4. Registrar no livro de ocorrência os objetos de volume de posse do funcionário ao entrar e ao sair da instituição, mesmo que esteja com autorização de chefia imediata.

5. Identificar qualquer pessoa que venha acompanhada de funcionário registrando seus dados em livro de ocorrência.

6. Relatar em livro de ocorrência todo e qualquer procedimento fora do normal que envolva colaboradores;

7. Impedir a saída de qualquer tipo de objeto que faça parte de bens patrimoniais, salvo nos casos de autorização prévia de chefia imediata, nestes casos registrar a saída no livro de ocorrências;

8. Informar aos colaboradores em serviço, a existência de pessoas que estejam aguardando na recepção, não permitindo a entrada das mesmas sem que estejam acompanhadas dos respectivos colaboradores.

Responsabilidades do porteiro em relação a equipamentos e materiais

1. A movimentação de bens pertencentes e entrega de materiais, deverão ser feitas mediante a apresentação de documentação de trânsito de bem patrimonial;

2. Nenhum equipamento ou material do acervo poderá ser liberado durante os finais de semana e feriados, salvo com autorização expressa da administração;

3. A movimentação de bem patrimonial dar-se-á durante o horário comercial. Os casos imprevistos apenas com autorização da administração;

4. Solicitar a documentação referente a todas as máquinas e equipamentos e/ou objetos pertencentes à instituição, a fim de efetuar o processo de saída;

5. Registrar em livro de ocorrência todas as alterações que possam ocorrer durante o trânsito de bens patrimoniais;

6. No caso de trânsito de equipamentos e/ou objetos que não sejam patrimônio da unidade, comunicar imediatamente à Administração para que seja providenciada uma documentação especifica para os mesmos; definindo o local onde estes deverão permanecer, bem como designar o responsável pela guarda e conservação;

7. Comunicar a Administração a existência de objeto particular existente no local de trabalho;

8. Não será permitida a guarda de dinheiro e objetos de valor nas Portarias. Os casos imprevistos serão deliberados pela administração.

NORMAS E PROCEDIMENTOS NOS CASOS DE ÓBITO

A portaria deverá:

1. Não liberar, sob qualquer pretexto ou por conta própria, o corpo do paciente sem a devida liberação e documentação;

2. Evitar a entrada de familiares do falecido que estejam causando transtornos na portaria;

3. Evitar a entrada de crianças menores de 12 anos, mesmo acompanhado de seus responsáveis, a não ser que o Serviço Social envie ordem por escrito;

4. Não permitir a entrada de familiares interessados em ver o corpo do paciente sem o acompanhamento do funcionário responsável;

5. A portaria deverá informar imediatamente a Administração todas as irregularidades que possam haver, desde a liberação até a saída do corpo das dependências da unidade hospitalar.

ROTINA DE TRABALHO

1. Apresentar-se ao local de trabalho com 10 minutos de antecedência;

2. Receber o plantão e ler todas as observações registradas no livro de ocorrência durante o turno anterior e sanar as pendências;

3. Portaria - Recepção:

- Manter fechada a porta de acesso aos consultórios e controlar a entrada dos pacientes, sendo permitida apenas a entrada dos mesmos. Somente é permitida a entrada de acompanhantes para menores de 18 anos ou maiores de 60 anos.

- Nos casos de necessidade de acompanhamento chamar um funcionário da enfermagem.

- Encaminhar os pacientes ao acolhimento.

4. Portaria - Emergência:

- Manter fechada as portas de acesso à Emergência e Observação, não permitindo a entrada de acompanhantes sem a devida autorização.

Recepção

A recepção é a porta de entrada do ambiente hospitalar. É o primeiro contato do paciente com a unidade e por isso faz-se tão importante que o funcionário exerça sua função com presteza, qualidade e agilidade, desta forma transmitindo confiança. É imprescindível que o paciente, ou responsável, seja informado sobre os próximos passos e como proceder para ser atendido.

As atividades que serão realizadas pela recepção elencam-se a seguir:

1. Recepcionar os pacientes;

2. Fazer os registros de identificação dos mesmos;

3. Atender solicitações telefônicas da população;

4. Receber ligações telefônicas

5. Manter em ordem o caderno de registro de ocorrências.

6. Manter organizado o setor de recepção.

7. Cumprir os horários estabelecidos pela Direção da Unidade bem como as Ordens de Serviço, Rotinas, Protocolos, e outros instrumentos administrativos em vigor;

Serviço de Copa e Cozinha

Esta atividade é indispensável tanto para os pacientes como para os colaboradores. O bom funcionamento do serviço de Copa e Cozinha é essencial para produzirmos resultados adequados na gestão hospitalar.

Desta forma, seguem as atividades a serem realizadas pelos colaboradores deste setor:

1. Receber e armazenar adequadamente os gêneros alimentícios;

2. Aplicar os princípios básicos de limpeza e higiene;

3. Realizar atendimento ao acidentado do trabalho;

4. Organizar e controlar o depósito de materiais e gêneros alimentícios, verificando estoque e estado de conservação;

5. Lavar, enxugar e guardar utensílios;

6. Zelar pela guarda e conservação dos equipamentos e materiais utilizados.

7. Preparar o café servido aos colaboradores.

8. Cumprir os horários estabelecidos pela Direção da Unidade bem como as Ordens de Serviço, Rotinas, Protocolos, e outros instrumentos administrativos em vigor;

Ouvidoria

O IAPP - INSTITUTO DE APOIO A POLÍTICAS PÚBLICAS - determina como estratégia para ampliar a percepção de satisfação do usuário um canal de ouvidoria e acolhimento, que tem por objetivo registrar de modo estatístico, reclamação, sugestão, elogios, ou para sanar dúvidas. Os canais de escuta consistem em:

Acolhimento do coordenador da unidade:

O atendimento deverá ser feito em uma sala reservada, de forma a preservar a privacidade do paciente. Esse espaço descentraliza os níveis de resolutividade de conflito entre as amenidades dos processos de trabalho, e coloca a equipe como protagonista em relação as tomadas de decisão. Nos casos em que houver algum

conflito na unidade entre o usuário e o trabalhador, esses poderão ser dirimidos na própria unidade reforçando o vínculo junto a equipe.

Todos os atendimentos realizados, devem ser registrados em planilha Excel própria para tal registro. A planilha de controle deve conter os seguintes itens: fonte da reclamação (verbal, telefone, correio, e-mail, etc.), número de ocorrência, data, nome do usuário / paciente, resumo de ocorrência, resumo da ação e unidade envolvida (recepção, médica, enfermagem, etc.). Ao final do mês emitir um relatório com os seguintes dados: total de atendimentos (telefone pessoal e e-mail) e unidades envolvidas.

As ocorrências formalizadas deverão ser encaminhadas para os respectivos setores para providências e ao final do mês enviar para a Coordenação da Qualidade - SAU o relatório gerencial das ocorrências.

Todas as reclamações recebidas deverão ser respondidas em até 48 horas.

Os envolvidos deverão apresentar a resolução em 15 dias. Entende-se por resolução o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhado a seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado.

Normatização para acolhimento ao usuário quando em queixa quanto ao serviço de saúde:

Rotina de atendimento para orientações gerais

- Atender cordialmente o usuário, solicitar que apresente sua dúvida.
- Orientar o usuário a e se certificar que o mesmo tenha entendido a orientação.

Rotina de atendimento das reclamações

- Orientar o usuário a formalizar a reclamação, sugestão ou elogio no formulário de Registro de Reclamação do Usuário. No caso da impossibilidade do mesmo formalizar a reclamação no ato, orientá-lo da possibilidade de enviar por e-mail ou trazer redigido de sua residência.

- Descrever a reclamação no formulário próprio para reclamações, nos casos em que o paciente tiver dificuldades na escrita e solicitar nosso auxílio. Utilizar nestes casos a 3ª pessoa ex.: o reclamante refere, ou Segundo Informação do Cliente (SIC).

- Ler ou solicitar a leitura do que foi escrito para o paciente e solicitar sua assinatura.

- Informar ao paciente para quem está sendo encaminhado a sua reclamação, se certificar que os dados pessoais (endereço e telefone) estão corretos, e o informar sobre como será dado o retorno.

- Anotar na planilha de ocorrências e inserir na planilha de controle das ocorrências formalizadas.

Rotina de controle de prazo para retorno das reclamações

- Verificar diariamente quais a reclamações pendentes que estão com o prazo vencido no dia.

- Elaborar e-mail para secretária da Diretoria/ Coordenação envolvida contendo a relação das reclamações pendentes (número da queixa, nome do reclamante, data em que foi encaminhado).

Criação da ouvidoria:

O IAPP - INSTITUTO DE APOIO A POLITÍCAS PÚBLICAS - poderá dispor de e-mail, telefone e aplicativo Smartphone para o registro das queixas e apontamentos

referente a gestão e satisfação do atendimento, esse servirá de instrumento de mapeamento de ocorrência para fins de planejamento e material para o matricialmente e apoio institucional.

Gerenciamento de risco

Garantir a segurança dos pacientes é uma preocupação e um movimento mundial. O IAPP institui sua Política de Gerenciamento de Riscos e Segurança do Paciente que pressupõe uma série de ações que visam à identificação, prevenção, avaliação, monitoramento e a redução do risco de dano e eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que o cliente/paciente, colaborador e instituição podem estar expostos e que possam afetar a segurança, a saúde, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

Os objetivos gerais do Gerenciamento de Riscos são:

- Segurança dos pacientes e comunidade usuária
- Preservação da organização
- Redução de perdas
- Atendimento à legislação vigente
- Alinhamento aos padrões para certificação de qualidade
- Desenvolver a cultura da interdisciplinaridade e cooperação entre as diversas áreas para construir respostas às demandas
- Incentivar a mudança de postura nas relações interpessoais

1. Definições Importantes

- Eventos

Qualquer evento imprevisto que resulte em dano para os clientes externos ou internos. Exemplo: erros na administração de medicamentos, complicações operatórias e pós-operatórias, agressão, queda de paciente.

Evento Sentinela

à Evento Sentinela Grau 1: Ocorrência que resultou na necessidade de intervenções imediatas, que atingiu o paciente, acompanhante ou o colaborador e resultou em óbito.

à Evento Sentinela Grau 2: Ocorrência que resultou na necessidade de intervenções imediatas, que atingiu o paciente, acompanhante ou o colaborador e resultou em danos permanentes.

Evento Adverso: Ocorrência que resultou na necessidade de intervenções imediatas, que atingiu o paciente, acompanhante ou o colaborador e resultou em danos temporários.

Near Miss – Quase dano: Ocorrência que resultou na necessidade de intervenções imediatas, entretanto não atingiu paciente, acompanhante ou o colaborador.

2 - Identificação dos Riscos:

- Para diminuir a probabilidade da ocorrência de falhas, atuais ou potenciais, em processos;

- Para aumentar a confiabilidade dos processos já em operação por meio da análise das falhas que já ocorreram;

- Para diminuir os riscos de erros e aumentar a qualidade em procedimentos clínicos administrativos.

- Riscos Não Clínicos

Riscos não clínicos são assim denominados por constituírem a aplicação sistemática de políticas, procedimentos e práticas de gestão das atividades de manutenção da estrutura dos processos.

- Riscos Clínicos

Os riscos clínicos são um conjunto de medidas que visam prever, identificar e minimizar a ocorrência de eventos ou danos, decorrentes das atividades assistenciais, que podem causar danos físicos ou psicológicos, temporários ou permanentes.

3. Controle de riscos

A identificação da problemática é a principal forma de controlar o gerenciamento de risco, como mostra a imagem a seguir:

O gerenciamento de riscos em instituições de saúde deve vir de cima para baixo, tendo em vista a importância de inserir essa cultura na unidade de saúde. Todos devem estar envolvidos nos processos, procedimentos e ações necessárias para evitar riscos aos pacientes, profissionais e à própria instituição.

4. Ações

- Verificar se o ato falho é enquadrado em uma das seguintes opções:

• Erros de medicação (ex: não consultar a prescrição médica antes da aplicação; não rotular medicamentos; medicamentos deixados com acompanhantes);

• Falta de equipamentos no setor;

• Comunicação inadequada;

• Alteração de prescrição médica.

- Descrever o evento minuciosamente;

- Analisar o conteúdo da descrição, coletando informações que revelem a causa e a possível consequência.

- Identificar qual a ação corretiva adequada e implementa-la em todo o sistema.

Hotelaria Hospitalar

O IAPP busca incessantemente a satisfação dos pacientes, e é por este motivo que introduzimos em nossas atividades a Hotelaria Hospitalar.

Introduzimos técnicas e procedimentos de hotelaria para, consequentemente, obtermos o benefício social, físico, emocional e psicológico dos pacientes, familiares e dos próprios colaboradores.

Dentro da visão do IAPP, o paciente é tratado como cliente o que nos remete aos serviços de apoio oferecerem conforto, segurança e bem-estar, além, é claro, da hospitalidade com que devem ser tratados pelos colaboradores.

Com a hotelaria inserida no modelo de gestão é possível interferir positivamente nas ações e perceber o quanto esse modelo pode impactar o relacionamento entre as pessoas.

Algumas ações serão inseridas nas unidades para que os usuários sintam-se em um ambiente agradável, que satisfaça suas necessidades diárias alivie o desconforto físico e o estresse mental.

Primeiramente iremos destacar a abordagem humana, já que cada vez mais o hospital tende a se voltar plenamente para o cliente de saúde, inclusive pensando na comunicação com a equipe profissional, bem como com os familiares sempre que possível.

É de suma importância que a arquitetura hospitalar atenda às necessidades médico-hospitalares e as necessidades diárias dos clientes da saúde, inclusive pensando no aspecto da privacidade sempre que necessária.

A cromoterapia não foi inventada pela hotelaria, mas foi inserida nos ambientes hoteleiros e nos serve positivamente em ambientes hospitalares.

Tradicionalmente o hospital é pintado de branco para que seja possível demonstrar a higiene do ambiente, no entanto a Teoria das cores de Goethe ensina-nos as influências das cores sobre o comportamento e sentimentos humanos. Pensar no jogo de cores pode resultar em uma evolução no quadro clínico de um paciente sendo, por tanto, um estudo necessário realizado pelo IAPP ao assumir a gestão de unidades hospitalares.

Limpeza

De extrema relevância, essa atividade não apenas mantém o ambiente higienizado e perfumado, mas também auxilia de forma crucial na prevenção da proliferação de infecções hospitalares.

Consiste na remoção da sujidade da superfície de artigos e equipamentos, através da ação mecânica utilizando água e detergente, com posterior enxague e secagem. A grande carga microbiana está concentrada na matéria orgânica, que consequentemente, será removida de uma superfície durante a remoção da sujidade.

A limpeza deve ser sempre realizada como primeira etapa de desinfecção ou esterilização, pois vai garantir a qualidade destes processos. O material orgânico aderido abriga os micróbios.

Inúmeros estudos comprovam que a presença da matéria orgânica inativa a ação de germicidas e impede a penetração de produtos químicos ou meios físicos de esterilização, por não permitir uma exposição direta da superfície do artigo ao agente desinfetante ou esterilizante. Ao realizarmos a limpeza de artigos estamos expostos à

fluidos contaminados e produtos químicos, sendo imprescindível a utilização de equipamentos de proteção como óculos, máscara cirúrgica, avental plástico, braçadeiras plásticas e luvas de borracha.

Desta forma, o IAPP propõe, a seguir, a forma como esta atividade deve ser realizada.

Produtos utilizados

• Detergente líquido, neutro e biodegradável

Modo de uso:

- Em superfícies: aplicar puro em um pano úmido ou escova, ou diluído em água (solução detergente). Aplicar pano umedecido em água para o enxágue.

- Em imersão: preparar a solução detergente na proporção de 10 ml por litro de água, em recipiente onde os artigos serão submersos. O tempo mínimo de exposição será de 30 minutos. Esta forma de uso previne o ressecamento da matéria orgânica nos artigos. O tempo de exposição deve ser observado para o detergente dissolver a sujidade e também para agir na membrana dos microrganismos inativando muitas formas, e consequentemente, diminuindo o risco de transmissão de germes no caso de acidentes, durante a manipulação. Para um contato direto da solução detergente no interior de materiais tubulares (cateteres, tubos de aspiração e de oxigenioterapia, etc.), faz-se necessário o uso de uma seringa para injetar a solução internamente. Para remoção de crostas ou sujidade aderidas utilizam-se escovas, tomando-se cuidado para não formar ranhuras em determinados materiais que poderão albergar sujidade mais facilmente.

Após, realizar o enxague em água corrente e abundante. Secar com compressas secas e limpas. Guardar em local limpo e protegido de poeira ou encaminhar para desinfecção/esterilização se estiver indicado.

• Detergente enzimático

Modo de uso:

- Em imersão: preparar a solução em recipiente com água fria ou ligeiramente morna, nunca quente para evitar a inativação das enzimas. A concentração deve seguir a orientação do fabricante descrita em cada embalagem, assim como a troca da solução, e o tempo mínimo de contato. Geralmente o tempo mínimo de ação é de 3 a 5 minutos. Para um contato direto da solução detergente no interior de materiais tubulares, faz-se necessário o uso de uma seringa para injetar a solução internamente. Após, realizar o enxague em água corrente e abundante. Secar com compressas secas e limpas. Guardar em local limpo e protegido de poeira ou encaminhar para desinfecção/esterilização.

O uso do detergente enzimático está indicado para artigos com maior possibilidade de aderência de sujidade e com difícil acesso para limpeza. Como exemplo citaremos: tubo endotraqueal, circuito de respirador, sonda nasoentérica, catéteres, instrumental cirúrgico de traumatologia, fibrobroncoscópio, laparoscópio, etc. Suas vantagens são: biodegradável, rápida ação, baixa toxicidade, não corrosividade, não oxidação, excelente ação limpadora dispensando a etapa de fricção mecânica e aumentando a vida útil dos materiais. As enzimas são elementos biológicos que degradam especificamente as proteínas, açúcares e gorduras que compõem a matéria orgânica.

Desincrustante em pó ou líquido:

Modo de uso:

- Em imersão: preparar a solução diluindo conforme orientação do fabricante. Deixar os materiais imersos por 30 minutos. Utilizar escovas para fricção. Após, realizar o enxágue em água corrente e abundante. Secar com compressas secas e limpas. Guardar em local limpo e protegido de poeira ou encaminhar para desinfecção/esterilização se estiver indicado. O desincrostante está indicado para remoção de crostas em vidros, papagaios, comadres e instrumental cirúrgico. É contraindicado o uso em plásticos, látex ou borrachas.

• Peróxido de hidrogênio (10 %) – popularmente conhecida com água oxigenada líquida.

Modo de uso:

- Em superfícies: seu uso está indicado para facilitar a remoção de sangue ressecado, aplicando puro diretamente sobre a crosta ou injetando em caso de agulha ou cateter. Posteriormente, proceder a limpeza.

• Lubrificante

Modo de uso: em equipamentos que necessitam de lubrificação diária ou periódica, esta etapa deve ser realizada após a limpeza, e antes da esterilização. Estes instrumentos são geralmente de uso em procedimentos cirúrgicos médicos e odontológicos e são articulados, citando-se também micromotores de uso em odontologia, traumatologia, neurocirurgia, etc... A aplicação do lubrificante deve ser orientada pelo fabricante.

• Desoxidante - também chamado produto antiferrugem, são indicados em instrumentos médicos e odontológicos metálicos, quando apresentam pontos de oxidação (ferrugem) ou alteração da cor original do metal.

Modo de uso: deve ser aplicado após a limpeza e após seu uso deveremos realizar nova limpeza para evitar que fique resíduo do produto.

DESINFECÇÃO

É o processo de destruição de microrganismos como bactérias na forma vegetativa (não esporulada), fungos, vírus e protozoários. Este processo não destrói esporos bacterianos.

A desinfecção pode ser dividida em três níveis de acordo com o espectro de destruição dos microrganismos:

Desinfecção de alto nível: destrói todas as formas vegetativas de microrganismos, inclusive Mycobacterium tuberculosis, vírus lipídicos e não lipídicos, fungos e uma parte dos esporos. Como exemplo: glutaraldeído 2%, peróxido de hidrogênio 3-6%, formaldeído 1-8%, ácido peracético e composto clorado a 10.000 ppm.

Desinfecção de médio nível: inativa o bacilo da tuberculose, bactérias na forma vegetativa, a maioria dos vírus e fungos, exceto esporos bacterianos. Exemplo: compostos clorados de 500 a 5000 ppm, álcool 70%.

Desinfecção de baixo nível: elimina a maioria das bactérias, alguns vírus como o HIV, o da hepatite B e hepatite C, fungos. Não destrói microrganismos resistentes como bacilo da tuberculose e esporos bacterianos. Como exemplo: compostos fenólicos 0,5-3%, compostos de iodo, quaternário de amônia.

Produtos utilizados

• Glutaraldeído 2%: com ativação ou pronto uso, 14 dias.

Modo de uso:

- Em imersão: colocar a solução ativa em recipiente plástico, com tampa, indicando no recipiente o prazo de validade. Mergulhar completamente o artigo previamente limpo e seco, por um período mínimo de 30 minutos. Em artigos tubulares, injetar a solução internamente com seringa. Após o tempo de exposição, os artigos devem ser enxaguados em água corrente, abundante, até remoção total da viscosidade. Na desinfecção de aparelhos com fibras óticas como videolaparoscópio está indicado o enxágue com água estéril em técnica asséptica. Indicado para desinfecção de artigos metálicos, plásticos como de oxigenioterapia (nebulizador, umidificador e ambú), etc. Não misturar artigos metálicos de composição diferentes no mesmo ciclo para evitar corrosão eletrolítica. É tóxico e libera vapores devendo o processo ser realizado em local ventilado. Utilizar sempre óculos de proteção, protetor respiratório com carvão

ativado e luva de borracha grossa. A estocagem deve assegurar a desinfecção dos materiais, devendo ser embalados em sacos plásticos e guardados em caixas fechadas. Este germicida não está indicado para desinfecção de superfícies.

Por ser volátil, sua troca é indicada a cada 24 horas. A concentração recomendada é de 1% em dez minutos de contato ou 0,5% com trinta minutos de contato para desinfecção de nível médio.

Modo de uso: a solução deve ser solicitada na concentração indicada. Se for usado alvejante comercial, considerar a concentração de 2% e preparar a solução com uma parte de alvejante e igual parte de água para obter 1% ou uma parte de alvejante para três de água obtendo 0,5%.

Deve ser colocada em recipiente plástico, fechado, de paredes opacas para evitar a ação da luz pois é instável. Da mesma forma em artigos tubulares, injetar a solução com seringas no interior dos artigos. Indicado para artigos que não sejam metálicos devido sua ação corrosiva e oxidante. Utilizar sempre óculos de proteção, máscara cirúrgica e luva de borracha grossa. A estocagem deve assegurar a desinfecção dos materiais, devendo ser guardados embalados em sacos plásticos e em caixas fechadas.

• Álcool 70%: fechar o frasco imediatamente após o uso para evitar a volatização.

Modo de uso:

- Em imersão: colocar em recipiente plástico com tampa. Por ser volátil, sua troca é indicada a cada 24 horas. Seu tempo de contato mínimo é de 10 minutos. Deixar escorrer e secar espontaneamente; dispensa o enxague. Indicado para artigos metálicos como cubas, sensores de respirador mecânico, placas expansoras de pele, tubetes de anestésicos, extratores de brocas em odontologia etc. Não é indicado para materiais de borracha, látex, silicone e acrílico pela sua possibilidade de ressecar e opacificar estes materiais.

Utilizar sempre óculos de proteção, máscara cirúrgica e luva de borracha grossa. A estocagem deve assegurar a desinfecção dos materiais, devendo ser guardados em caixas fechadas ou embalados.

- Em superfícies: aplicá-lo diretamente com compressas, friccionando até sua evaporação repetindo por mais duas vezes. A superfície deve estar limpa e seca, pois é inativado na presença de matéria orgânica.

Indicado para equipamentos como refletores de luz, mesas ginecológicas, mobiliário de atendimento direto ao paciente, porta-amálgamas na odontologia, turbinas alta-rotação não autoclaváveis, micromotores de odontologia. Utilizar sempre óculos de proteção, máscara cirúrgica e luva de borracha grossa.

• Ácido Peracético 0,2%: introduzido recentemente no mercado nacional, é caracterizado por uma rápida ação contra todos os microrganismos, incluindo esporos bacterianos em baixas concentrações. Sua especial vantagem é sua biodegradabilidade e atoxicidade, além de ser efetivo na presença de matéria orgânica. Tem odor avinagrado. É corrosivo para metais como bronze, cobre, ferro galvanizado e latão, para tal deve-se ter o cuidado de adicionar solução inibidora de corrosão.

Modo de uso: colocar a solução, após adição do inibidor de corrosão, em recipiente plástico com tampa, em volume que permita a total imersão dos artigos.

O tempo de ação como desinfetante de alta atividade biocida é de 10 minutos de contato. A solução em uso tem validade por 30 dias. O ácido peracético pode ter sua concentração monitorada com fita teste específica, semanalmente, e na última semana, pelo 27° dia monitorado diariamente. O material deve ser mergulhado limpo e seco e após 10 minutos retirar e enxaguar em água corrente. Deixar escorrer e secar com compressa limpa. Guardar o material em local específico limpo e protegido de poeira. Os processos físicos-químicos são indicados para materiais termossensíveis, porém seu uso fica restrito para hospitais de maior porte e pelo alto custo de instalação/manutenção muitas vezes estes serviços são terceirizados.

ESTERILIZAÇÃO

É o processo utilizado para completa destruição de microrganismos, incluindo todas as suas formas, inclusive as esporuladas, com a finalidade de prevenir infecções e contaminações decorrentes de procedimentos cirúrgicos e invasivos com utilização de artigos críticos.

A esterilização pode ser realizada por:

Processos químicos: glutaraldeído / formaldeído

Processos físicos: vapor saturado/ autoclave / calor seco/ estufa / raios gama/ cobalto (indústria)

Processos físico-químicos: óxido de etileno / plasma de peróxido de hidrogênio / vapor de formaldeído

Os processos físico-químicos são indicados para materiais termossensíveis, porém seu uso fica restrito para hospitais de maior porte e pelo alto custo de instalação/manutenção muitas vezes estes serviços são terceirizados.

- Esterilização por Processos Físicos

A esterilização por processos físicos pode ser através de calor úmido, calor seco ou radiação. A esterilização por radiação tem sido utilizada em nível industrial, para artigos médicos-hospitalares. Ela permite uma esterilização a baixa temperatura, mas é um método de alto custo. Para materiais que resistam a altas temperaturas a esterilização por calor é o método de escolha, pois não forma produtos tóxicos, é seguro e de baixo custo.

• Esterilização por Calor Úmido

O equipamento utilizado é autoclave. É o método de 1ª escolha tratando-se de esterilização por calor. Esta preferência se justifica por preservar a estrutura dos

instrumentos metálicos e de corte, por permitir a esterilização de tecidos, vidros e líquidos, desde que observados diferentes tempos de exposição e invólucros. O mecanismo de ação biocida é feito pela transferência do calor latente do vapor para os artigos, e este calor age coagulando proteínas celulares e inativando os microrganismos. Os artigos termossensíveis não devem sofrer autoclavagem, pois a temperatura mínima do processo é de 121º C, bem como os óleos que não permitem a penetração do vapor.

Etapas para processamento:

- Invólucros: após limpeza, secagem e separação, os artigos deverão ser acondicionados para serem submetidos ao ciclo de esterilização. Os instrumentos articulados, tipo tesoura, porta-agulha, devem ser embalados abertos no interior do pacote. Como invólucros para este processo, existem: papel grau cirúrgico, filme plástico de polipropileno, algodão cru duplo com 56 fios, papel crepado, caixas metálicas forradas internamente com campos simples e com orifícios para permitir a entrada do vapor. Utilizando-se caixas metálicas com orifícios, os artigos contidos no interior devem ser utilizados prontamente, pois os orifícios promovem a recontaminação se estocados. Se a caixa metálica for sem orifícios, deverá ser esterilizada com a tampa acondicionada separada da caixa, e somente fechá-la após o resfriamento.

Os invólucros sem visor transparente deverão ser identificados quanto ao conteúdo, e todos deverão ter escrito a data de validade da esterilização. Todas as embalagens deverão portar um pedaço de fita de indicação química externa para diferenciar e certificar que os pacotes passaram pelo processo.

O invólucro de papel grau cirúrgico com filme de poliamida e plásticos podem vir em forma de envelopes prontos ou rolos de diferentes tamanhos e larguras e já vem com indicadores químicos. Se utilizados em rolo, deverão ser selados a quente com seladoras próprias. Os invólucros de papel crepado, papel kraft ou tecido deverão obedecer a um método de dobradura para possibilitar abertura asséptica do pacote.

- Colocação da carga na autoclave: os artigos embalados em papel, dos diferentes tipos, e artigos embalados em tecido não podem ter contato entre si, pois retém umidade. Se tiverem de ser colocados na mesma carga, devem ser colocados em prateleiras diferentes da autoclave. Quanto a posição na prateleira, os invólucros devem ficar dispostos no sentido vertical, e nunca camada sobre camada na mesma prateleira, para permitir a exaustão do ar e a circulação do vapor no interior de cada pacote. As cargas de tecidos (gazes e campos) devem ser processadas em cargas diferentes dos metais, caso contrário os têxteis devem ficar na prateleira superior para facilitar a penetração do calor. Os pacotes não podem encostar nas paredes internas da câmara, assim como a carga não pode ultrapassar 70% da capacidade interna. Se a caixa metálica for sem orifícios, deverá ser esterilizada com a tampa disposta separada da caixa, e somente fechá-la após o resfriamento, onde deverá ser lacrada com fita crepe. A fita indicadora química de processo deverá ser colocada em todos os pacotes ou caixas em local visível, em pequenos pedaços.

- Ciclo da esterilização: consiste em quatro fases: retirada do ar e entrada do vapor, esterilização, secagem e admissão de ar filtrado para restauração da pressão interna. Os equipamentos têm diferentes formas de programação de ciclos, quanto a tempo de exposição, utilização de água destilada em diferentes quantidades, portanto, devem ser seguidas as orientações do fabricante.

Não retirar as bandejas da autoclave, pois sem as mesmas não obtemos um aproveitamento 100% correto.

- Qualificação do processo: tem o objetivo de validar a eficácia do processo de esterilização. Existem vários meios de testar a qualidade da esterilização por autoclave. Os indicadores químicos podem ser internos ou externos. Os indicadores químicos internos avaliam os parâmetros vapor, temperatura e pressão.

São fitas que reagem quimicamente alterando sua cor e são colocadas no interior de cada pacote, e conferidas na abertura do pacote. Os indicadores químicos externos, na forma de fita adesiva, são utilizados apenas para diferenciar os pacotes que passaram

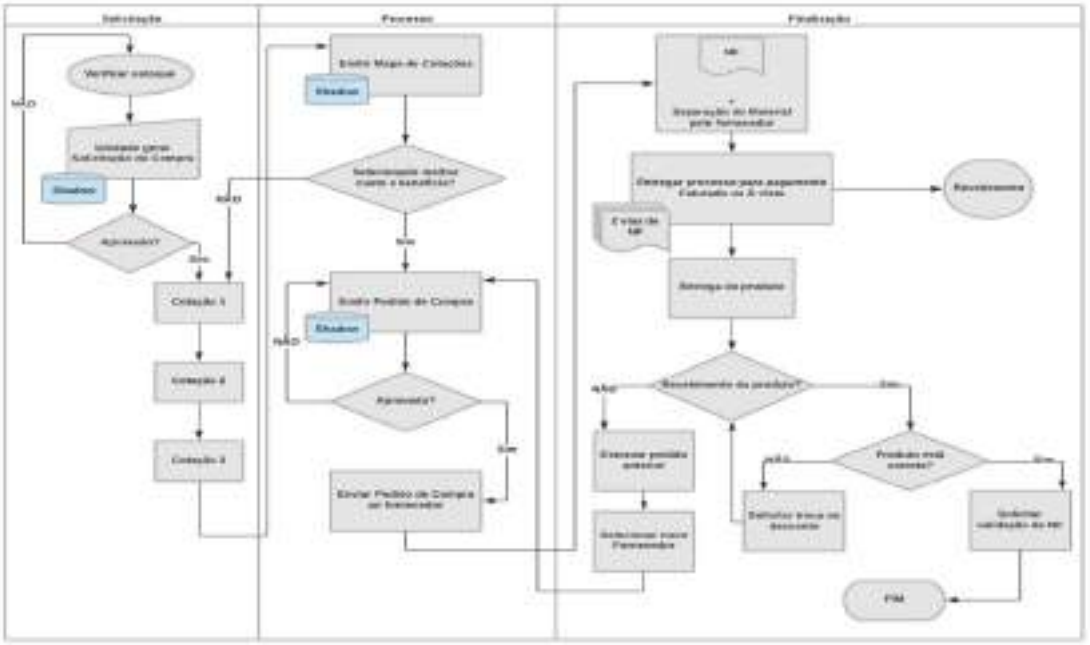
pelo processo de esterilização daqueles que ainda não passaram, através da mudança da cor da fita por sensibilidade a temperatura. Este indicador não avalia a qualidade da esterilização, apenas a passagem pelo processo.

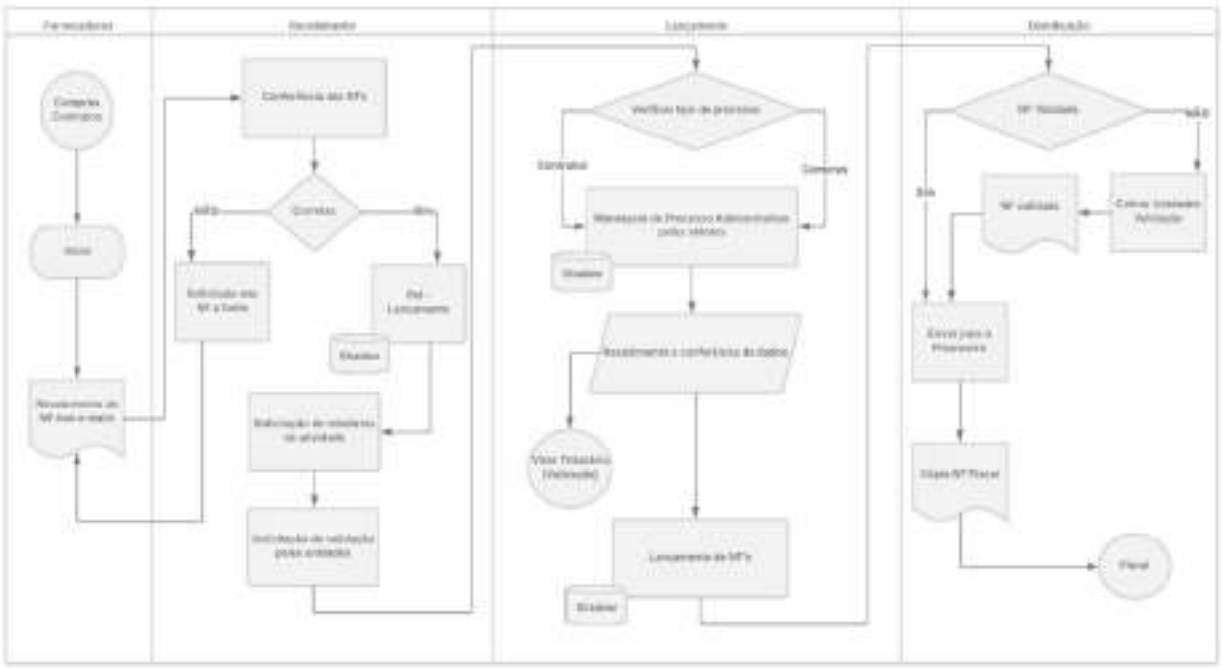
- Estocagem e Prazo de Validade: é bastante variável e depende do tipo de invólucro, da eficiência do empacotamento, do local de estocagem quanto a umidade e se são prateleiras abertas ou fechadas que indicará a circulação de poeira. Entretanto, para maior segurança, recomenda-se a estocagem dos pacotes em armários fechados ou caixas para maior proteção. O manuseio externo destas embalagens deve ser com as mãos limpas. A abertura de cada pacote ou caixa esterilizada deve ser feita com técnica asséptica utilizando luva esterilizada ou pinça estéril exclusiva para este fim. Considera-se contaminada toda a embalagem rompida ou manchada. Para papel kraft, manteremos a rotina de 7 dias de estocagem e para tecido, 15 dias. Para papel crepado, 2 meses em armário fechado. Para papel grau cirúrgico ou polietileno 6 meses em armário fechado. Semanalmente o estoque deve ser revisado quanto ao prazo de validade, encaminhando para reprocessamento os pacotes vencidos. Ao estocar os pacotes, deve-se observar para os que estiverem próximo ao vencimento fiquem mais na frente dos recém esterilizados, seguindo uma ordem pela data de validade.

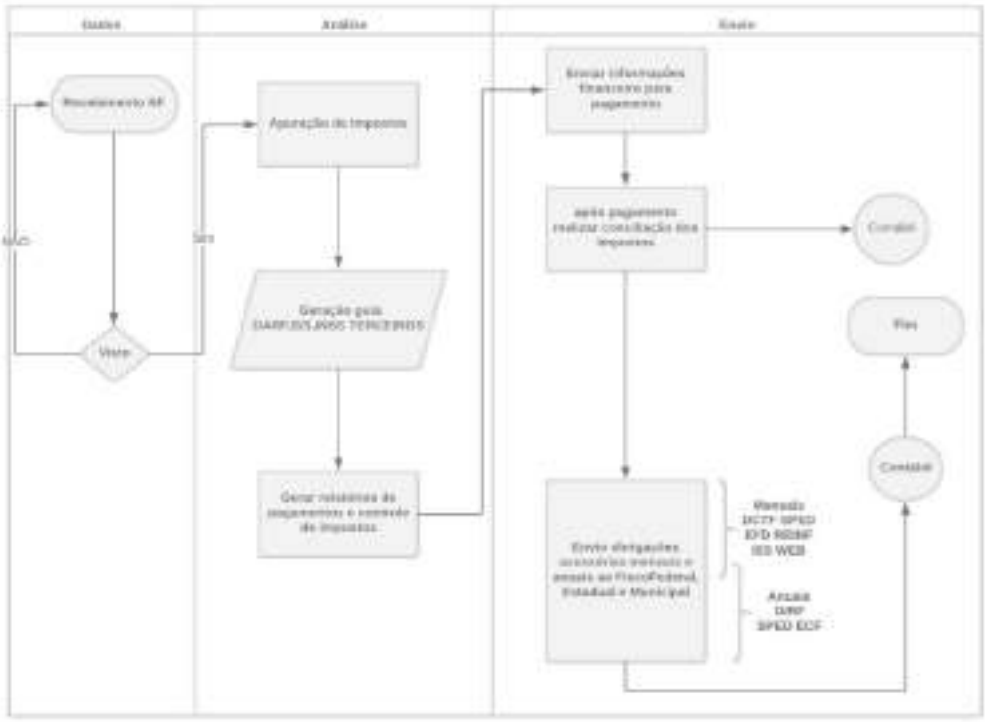
Atividades Administrativas e Financeiras – Regulamentos e Manuais

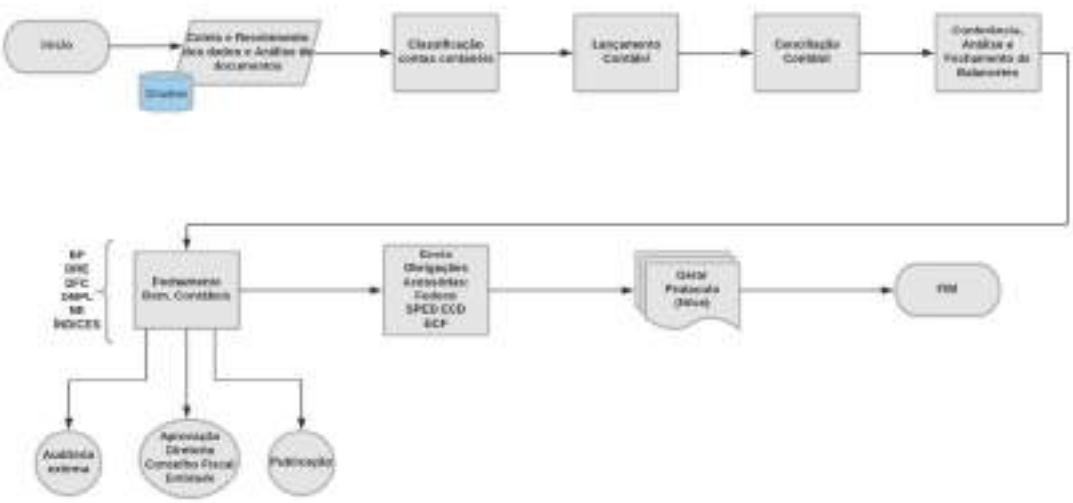
O IAPP mantém o padrão de excelência em sua forma de gestão. É possível identificar essa qualidade pelo processo que é aplicado para a realização das atividades administrativas e financeiras.

Pensando em elucidar a transparência com a qual trabalhamos, a seguir demonstraremos nosso processo de atividades financeiras.

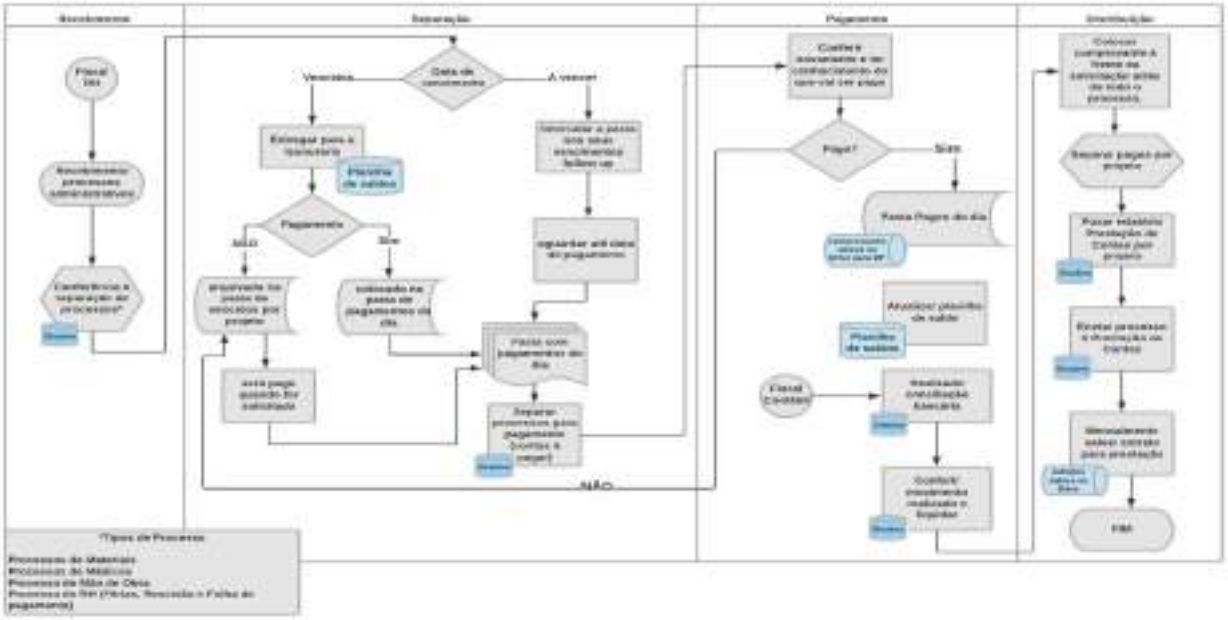

Solicitação
Processo
Finalização
Verificar estoque
NÃO
Sim
Criação 1
Criação 2
Criação 3
Aprovado?
Enviar Pedido de Compra ao fornecedor
Aprovada?
Sim
NÃO
Fornecedor
Entrega no prazo?
Produto está correto?
Solicitar substituição do item
FIM

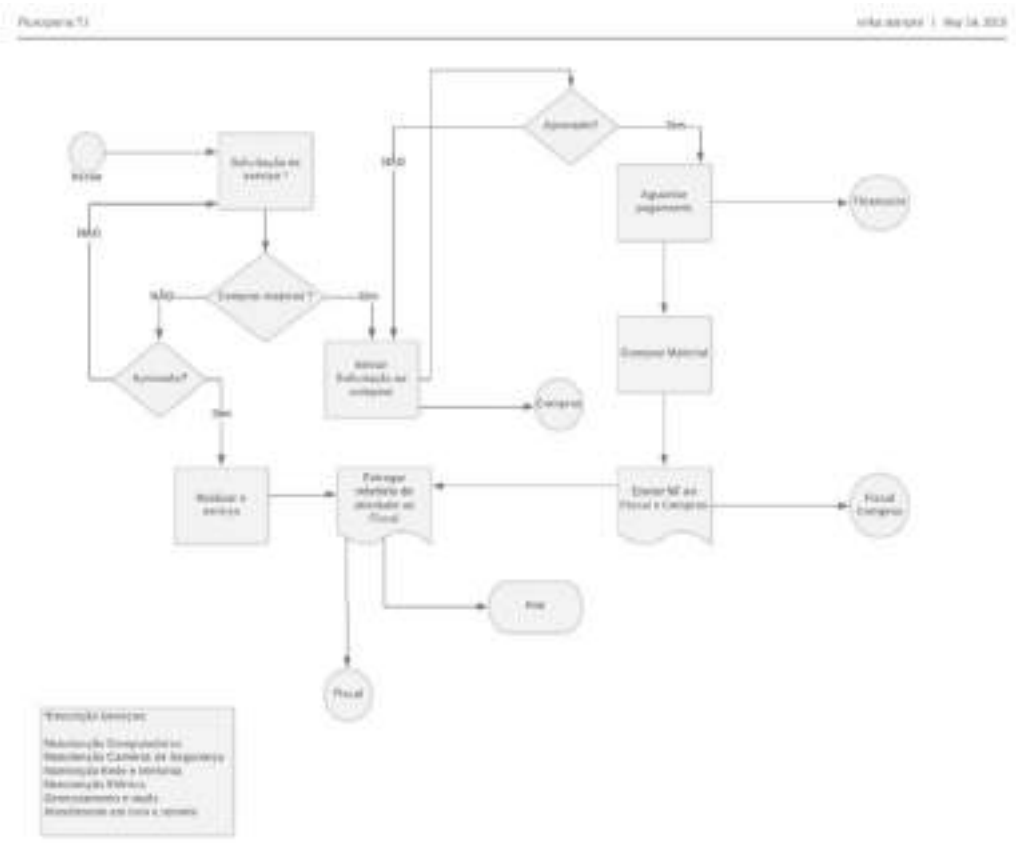

Fornecedores
Recebimento
Lançamento
Distribuição
Compras Realizadas
Nota
Conferência dos NFs
Contas
Não
Sim
Pré - Lançamento
Elaboração de relatórios de divergência
Verificar tipo de processo
Sensíveis
Comuns
Visto Trabalho (Validade)
Lançamento de NFs
NF Validada
Não
Sim
Envio para o Processo
Final





Fluxograma Financeiro





Nossas compras são efetuadas com o devido processo e controle que garanta a economicidade e transparência. Para tanto apresentaremos, então nosso manual de compras a seguir:

Instituto de Apoio a Políticas Públicas

REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÃO DE OBRAS E SERVIÇOS DO INSTITUTO DE APOIO A POLÍTICAS PÚBLICAS – IAPP

TÍTULO I – INTRODUÇÃO

Art. 1° - A presente norma tem como objetivo constituir preceito, metodologias, e critérios para compras de materiais, contratação de obras e serviços terceirizados e especializados da **INSTITUTO DE APOIO A POLÍTICAS PÚBLICAS – IAPP**, passando a partir de agora ser denominado como IAPP.

Parágrafo único – As presentes normas se aplicam sobre compras de materiais, insumos, bem como nas contratações de obras e serviços terceirizados e especializados adquiridos por meio de recursos públicos advindos de convênios, contratos de gestão ou ainda qualquer outro instrumento análogo pactuados com a administração pública de qualquer esfera.

Art. 2° – Com a finalidade de nortear o presente regramento, cumpre esclarecer o que segue:
- Setor de Compras, Almoxarifado e Ofertas: setor administrativa do IAPP, subordinado ao Diretor Administrativo Departamento da Organização Social de Saúde
- Assembleia Geral: órgão de gestão da IAPP, composto por associado associadas;
- Diretoria: órgão de direção da IAPP, constituído dos cargos determinados no Estatuto Social
- Conselho de Administração: órgão fundado conforme preceituado no estatuto social, com o objetivo de assistir e fiscalizar as atividades de todos os Departamentos da entidade;
- Administrador Hospitalar ou Coordenador Administrativo, profissional responsável que tem como objetivo gerir os Departamentos que atuam diretamente na gestão de saúde;
- Gerente de Compras: profissional contratado responsável por administrar o Setor de Compras;
- Supervisor de Compras: profissional contratado que tem como objetivo supervisionar o Setor de Compras, subordinado ao Gerente de Compras.

TÍTULO II - DAS COMPRAS

Capítulo I – Definição

Art. 3° - Para fins do presente regulamento, considera-se compra toda aquisição remunerada de bens de consumo e materiais permanentes para fornecimento de uma única vez ou de fornecimento parcelado, que tenha como objetivo de abastecer as

Unidades Compradoras com os bens e materiais necessários para a realização de atividades da entidade.

Capítulo II - Do processo de compras

Art. 4º O processo de compras abrange o cumprimento das seguintes etapas determinadas:

I - solicitação de compras;
II - escolha de fornecedores;
II - apuração da melhor oferta;
IV -análise da documentação
V - emissão do pedido de compra,

Art. 5º - O procedimento de compras se inicia através do recebimento da solicitação de compras que necessitará conter as seguintes informações:

I - identificação da Unidade Compradora ou projeto solicitante;
II - descrição minuciosa do bem, material ou serviço que deve ser adquirido;
III - especificações técnicas de forma genérica;
IV - quantidade a ser adquirida;
V - informações sobre a movimentação do material no estoque.
VI - classificação da necessidade pedido

Art. 6 - O processo de Seleção de Fornecedores implica a aceitação integral e Irretratável, das características técnicas e instruções fornecidas aos interessados, bem como que o fornecedor cumpra com o presente regulamento, as normas civis, dos tribunais de contas, bem como demais normas aplicáveis.

Art. 7º - O Departamento de Compras tem o dever de escolher de forma racional e com prudentes os fornecedores e prestadores que irão participar dos processos de concorrência, considerando idoneidade, qualidade e menor custo, devendo considerar o custo benefício e a economicidade, devendo levar em consideração garantia de manutenção, reposição de peças e atendimento de urgência, quando for o caso de uso de bens e materiais de uso contínuo.

Parágrafo único - Para fins do disposto no "caput" deste artigo, considera-se menor custo aquele que resulta da verificação e comparação do somatório de fatores utilizados para determinar o menor preço avaliado, que além de termos monetários, encerram um peso relativo para a avaliação das propostas envolvendo, entre outros, os seguintes aspectos:

i. forma de pagamento;
ii. prazo de entrega;
iii. custos para operação do produto, eficiência e compatibilidade;
iv. durabilidade do produto;
v. credibilidade mercadológica da empresa proponente;
vi. disponibilidade de serviços;
vii. documentação do fornecedor;
viii. inidoneidade do fornecedor;
ix. eventual necessidade de treinamento de pessoal;
x. qualidade do produto.
xi. custo x benefício
xii. custos de transporte e seguro até o local da entrega;

Art. 8 º O processo de seleção compreende a cotação entre os fornecedores que deve ser feita, no mínimo, com 03 (três) ou 04 (quatro) cotações com diferentes fornecedores, dependendo do valor total da aquisição de cada bem adquirido.

Parágrafo Primeiro - Para as compras de materiais e medicamentos padronizados, compete ao Administrador Hospitalar ou Coordenador Administrativo solicitar a reposição do estoque e compete ao Setor de Compras apurar a melhor oferta e realizar a compra.

Quando não for possível realizar o número de cotações estabelecido no presente artigo, o Gerente de Compras ou o Supervisor de Compras autoriza a compra com o número de cotações que houver, mediante justificativa, desde que os valores estejam dentro da média de mercado.

Parágrafo Segundo - Para as compras de materiais e medicamentos que não são padronizados, compete ao Setor de Compras apurar a melhor oferta e compete ao Administrador Hospitalar ou Coordenador Administrativo aprovar a compra. Quando não for possível realizar o número de cotações estabelecido no presente artigo, o Administrador Hospitalar ou Coordenador Administrativo autoriza a compra com o número de cotações que houver, mediante justificativa.

Parágrafo Terceiro - Para as Unidades Compradoras que são Departamentos de Organização Social de Saúde, cabe ao Conselho de Administração

estabelecer os valores para os quais são admitidas 03 (três) cotações ou exigidas 04 (quatro) cotações. Para as demais Unidades Compradoras cabe à Assembleia Geral estabelecer os valores.

Parágrafo Quarto - O Conselho de Administração e a Assembleia Geral podem estabelecer diferentes valores em razão das especificidades das Unidades Compradoras, como localização, instalações físicas, atividades desenvolvidas, além de outras.

Art. 9º - A melhor oferta é apurada considerando-se os princípios contidos no art. 7º deste Regulamento.

Parágrafo Único - Para a apuração e apresentação da melhor oferta deverão ser utilizadas todas as formas de realização de negócios disponíveis na internet, como a consulta a sites e portais de compras e fornecedores, catálogos, assim como o pregão eletrônico, através do qual é anunciada a compra que se pretende fazer, utilizando-se de site próprio inserido em um sítio de sites de interesse dos fornecedores e, ainda, outras modalidades que vierem a ser desenvolvidas.

Art. 10 – Posteriormente a aprovação da compra, o Setor de Compras emite a Ordem de Compra, em quatro vias, distribuindo as vias da seguinte forma:

I - uma via para o fornecedor;
II - uma via para o Setor responsável pelo recebimento do bem adquirido;
III - uma via para o arquivo do Setor de Compras.
IV - uma para o setor financeiro para provisionamento

Parágrafo Único – Na hipótese de contratação adquirida por meio eletrônico, são emitidas apenas as vias para o Setor responsável pelo recebimento do bem adquirido, Setor financeiro para provisões e para o Setor de Compras.

Art. 11 - A Ordem de Compra corresponde ao contrato formal realizado com o fornecedor e conclui o procedimento de compras, necessitando representar fielmente todas as condições em que foi realizada a negociação, bem como a característica do que foi adquirido.

Parágrafo Primeiro – No caso de aquisições x compras efetuadas realizadas por meio eletrônico são emitidas os documentos obtidos nas negociações eletrônicas, contendo as condições do

negócio realizado.

Parágrafo Segundo - Na compra de materiais e medicamentos padronizados, frequentemente despendidos pelas Unidades Compradoras, poderá ser pactuado contrato de fornecimento, constituindo condições de fornecimento, os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, bem como a vigência contratual e suas responsabilidades.

Art. 12 – A unidade responsável pelo recebimento tem o dever de constatar se os bens e materiais se encontram com as especificações contidas na Ordem de Compra. A unidade gestora, deverá acompanhar o fluxo das ordens de compra, devendo o acompanhamento ser diário e realizado pela Unidade Compradora, que deve informar ao Setor de Compras a existência de atraso na entrega ou qualquer outra irregularidade constatada, sob pena de responsabilização em procedimento a ser aberto.

CAPÍTULO III - Das compras de pequeno valor

Art. 13 - São consideradas compras de pequeno valor a aquisição de bens de consumo inexistentes no estoque e sem previsão de consumo, adquiridas através de nota fiscal ao consumidor.

Art. 14 - As compras de pequeno valor estão dispensadas do cumprimento das etapas definidas nos incisos II e III do artigo 4º da presente norma.

Art. 15 - As compras de pequeno valor são autorizadas pelo Direito Executivo ou pelo Coordenador Administrativo e devem ser comprovadas através de Nota Fiscal ao consumidor nominal à Unidade Compradora.

Parágrafo Único - Para as Unidades Compradoras que são Departamentos de Organização Social de Saúde, compete ao Conselho de Administração determinar o valor máximo para a aquisição considerado de pequeno valor. Para as demais Unidades Compradoras compete à Assembleia Geral fazê-lo. O Conselho de Administração e a Assembleia Geral devem determinar diferentes valores fruto das especificidades das Unidades Compradoras, devendo ser levada em considerações questões relacionadas a localização, instalações físicas, atividades desenvolvidas, logística e necessidade.

CAPÍTULO IV - Do fornecedor exclusivo

Art. 16 - A aquisição de bens de consumo e materiais permanentes fornecidos com exclusividade por um único fornecedor está dispensada das etapas definidas nos incisos II e III do art. 4º do presente Regulamento, sendo hipótese de inexigibilidade.

Art. 17 - A condição de fornecedor exclusivo é comprovada por meio de carta de exclusividade exibida pelo fornecedor, devendo ser apresentada a cada 3 (três) meses, bem como deverá ser analisada por Comissão Competente constituída.

Parágrafo primeiro - O Setor de Compras deverá consultar sindicatos, associações de classe e outros órgãos afins, visando a devida comprovação da veracidade da carta de exclusividade apresentada pelo fornecedor. Na suspeita de falsidade serão oficiadas as autoridades competentes para providências cabíveis, sem prejuízo de realização de medidas judiciais cabíveis em caso de fornecimento já iniciado.
Parágrafo segundo - A condição de fornecedor exclusivo deve ser avalizada pela Comissão de Compras.

CAPÍTULO V –

Da Comissão Consultiva e de Fiscalização dos Processos de Compras

Art. 18 – Compete a Comissão Consultiva e de Fiscalização dos Processos de Compras tem, que possui natureza consultiva e fiscal :

I - analisar os processos de compras concluídos;
II - opinar sobre questões relativas a compras;
III - dar parecer sobre os casos de dúvida ou omissão na aplicação do presente Regulamento;
IV - dar parecer sobre os procedimentos de compra em andamento, quando solicitado pela Diretoria.
V – analisar documentos
VI – analisar cartas de compras
VI – dirimir eventuais dúvidas

Art. 19 - A Comissão Consultiva e de Fiscalização dos Processos de Compras deverá ser composta por, no mínimo, sete membros indicados pela Diretoria que pode substituí-los a qualquer momento.

Parágrafo Único - A Diretoria poderá constituir mais de uma Comissão Consultiva e de Fiscalização dos Processos de Compras, podendo adotar critérios de afinidades entre as Unidades Compradoras em razão das atividades realizadas, ou em razão do ente público repassador dos recursos públicos, localização, logística, bem como outro critério que julgar mais adequado para o cumprimento das finalidades da Comissão.

Art. 20 – O Presidente da Comissão Consultiva e de Fiscalização dos Processos de Compras é nomeado pela Diretoria, sendo de sua competência:

I agendar e presidir as reuniões

I convocar os demais membros para as reuniões;

II nomear o Secretário;

III apresentar os relatórios e pareceres à Diretoria;

IV zelar pela guarda de todos os documentos e livros de registro de atas da Comissão Consultiva e de Fiscalização dos Processos de Compras.

V decidir de forma monocrática questões de urgência e emergência relacionadas as compras, devendo encaminhar a decisão para ulterior ratificação da Comissão.

Art. 21 - A Comissão Consultiva e de Fiscalização dos Processos de Compras deverá reunir-se de forma ordinária duas vezes por mês, e de forma extraordinária, sempre que houver necessidade ou que for convocada pela Diretoria ou pelo Presidente da Comissão.

Parágrafo único - As deliberações das reuniões deverão registradas em atas que serão arquivadas em ordem cronológica e, periodicamente, agrupadas e encadernadas, constituindo assim em livro de atas.

Art. 22 - A Comissão Consultiva e de Fiscalização dos Processos de Compras deve analisar, no mínimo, 30% (vinte por cento) dos processos de compras concluídos em cada mês.

Parágrafo único - Na hipótese de encontrar qualquer irregularidade a Comissão Consultiva e deverá registrar e informar a Diretoria, bem como deverá Fiscalização dos Processos de Compras deve fiscalizar todas as compras realizadas no mês daquele projeto e do fornecedor.

Art. 23 - A Comissão Consultiva e de Fiscalização dos Processos de Compras compete exibir mensalmente à Diretoria relatório detalhado da fiscalização efetuada nos procedimentos de compra, com seus apontamentos.

Parágrafo único – Caso sejam encontradas irregularidades essas deverão ser comunicadas imediatamente à Diretoria, com sugestão das providências que podem ser adotadas, bem como deverá ser aberto procedimento administrativo para direito de defesa.

Art. 24 - A Comissão Consultiva e de Fiscalização dos Processos de Compras possui livre acesso a todos os documentos relativos às compras, inclusive livros de registro, notas fiscais e todos os outros documentos necessários à análise das compras, bem como as documentações dos fornecedores.

TÍTULO III - DA CONTRATAÇÃO DE OBRAS

CAPÍTULO I - Definição

Art. 25 - Para fins da presente norma de compras, são consideradas obras:

- qualquer ação efetuada por empreiteiro, empresa de construção que tenham como resultado a construção de uma nova edificação;

- qualquer ação efetuada por empresa ou pessoa do setor da construção que tenha como objetivo esperado a reestruturação parcial ou total de uma determinada edificação, com ou sem ampliação ou redução da área, denominando-se reforma.

CAPÍTULO II –

Do procedimento preliminar à contratação

Seção I - Da construção de uma nova edificação

Art. 26 - Para a realização de obra cujo resultado final esperado é a uma nova edificação, devem ser elaborados previamente os projetos básico e executivo, bem
como o cronograma físico-financeiro, a seguir definidos:
I- projeto básico - conjunto de informações indispensáveis e suficientes, devendo ter nível de exatidão apropriada, para objetivar a execução de obra ou o complexo de obras, devendo ser composto com informações obtidas por meio de estudos técnicos preliminares, que objetivem a viabilidade técnica e o adequado tratamento do impacto ambiental, social, do

empreendimento, e que permitam a avaliação de licenciamentos, custos da obra e a metodologia dos métodos e do prazo de execução;

II - projeto executivo – agrupamento de elementos necessários e suficientes à execução completa da obra, de acordo com as normas pertinentes da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT e legislações aplicáveis;

III - cronograma físico-financeiro - documento que deverá conter a previsão de prazo de execução de cada etapa da obra e respectivo desembolso financeiro.

Art. 27 - Na elaboração dos projetos básico e executivo devem ser considerados os seguintes requisitos:

I - segurança;

II - funcionalidade e adequação ao interesse público;

III - economicidade no planejamento, execução, conservação e operação;

IV - a utilização de emprego de mão-de-obra, materiais, tecnologia e matérias-primas locais para execução, conservação e operação;

V - facilidade na execução, conservação e operação, sem prejuízo da durabilidade da obra ou do serviço;

VI - adoção das normas técnicas adequadas;

VII - avaliação de custo, definição de métodos e prazo de execução;

VIII – obtenção de licenças necessárias;

Art. 28 - O início da execução da obra é obrigatoriamente precedido da conclusão e aprovação, pela Diretoria dos projetos de que trata o artigo 26.

Seção II - Da Reforma

Art. 29 – A ação de construções que tenham como objetivo a readequação parcial ou total de uma determinada edificação, com ou sem redução ou ampliação de área, deverá ser previamente elaborado o Memorial Descritivo da Obra, contendo as intervenções que serão realizadas, instruído com o cronograma físico-financeiro, bem como as licenças e documentos que serão utilizados conforme legislação, sob pena de responsabilidade administrativa do gestor.

Parágrafo Primeiro - Na elaboração do Memorial Descritivo da Obra são observados, no que couber, os requisitos previstos no artigo 27.

Parágrafo Segundo – Na hipótese da obra de readequação proceder em ampliação de área igual ou superior a 50% (cinquenta por cento) da área construída da edificação sob intervenção, serão

aplicados os procedimentos previstos nos artigos 26, 27 e 28.

Art. 30 O início da execução da obra é obrigatoriamente antecedido da conclusão e aprovação, pela Diretoria ou Coordenador Administrativo, do Memorial Descritivo da Obra de que trata o artigo 29.

CAPÍTULO III - Da contratação

Art. 31 - As obras podem ser executadas nos seguintes regimes:

I - empreitada global - quando se contrata a execução da obra e fornecimento de materiais por preço certo e global;

II - empreitada de lavor - quando se contrata apenas mão de obra por preço certo de unidades determinadas.

Parágrafo único - Cabe ao Administrador Hospitalar ou Coordenador Administrativo determinar o regime de contratação da obra, com ratificação da Diretoria.

Art. 32 - O procedimento de contratação da empresa deve obedecer as seguintes etapas:

I - seleção;

II - apuração da melhor proposta;

III - análise da documentação;

IV - celebração do contrato.

Art. 33 O setor de Compras deverá selecionar de forma minuciosa e cautelosa as empresas que participarão da seleção, considerando o regime de contratação, a idoneidade da empresa, seus antecedentes, a qualidade e o menor custo, definido no parágrafo único do artigo 7.

Art. 34 - A empresa vencedora do certame deverá apresentar proposta de execução da obra nos moldes do projeto de execução ou memorial descritivo da obra, indicando o prazo de execução da obra e o custo total. Deve, também, apresentar os seguintes documentos:

I - cópia do contrato social registrado na junta comercial ou no órgão;

II - comprovante de registro no órgão técnico;

III - anotação de responsabilidade técnica;

IV - certidões públicas de inexistência de débito:

a) municipais, estaduais e federais;

b) certidão negativa de débito do INSS;

c) certificado de regularidade do FGTS;

d) certidão de inexistência de débito trabalhistas.

Parágrafo único – O processo de seleção, somente poderão participar empresas que possuam todos os documentos elencados.

Art. 35 O procedimento de seleção compreende a cotação entre, no mínimo, três diferentes empresas do ramo.

Art. 36 – O procedimento de apuração da melhor proposta é apurada considerando-se a previsão do artigo 33 do presente Regulamento e é apresentada ao Administrador Hospitalar ou ao Coordenador Administrativo, a quem compete, aprovar a realização da obra, com chancela da Diretoria.

Art. 37 - Não poderão participar do processo de seleção, direta ou indiretamente:

I - o autor do projeto básico ou executivo, sendo pessoa física ou jurídica;

II - empresa, isoladamente ou em consórcio, encarregada pela elaboração do projeto básico ou executivo ou da qual o autor do projeto seja dirigente, gerente, acionista ou detentor de mais de 5% (cinco por cento) do capital com direito a voto ou controlador, responsável técnico ou subcontratado;

III - empregado ou dirigente da entidade.

Parágrafo primeiro - É lícita a participação do autor do projeto ou da empresa a que se refere o inciso II deste artigo, na seleção do empreiteiro ou na execução da obra, como consultor ou técnico, tão somente na fiscalização, supervisão ou gerenciamento, desde que a serviço da entidade.

Parágrafo segundo – Serão considerados participação indireta, para fins do disposto neste artigo, a existência de qualquer vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira ou trabalhista entre o autor do projeto, pessoa física ou jurídica, e o empreiteiro.

CAPÍTULO IV –

Do contrato

Art. 38- O contrato de empreitada regerá pelas suas cláusulas, pelo direito civil e pelos princípios da teoria geral dos contratos, bem como pela legislação aplicável.

Parágrafo único - O contrato deverá estabelecer com clareza e precisão as condições para sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, obrigações e responsabilidades de cada uma das partes.

Art. 39 - São cláusulas necessárias ao contrato de empreitada:

I - o objeto e seus elementos característicos;

II - o regime de execução;

III - o preço e as condições de pagamento, os critérios, data-base e periodicidade do reajustamento de preços, os critérios de atualização monetária entre a data do adimplemento das obrigações e a do efetivo pagamento;

IV - informações sobre penalidades

V - dados sobre o repasse e ciência de que o valor se trata de repasse.

VI - os casos de rescisão;

VII - a obrigação de que o contrato deverá apresentar durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, as condições existentes na seleção, inclusive com relação a documentação, sob pena de rescisão.

VIII - as responsabilidades de cada parte

CAPÍTULO V- Da Fiscalização

Art. 40 - A execução da obra deve ser acompanhada de modo rotineiro e permanente, de modo que se cumpram rigorosamente os prazos, condições e especificações previstas no contrato e no projeto de execução, bem como nas licenças estabelecidas.

Art. 41 - A fiscalização será realizada por pessoa física ou jurídica, de maneira especial contratada para esta finalidade, aplicando-se a esta contratação todos as questões estabelecidas no artigo 37 do presente Regulamento.

Art. 42 - Cabe à fiscalização:

I- rejeitar os serviços ou materiais que não obedeçam às condições e especificações estabelecidas;

II- verificar se os valores cobrados satisfazem aos serviços efetivamente executados;

III- acompanhar o ritmo de execução da obra, informando ao gestor responsável e a Diretoria

IV- emitir parecer final, ao término da obra, recomendando ou não

V- verificar se a obra possui toda a documentação necessária, bem como segue as legislações e disposições que se aplicam

CAPITULO VI - Do Pagamento

Art.43 - O pagamento da obra deverá ser efetuado em parcelas, conforme previsto no cronograma físico-financeiro. O valor de cada parcela deve corresponder ao que efetivamente foi realizado e constatado pela Fiscalização, através de medições periódicas.

Art. 44 - Para o pagamento das parcelas deve ser exigido do empreiteiro a apresentação dos documentos comprobatórios dos recolhimentos fiscais, conforme a legislação vigente.

Parágrafo único - O pagamento deve ser retido caso a empresa não apresente os documentos mencionados no presente artigo, bem como a devida sanção correspondente.

TÍTULO IV- DA CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS

CAPÍTULO I - Definição

Art. 45 - Para fins do presente Regulamento considera-se serviço toda atividade destinada a obter determinada utilidade de interesse da Unidade Compradora, através de processo de terceirização, tais como: demolição, conserto, instalação, montagem, operação, conservação, reparação, adaptação, manutenção, transporte, locação de bens, publicidade e seguro.

CAPÍTULO II –
Da contratação

Art. 46 - Aplicam-se à contratação de serviços terceirizados, no que couber, todas as regras estabelecidas no Título III do presente regulamento, com exceção dos serviços técnicos profissionais especializados que ficam dispensados da exigência estabelecida nos artigos. 32, inciso II e 33 do presente Regulamento.

CAPÍTULO III –
Da contratação de serviços de pequeno valor

Art. 47 - A contratação de serviços de pequeno valor é autorizada pelo Administrador Hospitalar ou pelo Coordenador Administrativo e deve ser comprovada através de Nota Fiscal nominal à Unidade Compradora, bem como com a autorização da Diretoria.

Art. 48 - A contratação de serviços de pequeno valor está dispensada do cumprimento das

etapas definidas nos incisos II e III do artigo 32 do presente Regulamento, desde que se comprove.

Parágrafo Único - Para as Unidades Compradoras que são Departamentos de Organização Social de Saúde, cabe ao Conselho de Administração estabelecer o valor limite de contratação de serviços considerados de pequeno valor. Para as demais Unidades Compradoras cabe à Assembleia Geral fazê-lo. O Conselho de Administração e a Assembleia Geral podem estabelecer diferentes valores em razão das especificidades das Unidades Compradoras como localização, logística, instalações físicas, atividades desenvolvidas, além de outras.

CAPÍTULO IV

Dos Serviços Técnicos Profissionais Especializados

Art. 49 - Para fins do presente Regulamento, consideram-se serviços técnicos profissionais especializados os trabalhos relativos a:

I - estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos;
II - pareceres, perícias e avaliações em geral;
III - assessorias ou consultorias técnicas, jurídicas e auditorias financeiras;
IV - fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;
V - patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;
VI - treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;
VII - prestação de serviços de assistência à saúde em áreas específicas;
VIII - informática, inclusive quando envolver aquisição de software e licenças.

Art. 50 - A Unidade Compradora deve selecionar criteriosamente o prestador de serviços técnicos profissionais especializados, que poderá ser pessoa jurídica ou física, considerando a idoneidade, a experiência e a especialização do contratado, dentro da respectiva área.

Instituto de Apoio a Políticas Públicas

TÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 51 - Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento serão resolvidos pela Diretoria, com base nos princípios gerais de direito.

Art. 52 As presentes normas de Compras entrarão em vigor a partir da data de sua aprovação pela Assembleia Geral e pelos Conselhos de Administração dos Departamentos de Organização Social de Saúde.

São Paulo, 30 de janeiro de 2019.

Rodolfo Roberto Prado

Diretor Executivo

Mapa de Cotações

Solicitação No :

		Empresa						
		Contato						
		Fone						
Código	Descrição do Produto	Data	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
		Ad Pagto						
		Entrega						

Fornecedores (Seleção da Melhor Proposta)

	CNPJ	Razão Social	Cond. Pagto	Total Cotado	Observações
1					
2					
3					

Gerente de Compras	Financeiro	Presidente

1/1

Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Solicitação de Compra

Projeto:	Departamento:	Data:
Solicitante:	Regime:	

Código	Nome Do Material	Unidade	Qtd.	Observações

Justificativa :

Necessidade :

Solicitante	Gerência: ID Liberação:	Diretoria: ID Liberação:

Pedido Compra / Autorização de Entrega

Fornecedor : CNPJ/CPF:

Endereço:

Fone: Contato: eMail:

N.Solicitação: N.Cotação : Cond.Pgto:

Forma dePgto: Data de Emissão do Pedido:

Doc.	Item	Código	Nome Do Material	Qtd.	Qtd.	Vl.Unid.	Vl.Total	Requisitante	Entrega

Observações : ATENÇÃO , O NÚMERO DESTE PEDIDO DEVE CONSTAR OBRIGATORIAMENTE NA NOTA FISCAL

Gerente de Compras	Financeiro	Presidente

Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Justificativa

Referente a Solicitação de Compra No :

Projeto -

Venho pelo presente solicitar ao Diretor Presidente, autorização para abertura de processo de compra ou contratação de prestação de serviços, conforme abaixo descrito:

1 - Justificativa:

2- Necessidade:

3- Regime de Contratação:

Visando atender ao princípio da impessoalidade e da economicidade, estou encaminhando as propostas comerciais conforme especificado no regulamento de compras, para vossa apreciação e deliberação.

04 , abril , 2019

A preocupação com o ser humano é fundamental para o IAPP. Falar em saúde de qualidade envolve diretamente a saúde e o bem-estar de nossos colaboradores. Não é possível oferecer um serviço de excelência para os administrados se nossos profissionais, além de altamente qualificados, não estiverem em condições harmoniosas e satisfatórias para exercerem suas funções.

Diante desta lógica enraizada em nosso instituto, temos como parâmetro primordial a POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO, por este motivo, elencamos abaixo seus objetivos, princípios e diretrizes, os quais seguimos fielmente.

OBJETIVO E PRINCÍPIOS

I - A Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST tem por objetivos a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho;

II - A PNSST tem por princípios:

a) universalidade;

b) prevenção;

c) precedência das ações de promoção, proteção e prevenção sobre as de assistência, reabilitação e reparação;

d) diálogo social; e

e) integralidade;

III - Para o alcance de seu objetivo a PNSST deverá ser implementada por meio da articulação continuada das ações de governo no campo das relações de trabalho, produção, consumo, ambiente e saúde, com a participação voluntária das organizações representativas de trabalhadores e empregadores;

DIRETRIZES

IV - As ações no âmbito da PNSST devem constar do Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho e desenvolver-se de acordo com as seguintes diretrizes:

a) inclusão de todos trabalhadores brasileiros no sistema nacional de promoção e proteção da saúde;

b) harmonização da legislação e a articulação das ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, reabilitação e reparação da saúde do trabalhador;

c) adoção de medidas especiais para atividades laborais de alto risco;

d) estruturação de rede integrada de informações em saúde do trabalhador;

e) promoção da implantação de sistemas e programas de gestão da segurança e saúde nos locais de trabalho;

f) reestruturação da formação em saúde do trabalhador e em segurança no trabalho e o estímulo à capacitação e à educação continuada de trabalhadores; e

g) promoção de agenda integrada de estudos e pesquisas em segurança e saúde no trabalho;

RESPONSABILIDADES NO ÂMBITO DA PNSST

V - São responsáveis pela implementação e execução da PNSST os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social, sem prejuízo da participação de outros órgãos e instituições que atuem na área;

VI - Cabe ao Ministério do Trabalho e Emprego:

a) formular e propor as diretrizes da inspeção do trabalho, bem como supervisionar e coordenar a execução das atividades relacionadas com a inspeção dos ambientes de trabalho e respectivas condições de trabalho;

b) elaborar e revisar, em modelo tripartite, as Normas Regulamentadoras de Segurança e Saúde no Trabalho;

c) participar da elaboração de programas especiais de proteção ao trabalho, assim como da formulação de novos procedimentos reguladores das relações capital-trabalho;

d) promover estudos da legislação trabalhista e correlata, no âmbito de sua competência, propondo o seu aperfeiçoamento;

e) acompanhar o cumprimento, em âmbito nacional, dos acordos e convenções ratificados pelo Governo brasileiro junto a organismos internacionais, em especial à Organização Internacional do Trabalho

- OIT, nos assuntos de sua área de competência;

f) planejar, coordenar e orientar a execução do Programa de Alimentação do Trabalhador; e

g) por intermédio da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho -

FUNDACENTRO:

1. elaborar estudos e pesquisas pertinentes aos problemas que afetam a segurança e saúde do trabalhador;

2. produzir análises, avaliações e testes de medidas e métodos que visem à eliminação ou redução de riscos no trabalho, incluindo equipamentos de proteção coletiva e individual;

3. desenvolver e executar ações educativas sobre temas relacionados com a melhoria das condições de trabalho nos aspectos de saúde, segurança e meio ambiente do trabalho;

4. difundir informações que contribuam para a proteção e promoção da saúde do trabalhador;

5. contribuir com órgãos públicos e entidades civis para a proteção e promoção da saúde do trabalhador, incluindo a revisão e formulação de regulamentos, o planejamento e desenvolvimento de ações interinstitucionais; a realização de levantamentos para a identificação das causas de acidentes e doenças nos ambientes de trabalho; e

6. estabelecer parcerias e intercâmbios técnicos com organismos e instituições afins, nacionais e internacionais, para fortalecer a atuação institucional, capacitar os colaboradores e contribuir com a implementação de ações globais de organismos internacionais;

VII - Compete ao Ministério da Saúde:

a) fomentar a estruturação da atenção integral à saúde dos trabalhadores, envolvendo a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis, o fortalecimento da vigilância de ambientes, processos e agravos relacionados ao trabalho, a assistência integral à saúde dos trabalhadores, reabilitação física e psicossocial e a adequação e ampliação da capacidade institucional;

b) definir, em conjunto com as secretarias de saúde de Estados e Municípios, normas, parâmetros e indicadores para o acompanhamento das ações de saúde do

trabalhador a serem desenvolvidas no Sistema Único de Saúde, segundo os respectivos níveis de complexidade destas ações;

c) promover a revisão periódica da listagem oficial de doenças relacionadas ao trabalho;

d) contribuir para a estruturação e operacionalização da rede integrada de informações em saúde do trabalhador;

e) apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas em saúde do trabalhador;

f) estimular o desenvolvimento de processos de capacitação de recursos humanos em saúde do trabalhador; e

g) promover a participação da comunidade na gestão das ações em saúde do trabalhador;

VIII - Compete ao Ministério da Previdência Social:

a) subsidiar a formulação e a proposição de diretrizes e normas relativas à interseção entre as ações de segurança e saúde no trabalho e as ações de fiscalização e reconhecimento dos benefícios previdenciários decorrentes dos riscos ambientais do trabalho;

b) coordenar, acompanhar, avaliar e supervisionar as ações do Regime Geral de Previdência Social, bem como a política direcionada aos Regimes Próprios de Previdência Social, nas áreas que guardem inter-relação com a segurança e saúde dos trabalhadores;

c) coordenar, acompanhar e supervisionar a atualização e a revisão dos Planos de Custeio e de Benefícios, relativamente a temas de sua área de competência;

d) realizar estudos, pesquisas e propor ações formativas visando ao aprimoramento da legislação e das ações do Regime Geral de Previdência Social e dos Regimes Próprios de Previdência Social, no âmbito de sua competência; e

e) por intermédio do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS:

1. Realizar ações de reabilitação profissional; e

2. Avaliar a incapacidade laborativa para fins de concessão de benefícios previdenciários.

GESTÃO

IX - A gestão participativa da PNSST cabe à Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho – CTSST que é constituída paritariamente por representantes do governo, trabalhadores e empregadores, conforme ato conjunto dos Ministros de Estado do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social.

X - Compete à CTSST:

a) acompanhar a implementação e propor a revisão periódica da PNSST, em processo de melhoria contínua;

b) estabelecer os mecanismos de validação e de controle social da PNSST;

c) elaborar, acompanhar e rever periodicamente o Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho;

d) definir e implantar formas de divulgação da PNSST e do Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, dando publicidade aos avanços e resultados obtidos; e

e) articular a rede de informações sobre SST.

XI - A gestão executiva da Política será conduzida por Comitê Executivo constituído pelos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social; e

XII - Compete ao Comitê Executivo:

a) coordenar e supervisionar a execução da PNSST e do Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho;

b) atuar junto ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão para que as propostas orçamentárias de saúde e segurança no trabalho sejam concebidas de forma integrada e articulada a partir de cada programa e respectivas ações, de modo a garantir a implementação da Política;

c) elaborar relatório anual das atividades desenvolvidas no âmbito da PNSST encaminhando-o à CTSST e à Presidência da República;

d) disponibilizar periodicamente informações sobre as ações de saúde e segurança no trabalho para conhecimento da sociedade; e

e) propor campanhas sobre Saúde e Segurança no Trabalho.

O IAPP desenvolveu o Manual de Recursos Humanos que será exposto a seguir.

Instituto de Apoio a Políticas Públicas

MANUAL DE RECURSOS HUMANOS

DO OBJETIVO

O presente manual de recursos humanos, possui como objetivo direcionar, mitigar e auxiliar o Departamento de Recursos Humanos, com os princípios do IAPP, bem como procedimentos adotados que deverão formar e fomentar talentos dos colaboradores buscando o máximo resultado em prol das atividades desenvolvidas.

POLÍTICA GERAL DE RECURSOS HUMANOS

Visa adequar normas de gestão de recursos humanos e talentos, devendo considerar cada talento, possui características únicas que deverão ser aperfeiçoadas visando buscar o melhor deste em prol da Instituição.

Deverão ser seguidas as normas que possam promover a diversidade, a ética, a moralidade bem como possam desenvolver características e a eficiência ligadas aos valores que norteiam a nossa instituição.

Cabe frisar que cada colaborador do IAPP terão seus contratos regidos conforme as normas cabíveis.

DO PROCESSO DE SELEÇÃO

A processo de captação de talentos está relacionado a toda busca de relações humanas, que tenham como objetivo a captação de recursos humanos que possuem o objetivo atenção das políticas institucionais presentes e futuras, bem como se alinha aos princípios da entidade e ao planejamento estratégico institucional.

Os processos seletivos de seleção de talentos deverão ter a máxima transparência e economicidade, hipótese em que serão publicados no sítio da Instituição.

O IAPP tem como política na hipótese de recontratação de colaboradores, análise da candidatura e o trabalho desenvolvido anteriormente por Comissão da Diretoria.

O IAPP deverá sempre buscar a contratação do colaborador que atue na localidade do projeto, visando a sua integração e inserção de conhecimento local e cultural.

Pressupõe uma consciência da organização em relação às suas necessidades, como maneira de identificar quem procurar, onde procurar e o que tipo de relação será estabelecido. (DUTRA, 2016). [1]

A questão de competência almejada deve atender as especificidades das políticas públicas, atribuições do cargo e ainda estar vinculada aos conhecimentos, habilidades, prática, atitudes essenciais, com objetivo de alcançar as metas e resultados propostos.

A Política de captação de Recursos Humano é da Institucional, devendo ser aplicada em todos os Departamentos da matriz e Filiais do IAPP.

O processo de captação de recursos humanos pode ser entendido como recrutamento e seleção. O procedimento de captação de talentos na Instituição ocorre por meio de 04 quatro etapas dos processos de trabalho: análise de currículo, processo seletivo, captação e admissão.

Na primeira etapa, são efetuadas publicações com a descrição e os objetivos do processo, as características e o perfil de competência para o cargo, bem como as etapas do processo seletivo e o cronograma e os critérios de avaliação.

METAS A SEREM BUSCADAS NA CAPTAÇÃO DE TALENTOS:

- Estimular a captação interna e externa de talentos que possuam características e competência adequado às vagas disponíveis;
- Assegurar e manter o quadro completo de colaboradores conforme o dimensionamento;
- Ter o quadro de colaboradores completos com a maior brevidade;
- Evitar o ''Turnover'' na entidade;
- Ter cadastro reserva de candidatos aprovados, visando suprir a ausência no menor tempo possível.

PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Diretores, Líderes, Analistas de Processos de Movimentação de Pessoas, Auxiliar de Movimentação e Escriturários Administrativos, Gestores, Coordenadores, Supervisores e Líderes das áreas, Equipe da Medicina do Trabalho e todos os Profissionais de Captação de Talentos.

[1] DUTRA, J. S. **Gestão de Pessoas:** modelo, processos, tendências e perspectivas. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2016

PÚBLICO ALVO: Todos talentos externos e internos que se encontrem aderência com o Edital.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Inclusão: Atendimento ao Edital. Exibição dos documentos solicitados no Processo de Seleção, bem como a sua devida aprovação no processo seletivo, e ainda parecer de apto no exame admissional, bem como aderência as Políticas Institucionais e a legislação.

Exclusão: Não aderência ao Edital, ausência de documentos solicitados em edital, bem como sua reprovação em etapas e ainda parecer de inapto no exame admissional.

DESCRIÇÃO DO PLANEJAMENTO DE CAPTAÇÃO DE TALENTOS

O Departamento de Captação e Identificação de Talentos elabora o Edital, conforme avalia a necessidade de recurso humano

Os Editais, as provas e as entrevistas são elaborados garantindo a ampla competividade, bem como a aderência as competências almejadas para o cargo.

Processo de Captação de Talentos: O processo de captação de talentos começa com a determinação e caracterização de uma necessidade do talento. As fontes de busca de talentos poderão ocorrer por meio de captação em entidades que formam, educam e disponibilizam os candidatos com perfil para a vaga, bem como da inserção dos currículos talentos inscritos no site institucional e enviados em outras fontes de busca de captação de talentos.

captação, entre elas os bancos de currículos eletrônicos, os órgãos de classe, como o Conselho Regional de Enfermagem e de Farmácia, as Universidades e Escolas Técnicas do entorno. A captação dos currículos é feita com base no Edital publicado no site institucional.

A convocação dos candidatos que atendem ao Edital é feita majoritariamente por e-mail e, não havendo confirmação de recebimento, por contato telefônico.

Os candidatos aprovados em cada etapa são convocados para a etapa posterior e sendo aprovados, para a realização do exame admissional na Medicina do Trabalho.

Admissão

Após o parecer de apto para o cargo, o candidato é orientado a formalizar sua contratação pela entrega da documentação exigida.

Os tipos de contrato mais comuns são por prazo indeterminado, por prazo determinado, prestação de serviço temporário, pessoa jurídica e serviços autônomos. (DUTRA, 2016).

VII. RISCOS DO PROCEDIMENTO

A inexistência de profissionais que tenham aderência aos Editais, bem como a falta de aderência dos talentos nas etapas do processo seletivo, bem como a posterior renúncia ou recusa da vaga ofertada após aprovação e ainda Parecer de inapto no exame admissional.

VIII. FLUXOGRAMA

1. Planejamento do Processo Seletivo
2. Monitoramento das vagas em aberto;
3. Elaboração e divulgação do Edital;
4. Análise dos currículos
5. Viabilização da infraestrutura necessária para realização do processo seletivo.
6. Captação de talentos
7. Convite dos talentos selecionados;
8. Desenvolvimento das etapas de captação de talentos;
9. Divulgação do resultado do processo de captação de talentos nos sites, murais internos e localmente.

Processo de Admissão de Talentos

Oferta da vaga ao talento aprovado;

Agendamento do exame médico para avaliação de saúde do talento;

Convocação do colaborador para exame admissional e orientação sobre entrega de documentos, formalização e início das atividades;

Cadastro do talento nos sistemas e interno, bem como seu efetivo registro

DOS CARGOS E SALÁRIOS

Os salários e benefícios deverão respeitar a política local onde a instituição estiver atuando, bem como respeitando as normas coletivas trabalhistas aplicáveis.

Os valores adotados além de respeitarem as normas, deverão levar em consideração a competência, formação e experiência do candidato.

Os salários e benefícios deverão considerar a saúde financeira da instituição e suas perspectivas de crescimento e desenvolvimento. A evolução dos salários será prevista no orçamento e acompanhada regularmente pelos sistemas de informações gerenciais.

Os benefícios são assegurados para todos os colaboradores, sendo os estabelecidos em normas trabalhistas, bem como em políticas que poderão ser desenvolvidas pelo IAPP.

6. DIREITOS E DEVERES DOS COLABORADORES

6.1. Os direitos e deveres do colaborador são aqueles estabelecidos nas normas aplicáveis ao trabalhador, bem como preceitos e deveres éticos estabelecidos em sua profissão, bem como nas convenções coletivas, legislação do terceiro setor, decisões judiciais em dissídios coletivos, nos Manuais, Regimentos, Regulamentos, Normativas e no Estatuto Social do IAPP.

6.2. Com relação aas deveres, obrigações e responsabilidades do colaborador, esses deverão seguir fielmente os preceitos abaixo relacionados:

a) Impender com os compromissos assumidos no contrato individual de trabalho, com zelo, zelo e aptidão profissional que o cargo exige;

b) Deverá tratar com confidencialidade todas informações a que possuir, ou a que tiver acesso na realização de trabalhos sob sua responsabilidade, não as divulgando para terceiros;

c) Respeitar às ordens e instruções emanadas de superiores hierárquicos;

d) Deverá sugerir medidas para maior eficiência do serviço e ter compromisso com o desenvolvimento da instituição;

e) Observar respeito e disciplina no local de trabalho;

f) Cuidar pela ordem e asseio no seu local de trabalho;

g) Cuidar pela boa conservação das instalações, equipamentos e máquinas que forem do IAPP, comunicando as anormalidades notadas;

h) Cultivar comportamento profissional e pessoal compatível com princípios éticos, legais morais, reverenciando e fazendo respeitar os princípios fundamentais estabelecidos em nossa Carta Magna;

i) Empregar os meios de identificação funcional constituídos em normas ou atos expedidos;

j) Proporcionar colaboração aos gestores e aos colegas, bem como ao público alvo da Instituição, cultivando o espírito de comunhão, empatia e recíproca lealdade no Desenvolvimento das atividades em prol do IAPP;

k) Informar ao Departamento de Recursos Humanos qualquer modificação em seus dados pessoais, tais como estado civil, mudança de graduação, aumento ou redução de pessoas na família, mudança de endereço, etc.

j) Na hipótese de afastamento por motivo de doença, o colaborador deverá prestar informações sobre o deferimento ou indeferimento de benefício previdenciário, pedido de reconsideração de decisão ou interposição de recurso administrativo e respectivo resultado, propositura de medida judicial previdenciária e o resultado;

l) Zelar pela honra, respeito, boa fama e integridade física de todas as pessoas com quem mantiver contato por motivo de trabalho, bem como da Instituição ;

m) Responder por eventuais prejuízos causados e comprovados ao IAPP e ao projeto, independente destes atos terem sidos cometidos de forma dolosa ou culposa (negligência, imperícia ou imprudência);

§ 1º - A responsabilidade administrativa não exime o empregado da responsabilidade administrativa, civil ou criminal cabível, sendo que tais atos serão comunicados as autoridades competentes.

§ 2º - Os prejuízos causados serão descontados dos salários e das verbas rescisórias.

REGIME DISCIPLINAR

O regime disciplinar previsto tem como objetivo asseverar a responsabilidade dos colaboradores por ações e omissões praticadas que culminem com o desrespeito dos preceitos estabelecidos no exercício de seus cargos e preceitos estabelecidas em Contrato Individual de Trabalho, Manuais e Regulamentos Internos determinada pelo IAPP.

As faltas apuradas que impliquem na aplicação de medidas disciplinares previstas na legislação trabalhista, civil, administrativa e penal, bem como nos Manuais e Regulamentos Internos, conforme avaliação da Diretoria, em parceria com o Departamento de Recursos Humanos, sempre seguindo o princípio da imediatidade, proporcionalidade e gravidade e ainda do devido processo legal

Instituto de Apoio a Políticas Públicas

DISPOSIÇÕES FINAIS

O presente Manual de Recursos Humanos foi elaborado e revisado pelo Departamento de Recursos Humanos, e aprovado pela Diretoria do IAPP;

A presente política de recursos humanos entra em vigor na data de sua publicação, sendo alterando sempre que necessário visando atender as normas coletivas aplicáveis.

São Paulo, 30 de janeiro de 2019.

RODOLFO ROBERTO PRADO
DIRETOR EXECUTIVO

Ainda procurando melhorias constante na gestão de pessoas, o IAPP desenvolveu o *questionário* a seguir, para que possa ser mensurado a nível de satisfação de seus colaboradores.

PESQUISA DAS CONDIÇÕES E RELAÇÕES DE TRABALHO

A Pesquisa das Condições e Relações de Trabalho será realizada através de questionário aplicado aos profissionais das classes: médica, enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar) e administrativa, avaliando o clima organizacional e a percepção frente à qualidade dos serviços prestados.

Este questionário deverá ser auto-preenchido, ou seja, o avaliador deverá entregar o questionário para os profissionais para que estes mesmos procedam com o preenchimento.

Amostra

O cálculo amostral para a quantidade de entrevistas da Pesquisa das Relações e Condições de Trabalho será realizado de acordo com o número de trabalhadores descritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES

QUESTIONÁRIO DA PESQUISA DAS CONDIÇÕES E RELAÇOES DE TRABALHO

PERFIL DO TRABALHADOR		
Sexo:	( ) Masculino ( ) Feminino	Idade:
Profissão:		
Escolar idade:	( ) Fundamental ( ) Médio ( ) Superior ( ) Pós-graduação	
Carga horária semanal:		
Observação: Preencha necessariamente todos os itens.		

1. Qual o tipo de vinculo/contrato formal de trabalho você tem com esse estabelecimento de saúde?

( ) CLT [contratado pelo próprio estabelecimento] ( ) Concursado ( ) Contrato temporário [sem CLT] ( ) Militar ( ) Cargo comissionado ( ) Terceirizado [cont. por emp. prestadora de serviço] ( ) Autônomo

2. Como você julga o (a):

Carga de trabalho	( ) alta	( ) normal		( ) pouca	
Tamanho (dimensionamento) da equipe	( ) muito bom	( ) bom	( ) regular	( ) ruim	( ) muito ruim
Distribuição das tarefas	( ) muito bom	( ) bom	( ) regular	( ) ruim	( ) muito ruim
Segurança para execução	( ) muito bom	( ) bom	( )	( )	( ) muito

do trabalho			regular	ruim	ruim
Acomodações e mobiliário	( ) muito bom	( ) bom	( ) regular	( ) ruim	( ) muito ruim
Higiene do ambiente	( ) muito bom	( ) bom	( ) regular	( ) ruim	( ) muito ruim
Disponibilidade de materiais e equipamentos	( ) muito bom	( ) bom	( ) regular	( ) ruim	( ) muito ruim
Salário	( ) muito bom	( ) bom	( ) regular	( ) ruim	( ) muito ruim
Medicina do trabalho	( ) muito bom	( ) bom	( ) regular	( ) ruim	( ) muito ruim
Relacionamento com a chefia imediata	( ) muito bom	( ) bom	( ) regular	( ) ruim	( ) muito ruim
Estimulo do estabelecimento ao seu trabalho	( ) muito bom	( ) bom	( ) regular	( ) ruim	( ) muito ruim
Valorização de seu trabalho	( ) muito bom	( ) bom	( ) regular	( ) ruim	( ) muito ruim
3. As atividades que você realiza estão de acordo com cargo e/ou função para qual foi contratado? ( ) Sim ( ) Não					
4. Você se sente motivado neste serviço? ( ) Sempre ( ) Às vezes ( ) Nunca					
5. Você participa das reuniões de equipe? ( ) Sempre ( ) Às vezes ( ) Nunca ( ) Não há reuniões					
6.Existe um local neste estabelecimento que acolha suas opiniões, reclamações ou dificuldades? ( ) Sim ( ) Não					
7.Você utilizaria este estabelecimento de saúde ou indicaria para um amigo ou parente? ( ) Sim ( ) Não					
8.De forma geral você considera que este estabelecimento é: ( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Muito ruim					

Arquivamento de Prontuários Médicos

Adotar práticas arquivistas no ambiente hospitalar é altamente recomendado, principalmente no setor de prontuários médicos. Com o intuito de reduzir incerteza ou até mesmo perdas de prontuários, o IAPP aplica práticas de gestão da informação, gestão do conhecimento, gestão documental e competência informacional para tratar dos prontuários de seus pacientes.

Diante de um cenário informatizado na saúde pública, faz-se necessário uma gestão documental adequada a essa tecnologia.

Tendo em vista essa necessidade, o IAPP utiliza-se do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) para realizar a gestão da referida documentação, que tem por finalidade a guarda e a preservação do prontuário médico (dados pessoais, evolução clínica, exames, radiografias etc.) e a elaboração de relatórios e boletins estatísticos referentes ao movimento hospitalar.

A função básica é ter todos os cuidados específicos com o prontuário do paciente, desde a sua abertura, arquivamento, até a coleta, consolidação e análise dos dados para realização de estatísticas.

Um dos pontos de maior criticidade para o SAME está em manter a rastreabilidade do prontuário. Para isso deve registrar toda a movimentação do paciente e controle de prontuários, zelando por estes documentos. A unidade manterá o arquivo físico dos prontuários conforme normatização especifica.

Composição do Serviço:

O setor é apoiado pela Comissão de Revisão de Prontuários que terá em sua composição mínima 1 médico, 1 enfermeiro e 1 colaborador do SAME.

Horário de Funcionamento:

- Segunda à sexta-feira das 08:00h às 17:00h, tanto no Hospital quanto na Unidade de Pronto Atendimento.

Atribuições:

Realizar arquivo da documentação dos pacientes, garantindo a segurança e a confidencialidade das informações, elaborando estatísticas e relatórios gerenciais para a instituição e demais órgãos competentes.

Atribuições Especificas do Same

- Localizar e fornecer prontuários solicitados para consultas ambulatoriais, internação, estudos, pesquisa, auditoria;
- Receber, revisar e ordenar os prontuários de pacientes que saírem de alta;
- Manter o controle de saídas e devolução de prontuários médicos, fornecidos para consultas ambulatoriais, unidades de internação e/ou setores do Hospital;
- Atender aos pacientes e/ou familiares, prestando-lhes as informações solicitadas;
- Arquivar e custodiar os prontuários de internações e ambulatoriais;
- Manter o registro numérico nos prontuários médicos (sistema informatizado);
- Receber, conferir e manter o censo diário atualizado;
- Receber, controlar e resumir, diária ou mensalmente, as informações estatísticas de consultas externas (ambulatoriais) e dos serviços auxiliares de diagnóstico, tratamento e hospitalização;
- Preparar os relatórios estatísticos mensais, trimestrais e anuais, de interesse do Hospital;
- Calcular os indicadores de saúde requeridos pela unidade;

- Encaminhar ao setor de Contas Médicas os dados estatísticos, para efeito de apuração dos custos hospitalares;
- Receber e providenciar respostas de informações aos interessados, quando autorizados pela gerência da unidade.

- Protocolos e Rotinas

- Retirada (e arquivamento) de prontuário para atendimento de ambulatório e/ou internação;
- Manter sempre atualizada a documentação do prontuário do paciente;
- Revisar periodicamente as seções de arquivamento, corrigindo eventuais falhas;
- Selecionar prontuários para uso das comissões hospitalares;
- Colaborar nas pesquisas científicas e nos trabalhos de investigação, quando solicitado.

Estatística:

- Compaginar e fazer revisão de identificação dos prontuários médicos dos pacientes egressos;
- Manter o controle do uso das informações dos diferentes índices;
- Codificar diagnósticos existentes no prontuário;
- Manter índices de doenças (arquivo nosológico), segundo normas estabelecidas;
- Processar informações coletadas e revisadas (censo diário de internação, agenda de consultas ambulatoriais) para o relatório mensal. Além do Ambulatório, Emergência e Central de Internações, também são obtidas informações de outros setores: Radiologia, Laboratório, Enfermagem e Serviço Social;

- Preparar relatório estatístico mensal e anual.

Solicitação de Prontuários

A solicitação de cópia de prontuários médicos deve ser feita unicamente na recepção, em qualquer horário e dia da semana.

A retirada dos documentos impressos é realizada posteriormente em até 48 horas também na recepção nos seguintes horários: de segunda a sexta feira, das 8h00 às 17h00.

Prontuários de pacientes de alta, óbito e transferência.

Diariamente a equipe do SAME encaminha prontuários de pacientes que saíram de alta, óbito ou transferência. Esses prontuários são conferidos mediante protocolo e encaminhados para análise e codificação de procedimentos. Depois de codificadas, as contas são encaminhadas para emissão de AIH (Autorização de Internação Hospitalar).

As contas autorizadas são digitadas em sistema próprio do SUS e posteriormente é emitido um resumo gerado pelo próprio sistema. Esse resumo é anexado ao prontuário juntamente com a conta rascunhada e digitada.

Os prontuários são devolvidos ao SAME após a finalização de todo processo de digitação e conferência de dados

Monitoramento de Indicadores

A avaliação de desempenho da Unidade gerenciada se dará na seguinte forma:

- O acompanhamento e avaliação de desempenho são instrumentos essenciais para assegurar que a organização está apresentando os resultados planejados, de modo que eventuais desvios possam induzir a redirecionamentos durante o curso das ações.

- A avaliação das ações e metas programadas será efetivada levando-se em conta os indicadores de desempenho pré-fixados.

- A avaliação da unidade quanto ao alcance de metas será feita com base nos seguintes Indicadores de Desempenho, a partir do início da operação da Unidade, conforme discriminado abaixo:

a) Indicadores Quantitativos: Os indicadores quantitativos estão relacionados ao número de consultas, número de procedimentos e exames do total de atendimentos.

b) Indicadores Qualitativos: Os indicadores de qualidade estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da Unidade .

- Os indicadores de Desempenho Quantitativos e Qualitativos, bem como os pesos a eles atribuídos, poderão ser revistos a qualquer tempo, durante a vigência do Contrato de Gestão, em comum acordo entre as partes.

- Alguns conceitos, no contexto do monitoramento em questão:

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

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

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

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

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

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

- Metodologia para monitorar indicadores

O primeiro aspecto a levar em conta ao monitorar um indicador é o conhecimento que dispomos sobre ele e alguns questionamentos devem ser suscitados: qual é o seu significado? Que informação nos fornece? Qual sua relação com resultados esperados na situação de saúde? Quais são suas limitações? Será de pouco valor acompanhar resultados para um indicador que desconhecemos.

São os seguintes os passos propostos:

a) Observar os resultados do indicador para o território proposto (o estado, uma regional, um município, um bairro, etc). Este resultado está adequado? Era o esperado? Está abaixo ou acima do esperado? Para responder estas perguntas é necessário comparar com metas e/ou parâmetros. As metas são os resultados esperados estabelecidos segundo um determinado propósito e contexto.

b) Observar a evolução dos resultados ao longo de um período de tempo (série histórica). Qual é a tendência? Os resultados tendem a melhorar, piorar ou se mantém estáveis? Esperava-se alguma modificação nesta tendência? Como se explicaria o resultado? A busca destas respostas sempre nos leva a examinar a estrutura e os processos.

Ao final destas etapas temos um julgamento de valor (está indo bem ou não, está indo conforme esperado ou não) e algumas pistas das razões deste resultado.

A próxima etapa consiste em conhecer mais sobre as razões deste resultado e se este processo foi participativo, envolvendo os diversos atores, obteremos um diagnóstico mais preciso.

c) A ampla divulgação dos resultados observados no monitoramento. Nesta etapa busca-se a comunicar os resultados obtidos e envolver o conjunto de atores na identificação das razões do alcance ou não de metas. Esta etapa frequentemente tem um efeito mais positivo que negativo entre o grupo de profissionais.

d) Construção de um plano de intervenção para o alcance das metas propostas.

A seguir, tendo-se identificado razões para o(s) resultado(s) alcançados, faz-se o planejamento de intervenções (quando necessárias), podendo ser utilizado a matriz lógica do quadro abaixo:

Data
Resultado do indicador
Problema(s) identificado para o alcance de metas
Atividades propostas para melhorar/resolver o(s) problema(s)
Recursos necessários
Responsáveis

Pretende-se que o monitoramento não seja realizado apenas para cada indicador, separadamente, e sim que o olhar considere a área ou programa como um todo. Igualmente, a análise do conjunto de indicadores deve considerar o território e ser feita por equipes considerando um olhar transdisciplinar.

- Divulgação dos Resultados

A Reunião de Avaliação do Desempenho dos setores acontecerá mensalmente com a presença da diretoria e os responsáveis por cada área. O responsável da área fará a Análise Crítica dos resultados alcançados, devendo submeter à análise de causas e o Plano de Ação, explicando claramente as tarefas e a razão de cada uma.

O responsável por esta etapa deve ser criterioso ao avaliar se as ações propostas estão voltadas à solução das causas-raiz do problema ou estão apenas focadas no problema em si. Ações que não atacam as causas-raiz tendem a impedir o surgimento de um novo desempenho.

Após aprovação, o gestor deve divulgar este Plano de Ação a todos os envolvidos, aplicar treinamentos aos profissionais, certificando-se de que todos entenderam as medidas propostas.

As Comissões desenvolvem indicadores e os monitoram constantemente. No entanto a gestão do IAPP estará diretamente envolvida no monitoramento dessas variáveis.

A seguir elucidaremos os indicadores de maiores relevâncias.

- A taxa de Infecção Hospitalar, calculada tomando como numerador o número de episódios de Infecção hospitalar no período considerado, e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no mesmo período;

- Taxa de Pacientes com Infecção Hospitalar, calculada tomando como numerador o número de doentes que apresentaram Infecção hospitalar no período considerado, e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no período;

- Distribuição Percentual das Infecções Hospitalares por localização topográfica no paciente, calculada tendo como numerador o número de episódios de infecção hospitalar em cada topografia, no período considerado, e como denominador o número total de episódios de infecção hospitalar ocorridos no período;

- Distribuição Percentual das Infecções Hospitalares por Clínica/ Unidade de Internação, calculada tendo como numerador o número de episódios de infecção hospitalar em cada clínica/ unidade de internação, no período considerado, e como denominador o número total de episódios de infecção hospitalar ocorridos no período;

- Taxa de Infecções Hospitalares por Procedimentos, calculada tendo como numerador o número de pacientes submetidos a um procedimento de risco que desenvolveram infecção hospitalar e como denominador o total de pacientes submetidos a este tipo de procedimento.

- Frequência das Infecções Hospitalares por Microrganismos ou por etiologias, calculada tendo como numerador o número de episódios de infecção hospitalar por microrganismo e como denominador o número de episódios de infecções hospitalares que ocorreram no período considerado.

- Coeficiente de Sensibilidade aos Antimicrobianos, calculado tendo como numerador o número de cepas bacterianas de um determinado microrganismo sensível e determinado antimicrobiano e como denominador o número total de cepas testadas do mesmo agente com antibiograma realizado a partir dos espécimes encontrados.

Indicadores de uso de antimicrobianos.

- Percentual de pacientes que usaram antimicrobianos (uso profilático ou terapêutico) no período considerado. Pode ser especificado por clínica de internação ou por tipo de antimicrobiano. É calculado tendo como numerador o total de pacientes em uso de antimicrobiano e como denominador o total de tratamento com antimicrobiano iniciados no mesmo período.

- Frequência com que cada antimicrobiano é empregado em relação aos demais, é calculada tendo como numerador o total de tratamentos iniciados com determinado antimicrobiano o período, e como denominador o total de tratamentos com antimicrobianos iniciados no mesmo período.

- Taxa de letalidade associada à infecção hospitalar, é calculada tendo como numerador o número de óbitos ocorridos de pacientes com infecção hospitalar no período considerado, e como denominador o número de pacientes que desenvolveram infecção hospitalar no período.

A unidade de estatística do IAPP é a responsável pela compilação e análise final.

UNIDADE DE ESTATÍSTICAS

Sistemática e metodologia de trabalho

A sistemática e metodologia de trabalho se darão, através da elaboração de estatísticas de natureza administrativa e médica, diretamente ligadas ao diagnóstico e à terapêutica, deverá fornecer ao Corpo Clinico e demais interessados os dados estatísticos referentes ao movimento de pacientes, elaborar relação dos casos de notificação compulsória a ser enviada aos órgãos municipais e estaduais de Vigilância Epidemiológica, fornecer meios estatísticos para a avaliação da capacidade operacional da equipe multiprofissional, codificar diagnósticos, e causas de morte, obedecendo ao sistema adotado pelo Hospital, elaborar gráficos e tabelas elucidativas do movimento estatístico, elaborar outras estatísticas por solicitação da Diretoria/Coordenação.

Competências

São atribuições do Setor de Estatística:

- Elaborar estatísticas de natureza administrativa e médica, diretamente ligadas ao diagnóstico e à terapêutica;

- Fornecer ao Corpo Clínico e demais interessados os dados estatísticos referentes ao movimento de pacientes;

- Elaborar relação dos casos de notificação compulsória a ser enviada aos órgãos municipais e estaduais de Vigilância Epidemiológica;

- Fornecer meios estatísticos para a avaliação da capacidade operacional da equipe multiprofissional;

- Codificar diagnósticos e causas de morte, obedecendo ao sistema adotado pelo hospital;

- Elaborar gráficos e tabelas elucidativas do movimento estatístico;
- Elaborar outras estatísticas por solicitação da Diretoria/Coordenação.

Realizar a Manutenção das Informações do Contrato de Gestão.

Objetivos

A Manutenção do convênio tem como objetivo manter informada a Secretaria de Saúde, em relação ao cumprimento das metas quantitativas e qualitativas estipuladas no contrato.

Essas metas são informadas através do Relatório de Atividade Assistencial, Indicador de Qualidade, Relatórios da Parte Variável/ Complementares e Demonstrativo Contábil.

Membros

A Unidade de Estatísticas estará subordinada ao Coordenador Financeiro e será composta pelos seguintes membros, com as seguintes atribuições:

- Analista Administrativo:

Analisar a apropriação de recursos/custos, verificando se os mesmos estão orçados, checando centros de custos e áreas solicitantes, controlando verbas disponíveis para aquisição de bens. Realizar consolidação contábil e de custos, para gerenciamento de informações internas e externas.

Dentre suas atividades, o mesmo deverá consolidar as estatísticas e gerenciais para que as mesmas sejam disponibilizadas a Alta Direção.

- Auxiliares Administrativos:

Realiza atividades de caráter administrativo, separando e classificando documentos e correspondências, transcrição de dados, lançamentos, prestação de informações e organização de arquivos, orientado por processos e rotinas estabelecidas.

Dentre suas atividades, o mesmo deverá consolidar as estatísticas e gerenciais para que as mesmas sejam disponibilizadas para a Direção.

Horário de Funcionamento: O setor de estatísticas funcionará de Segunda-feira à Sexta-feira das 08h00min às 17h00min.

ATIVIDADE ASSISTENCIAL

5.1 – Estimativa de Atividade Mensal

UNIDADE MARANDUBA -24 HORAS

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
CONSULTAS	**10.000**	**10.000**	**3.600**	**3.600**	**3.600**	**3.600**	**7.000**	**3.600**	**3.600**	**3.600**	**7.000**	**10.000**
CONSUTAS DE URGÊNCIAS	**550**	**550**	**200**	**200**	**200**	**200**	**200**	**200**	**200**	**200**	**200**	**550**
PROCEDIMENTOS	**2.200**	**2.200**	**1.200**	**1.200**	**1.200**	**1.200**	**1.200**	**1.200**	**1.200**	**1.200**	**1.200**	**2.200**

UNIDADE IPIRANGUIHA- 12 HORAS/DIA

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
CONSULTAS	**3.600**	**3.600**	**1.800**	**1.800**	**1.800**	**1.800**	**3.600**	**1.800**	**1.800**	**1.800**	**1.800**	**3.600**
CONSUTAS DE URGÊNCIAS	**300**	**300**	**100**	**100**	**100**	**100**	**200**	**100**	**100**	**100**	**100**	**300**
PROCEDIMENTOS	**1.500**	**1.500**	**500**	**500**	**500**	**500**	**1000**	**500**	**500**	**500**	**500**	**1.500**

SAMU*

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
ATENDIMENTOS	**1.344**	**1.344**	**448**	**448**	**448**	**448**	**896**	**448**	**448**	**448**	**896**	**1.344**

*Dados baseados em outras cidades com o número populacional próximo, inclusive quanto à população flutuante.

5.2 – Demonstrativo de Despesas Mensais

GERAL												
Despesa/Custeio	**ANO**											
	Jan	**Fev**	**Mar**	**Abr**	**Mai**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Set**	**Out**	**Nov**	**Dez**
1. Pessoal												
Salários	R$ 150.516,18	R$ 150.516,18	R$ 150.516,18	R$ 150.516,18	R$ 150.516,18	R$ 150.516,18	R$ 150.516,18	R$ 150.516,18	R$ 150.516,18	R$ 150.516,18	R$ 150.516,18	R$ 150.516,18
Remuneração Executivos	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
Encargos Sociais	R$ 53.433,25	R$ 53.433,25	R$ 53.433,25	R$ 53.433,25	R$ 53.433,25	R$ 53.433,25	R$ 53.433,25	R$ 53.433,25	R$ 53.433,25	R$ 53.433,25	R$ 53.433,25	R$ 53.433,25
Benefícios	R$ 7.365,52	R$ 7.365,52	R$ 7.365,52	R$ 7.365,52	R$ 7.365,52	R$ 7.365,52	R$ 7.365,52	R$ 7.365,52	R$ 7.365,52	R$ 7.365,52	R$ 7.365,52	R$ 7.365,52
Provisões (13º e Férias)	R$ 29.260,35	R$ 29.260,35	R$ 29.260,35	R$ 29.260,35	R$ 29.260,35	R$ 29.260,35	R$ 29.260,35	R$ 29.260,35	R$ 29.260,35	R$ 29.260,35	R$ 29.260,35	R$ 29.260,35
Outros Gastos	R$ 12.467,60	R$ 12.467,60	R$ 12.467,60	R$ 12.467,60	R$ 12.467,60	R$ 12.467,60	R$ 12.467,60	R$ 12.467,60	R$ 12.467,60	R$ 12.467,60	R$ 12.467,60	R$ 12.467,60
TOTAL PESSOAL	R$ 253.042,89	R$ 253.042,89	R$ 253.042,89	R$ 253.042,89	R$ 253.042,89	R$ 253.042,89	R$ 253.042,89	R$ 253.042,89	R$ 253.042,89	R$ 253.042,89	R$ 253.042,89	R$ 253.042,89
2. Serviços Contratados												

Serviços Assistenciais	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
Contratos c/ Pessoa Jurídica	R$ 280.374,00	R$ 280.374,00	R$ 280.374,00	R$ 280.374,00	R$ 280.374,00	R$ 280.374,00	R$ 280.374,00	R$ 280.374,00	R$ 280.374,00	R$ 280.374,00	R$ 280.374,00	R$ 280.374,00
Contratos c/ Pessoa Física	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
Serviços Administrativos	R$ 84.500,00	R$ 84.500,00	R$ 84.500,00	R$ 84.500,00	R$ 84.500,00	R$ 84.500,00	R$ 84.500,00	R$ 84.500,00	R$ 84.500,00	R$ 84.500,00	R$ 84.500,00	R$ 84.500,00
TOTAL CONTRATOS	R$ 364.874,00	R$ 364.874,00	R$ 364.874,00	R$ 364.874,00	R$ 364.874,00	R$ 364.874,00	R$ 364.874,00	R$ 364.874,00	R$ 364.874,00	R$ 364.874,00	R$ 364.874,00	R$ 364.874,00
3. Materiais												
Medicamentos	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
Mat. Médico Hospitalar	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
Gases Medicinais	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
Material de Consumo em Geral	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00
Gêneros Alimentícios	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -

Material de Limpeza e Higienização	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
Lavanderia	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
Combustível	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
TOTAL MATERIAL	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00
4. Serviços de Utilidade Pública												
Provedor Internet	R$ 600,00	R$ 600,00	R$ 600,00	R$ 600,00	R$ 600,00	R$ 600,00	R$ 600,00	R$ 600,00	R$ 600,00	R$ 600,00	R$ 600,00	R$ 600,00
TOTAL SERVIÇOS	R$ 600,00	R$ 600,00	R$ 600,00	R$ 600,00	R$ 600,00	R$ 600,00	R$ 600,00	R$ 600,00	R$ 600,00	R$ 600,00	R$ 600,00	R$ 600,00
5. Despesas Financeiras												
Tarifas Bancárias	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00
TOTAL FINANCEIRAS	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00
6. Despesas Operacionais Diversas												
Seguros	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00
Viagens e Estadias	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -

Imposto em Geral	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
Diversos	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00
TOTAL DIVERSAS	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00
TOTAL DESPESAS OPERACIONAIS	**R$ 624.516,89**	**R$ 624.516,89**	**R$ 624.516,89**	**R$ 624.516,89**	**R$ 624.516,89**	**R$ 624.516,89**	**R$ 624.516,89**	**R$ 624.516,89**	**R$ 624.516,89**	**R$ 624.516,89**	**R$ 624.516,89**	**R$ 624.516,89**
7. DESPESAS/INVESTIMENTOS	**Jan**	**Fev**	**Mar**	**Abr**	**Mai**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Set**	**Out**	**Nov**	**Dez**
Aquisição de Mobiliário	R$ -	R$ -	R$ -	0	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
Aquisição de Equipamento	R$ 500,00	R$ 500,00	R$ 500,00	R$ 500,00	R$ 500,00	R$ 500,00	R$ 500,00	R$ 500,00	R$ 500,00	R$ 500,00	R$ 500,00	R$ 500,00
Aquisição de Veículos	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
Aquisição Eq. Informática	R$ 600,00	R$ 600,00	R$ 600,00	R$ 600,00	R$ 600,00	R$ 600,00	R$ 600,00	R$ 600,00	R$ 600,00	R$ 600,00	R$ 600,00	R$ 600,00
TOTAL DE INVESTIMENTOS	R$ 1.100,00	R$ 1.100,00	R$ 1.100,00	R$ 1.100,00	R$ 1.100,00	R$ 1.100,00	R$ 1.100,00	R$ 1.100,00	R$ 1.100,00	R$ 1.100,00	R$ 1.100,00	R$ 1.100,00
TOTAL GERAL DE DESPESAS	R$ 625.616,89	R$ 625.616,89	R$ 625.616,89	R$ 625.616,89	R$ 625.616,89	R$ 625.616,89	R$ 625.616,89	R$ 625.616,89	R$ 625.616,89	R$ 625.616,89	R$ 625.616,89	R$ 625.616,89

EDITAL R$ 640.280,33

DIFERENÇA R$14.663,44 2,29%