Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde
CNPJ: 14.512.229/0001-10
Endereço: Alameda Itapecurú, 645 - Alphaville - Barueri - SP CEP.: 06454-080
Telefone: (11) 4193 - 5660
E-mail: contato@alphainstituto.com.br
Site: www.alphainstituto.com.br

PROGRAMA DE TRABALHO E PROPOSTA TÉCNICA E ECONOMICA

FORMULÁRIO I - IDENTIFICAÇÃO DA PROPONENTE	
RAZÃO SOCIAL - Instituto Alpha de Medicina Para Saúde	CNPJ- 14.512.229/0001-10
ENDEREÇO - Alameda Itapecurú, 645 - Alphaville	CIDADE - Barueri / SP
CEP - 06454-080	EMAIL - contato@alpha instituto.com.br
TEL - 11 4193-5660	
NOME DO REPRESENTANTE LEGAL: Afonso Barbosa da Silva	CPF: 351.494.948-44
CARGO FUNÇÃO - Presidente	PERÍODO MANDATO: De 03/11/2017 a 02/11/2021
DATA - 23/02/2018	Assinatura do Representante legal Proponente:

Sumário

1. TÍTULO 10
2. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO 11
2.1. História do Município 11
2.2. Geografia 14
2.3. Perfil Sócio Econômico 15
2.3.1. Educação 15
2.3.2. Produção Econômica 18
2.4. Perfil Demográfico 22
3. INDICADORES DE SAÚDE 27
3.1. Mortalidade Infantil 27
3.2. Nascidos vivos 28
3.3. Mortalidade Geral – CID 10 29
3.4. Equipamentos Públicos de Saúde de Laranjal Paulista 31
3.5. Morbidade Hospitalar 35
4. APRESENTAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL 36
4.1. Visão 37
4.2. Valores 37
4.3. Parcerias 39
5. INTRODUÇÃO 43
5.1. Objeto Geral 44
5.2. Objetivos Específicos 44
6. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE 45
6.1. CEO - Centro de Especialidade Odontológica 47
6.1.2. Descrição da unidade: 52
6.2. Laboratório Municipal 53
6.2.1. Exames realizados 54

6.2.2. Descrição da unidade 55
6.3. Centro de Especialidades Médicas 55
6.3.1. Atendimentos/ no Centro de Especialidades: 56
6.3.2. Descrição da unidade: 57
6.4. Relatório de Visita Técnica 58
7. ORGANOGRAMAS PROPOSTOS 69
7.1. Organograma CEO 69
7.2. Organograma CEM 70
7.3. Organograma Loboratório Municipal 71
8. PROTOCOLOS PARA OS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM E RECEPÇÃO 72
8.1. POP 1 - Preparo de Medicamento para Administração por Via Parenteral 72
8.2. POP 2 - Administração de Medicamento por Via Intravenosa 76
8.3. POP 3 - Administração de Medicamentos por Via Intramuscular 81
8.4. POP 4 - Administração de Medicamento Via Subcutânea 88
8.5. POP 5 - Administração de Medicamento por Via Intradérmica 92
8.6. POP 6 - Administração de Medicamentos por Via Oral 96
8.7. POP 7 - Administração de Medicamento por Via Inalatória 98
8.8. POP 8 - Administração de Medicamento por Via Ocular 102
8.9. POP 9 - Administração e Mistura de Insulinas 104
8.10 POP 10 - Administração de Dieta Enteral 107
8.11. POP 11 - Aferição da Glicemia Capilar 111
8.12. POP 12 - Aferição da Pressão Arterial 113
8.13. POP 13 - Anotação de Enfermagem 116
8.14. POP 14 - Aspiração de Vias Aéreas 118
8.15. POP 15 - Auxílio de Biópsia de Mama Guiado por Ultrassom 123
8.16. POP 16 - Auxílio a Ecorcardiograma Transtorácico 125
8.17. POP 17 - Auxílio à Eletroencefalografia em Vigília 127
8.18. POP 18 - Auxílo a Eletroneuromiografia 132

8.19. POP 19 - Auxílio de PAAF (Punção Aspirativa por Agulha Fina) de Mama Guiado por Ultrassom 134
8.20. POP 20 - Auxílio de PAAF (Punção Aspirativa por Agulha Fina) de Tireóide guiado por ultrassom 137
8.21. POP 21 Auxílio de Teste Ergométrico 139
8.22. POP 22 - Auxílio a Ultrassonografia 143
8.23. POP 23 - Baciloscopia de Hanseníase 145
8.24. POP 24 - Bota de Unna 149
8.25. POP 25 - Campanha de Vacinação 153
8.26.POP 26 - Cateterismo Vesical de Demora 157
8.27. POP 27- Cateterismo Vesical de Alívio 162
8.28. POP 28 - Cauterização Umbilical 166
8.29. POP 29 - Coleta de Citologia Oncótica (Papanicolaou) 168
8.30. POP 30 - Coleta de Citologia Hormonal Única 174
8.31. POP 31 - Coleta de Exames Laboratoriais 176
8.32. POP 32 - Coleta de Tempo de Protombina (punção digital) 182
8.33. POP 33 - Coleta de PKU 184
8.34. POP 34 - Colocação de Colar Cervical 187
8.35. POP 35 - Colocação do Dispositivo para Incontinência Urinária 189
8.36. POP 36 - Consulta de Enfermagem ao Paciente Estomizado 191
8.37. POP 37 - Contenção Mecânica 193
8.38. POP 38 - Desbridamento Instrumental Conservador 196
8.39. POP 39 - Exame de Espirometria 200
8.40. POP 40 - Exame Clínico das Mamas 203
8.41. POP 41 - Realização de Eletrocardiograma 206
8.42. POP 42 - Higienização simples das mãos 210
8.43. POP 43 - Higienização Pré-Operatória das Mãos 212
8.44. POP 44 - Lavagem Gástrica 214
8.45. POP 45 - Lavagem Intestinal 216

8.46. POP 46 - Limpeza, Desinfecção e Esterelização de Materiais 219
8.47. POP 47 - Medida da Circunferência Abdominal 226
8.48. POP 48 - Medida da Circunferência do Quadril 228
8.49. POP 49 - Medida de Estatura 229
8.50. POP 50 - Medida do Perímetro Cefálico 232
8.51. POP 51 - Medida do Perímetro Torácico 233
8.52. POP 52 - Medida do Peso Corporal 234
8.53. POP 53 - Movimentação em Bloco 236
8.54. POP 54 - Oxigenoterapia 239
8.55. POP 55 - Organização de Salas e Setores 241
8.56. POP 56 - Pranchamento em Posição Supina 243
8.57. POP 57 - Realização de curativo 246
8.58. POP 58 - Retirada de Pontos 249
8.59. POP 59 - Realização Peak Flow 251
8.60. POP 60 - Sondagem Nasoenteral 253
8.61. POP 61 - Sondagem Nasogástrica 257
8.62. POP 62 -Transferência de Prontuário 261
8.63. POP 63 - Terapia de Reidratação Oral 263
8.64. POP 64 - Teste de Gravidez 264
8.65. POP 65 - Teste Rápido para Hepatite B 267
8.66. POP 66 - Teste Rápido para Hepatite C 270
8.67. POP 67 - Teste Rápido Duplo Percurso para HIV com Amostra de Fluido Oral 273
8.68. POP 68 - Teste Rápido para HIV com Amostra de Sangue 277
8.69. POP 69 - Teste Rápido para Sífilis 282
8.70. POP 70 - Troca de Bolsa de Estomia 286
8.71. POP 71 - Troca de Gastrostomia 289
8.72. POP 72 -Troca de Traqueostomia 291
8.73. POP 73 -Troca de Sonda de Cistostomia 293

8.74. POP 74 - Uso de Luvas Esteréis 296
8.75. POP 75 - Vacinação - rotinas 298
8.76. POP 76 - Verificação de Frequência Cardíaca 302
8.77. POP 77 - Verificação de Frequência Respiratória 304
8.78. POP 78 - Verificação de Temperatura Corpórea 306
9. PROTOCOLO PARA AS ATIVIDADES DO SERVIÇO DE ODONTOLOGIA BÁSICA E ESPECIALIZADA **308**
9.1. Introdução 308
9.2. Pressupostos 310
9.3. Princípios norteadores das ações 312
9.4. Processo de trabalho em saúde bucal 314
9.5. Ações 316
9.5.1. Ações de Recuperação 322
9.5.2. Ações de Reabilitação 323
9.6. Critérios Gerais para Referência ao Centro Regional de Especialidades Odontológicas 323
9.6.1. Prótese 325
9.6.2. Endodontia 329
9.6.3. Cirurgia oral menor 332
9.6.4. Periodontia 334
9.6.5. Pacientes com necessidades especiais 337
10. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PARA AS ESPECIALIDADES MÉDICAS **340**
10.1. Cardiologia 340
10.2. Cardiologia Pediátrica 345
10.3. Cirurgia Geral 347
10.4. Cirurgia pediátrica 351
10.5. Cirurgia plástica 353
10.6. Endocrinologia 355
10.7. Gastroenterologia 363

10.8. Infectologia 365
10.9. Neurologia 367
10.10. Oftalmologia 371
10.11. Ortopedia 375
10.12. Ortopedia Pediátrica 378
10.13. Otorrinolaringologia 380
10.13.1. Otorrinolaringologia adulto 381
10.13.2. Otorrinolaringologia Pediátrica 383
10.14. Urologia 385
11. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PARA AS ESPECIALIDADES NÃO MÉDICAS 389
11.1.Fisioterapia 390
11.2. Fonaudiologia 392
11.3. Nutricional 393
11.4. Psicologia 394
11.4.1. Avaliação Psicológica ao paciente e/ou familiar 394
11.4.2. Acompanhamento psicológico ao paciente e/ou familiar 397
11.4.3. Acolhimento 398
12. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA EXAMES CLÍNICOS LABORATORIAIS 398
12.1. Procedimento para Coleta 400
12.2. Fluxograma Coleta 410
13. POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS 411
13.1. Comunicação como benefício da gestão de pessoas 412
13.2. Gestão por competências 415
13.2.1. Mapeamento e mensuração por competências 415
13.2.2. Seleção por competências 416
13.2.3. Avaliação por competências 416
13.2.4. Plano de desenvolvimento por competências 416
13.3. Seleção de Pessoal 416

13.4. Promoção do Primeiro Emprego 417
13.5. Serviços mais usuais em recursos humanos 418
13.5.1. Assessment 418
13.5.2. Headhunting 418
13.5.3. Management 418
13.5.4. Outplacement 419
13.5.5. Outsourcing 420
13.6. Desenvolvimento de Liderança 420
13.7. Gestão de Talentos 424
13.7.1. Relevância da Gestão de Talentos 425
13.7.2. O Gestor de Talentos 426
13.8. Programa de Prevenção de Riscos Ambientais 429
13.9. PCMSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional 431
13.9.1. Realização do PCMSO 431
13.9.2. Tipos de Exames Médicos Relacionados ao Trabalho 432
14. DIMENSIONAMENTO DE RH 435
15. GESTÃO DE ATIVIDADES VOLTADAS PARA A QUALIDADE 436
15.1. Política de Gestão da Qualidade 436
15.1.1. Apoio Institucional 438
15.2. Proposta de Serviço de Atendimento ao Usuário 440
15.2.1. Metas - Centro de Especialidades: 448
15.2.2. Metas - Laboratório 449
15.2.3. Metas - Centro de Especialidades Odontológicas – CEO 450
15.2.4. Metas Assistenciais 451
15.3. Pesquisa de Satisfação 452
. 15.3.1. Questionário via sistema: 453
15.3.2. Caixa de Sugestões 455
15.3.3. Fale Conosco / Ouvidoria 456
15.3. Proposta de Educação Permanente 457

16. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA 458
16.1. Qualificação do corpo gestor da Entidade 458
16.1.1. Currículos 461
16.2. Atestados de Capacidade Técnica 492
17. PROPOSTA ECONÔMICA - Mensal 01 a 12 meses..... 499
18. VALOR GLOBAL DA PROPOSTA ECONÔMICA: 12 MESES..... 501

1. TÍTULO

GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTÓLOGICAS, LABORATÓRIO E CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, DO MUNICÍPIO DE LARANJAL PAULISTA, POR ENTIDADE DE DIREITO PRIVADO SEM FINS LUCRATIVOS, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL.

2. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

2.1. História do Município

A ocupação do Município se divide em urbana e rural. A primeira, no início do Século XVII, foi motivada pelos grupos tropeiros que rumavam a Sorocaba. Para os pousos eles se aconchegavam à beira do que chamavam de ribeirão dos laranjais e, por onde passavam, divulgavam que "a partir das suas acanhadas margens vislumbrava-se a existência de alongadas e férteis terras", atraindo os primeiros pequenos agricultores.

Em 1884, seguindo o traçado da Estrada de Ferro Sorocabana e a ela se antecipando, aqui chegava Delfino de Mello. Como visionário que era adquiriu considerável gleba de terra e, para explorar comercialmente, construiu uma casa de pensão para abrigar os trabalhadores da Ferrovia. Em curto espaço de tempo o local despertou o interesse de famílias da região para outras atividades comerciais dando início ao núcleo urbano. Ainda em 1884 Delfino de Melo doou terreno para a construção de uma Capela na vila que, em 1886, tornar-se-ia o distrito Policial de Laranjal e com a primeira escola pública outras benfeitorias se juntariam: agência postal, cartório de registro civil, a paróquia, telefone público, iluminação elétrica. Publicada a 10 de outubro de 1917, a Lei Estadual nº 1.555 criou o Município de Laranjal que, pelo Decreto Federal nº 14.334/1944, passou a chamar-se Laranjal Paulista.

Caracterização do território

Área 387,97 km²	**IDHM 2010** 0,729	**Faixa do IDHM** Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799)	**População (Censo 2010)** 25.251 hab.
Densidade demográfica 65,07 hab/km²	**Ano de instalação** 1944	**Microrregião** Tatuí	**Mesorregião** Itapetininga

Festa celebrada em louvor ao padroeiro da cidade, que dura de uma semana a dez dias, terminando no dia 24 de junho, dia de São João (feriado municipal). Neste dia, realiza-se uma procissão pelas ruas centrais do município, reunindo imagens de outros santos que representam as demais paróquias de Laranjal, tais como São Benedito, São Roque, Nossa Senhora Aparecida e vários outros. No fim da procissão é celebrada uma missa em louvor ao padroeiro, com uma grande queima de fogos ao seu encerramento. Na parte profana, barracas de entidades municipais são montadas ao redor do Largo São João, onde se situa a Igreja Matriz da cidade, as quais vendem bebidas, comidas tradicionais e artesanato a fim de arrecadar fundos. Também é montado um palco para a apresentação de grupos folclóricos e bandas Institutos pela comissão de festas para entreter os cidadãos e visitantes de outras localidades que sempre comparecem para prestigiar a festa. Todo dia 24 de junho, já pela manhã, tem início atividades que remetem às origens da Festa, tais como leilão de lenha, leitoa ensebada, pau de sebo, leilão de gado e demais prendas. Além disso, todo o entorno do Largo São João é decorado com bandeirinhas coloridas e também ocorre a quadrilha, geralmente formada por estudantes ou integrantes de grupos da terceira idade. A Festa já é realizada há mais de 100 anos e é a principal atração da cidade, sendo considerada um patrimônio cultural por muitos.

2.2. Geografia

- Área 386,763 km quadrados
- Localização - Fica na depressão periférica paulista entre o Planalto Atlântico – região da capital – e o Planalto Ocidental – região de Botucatu.
- Principal Via de Acesso - Rodovia Marechal Rondon
- Hidrografia - Rios Tietê e Sorocaba e mais seis ribeirões e seis córregos
- Tipo de solo - Policultura e em algumas partes condicionantes geológicos proporcionam a exploração de recursos minerais como areia, argila, brita, calcário empregados na construção civil.
- Climatologia:

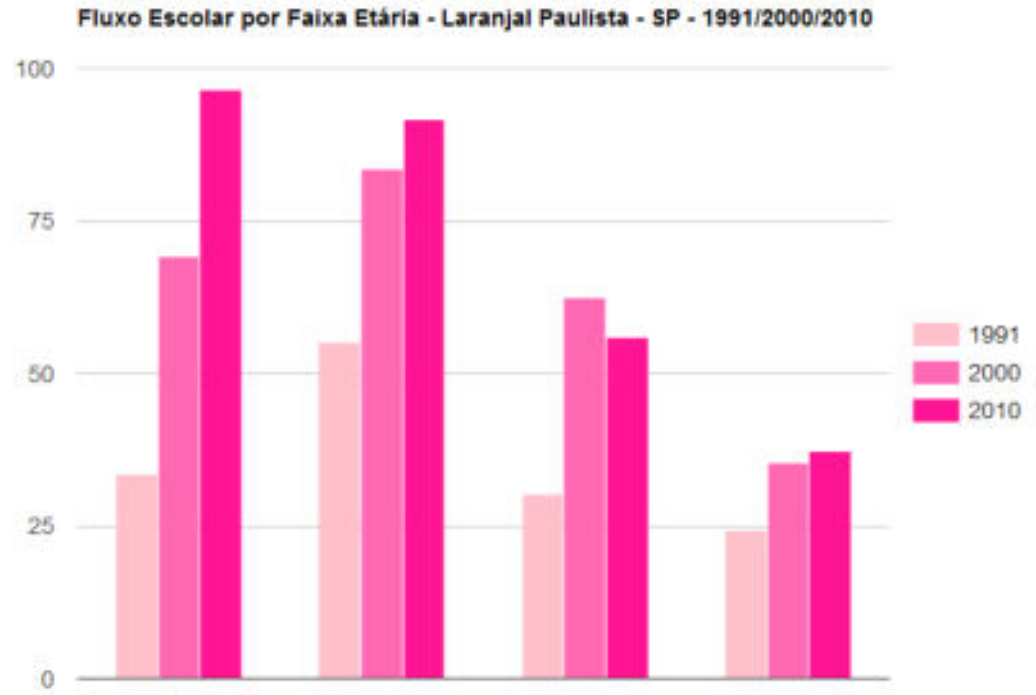
✓ Temperatura média anual - 23,27°C

✓ Precipitação pluviométrica - 1.257,0 mm.

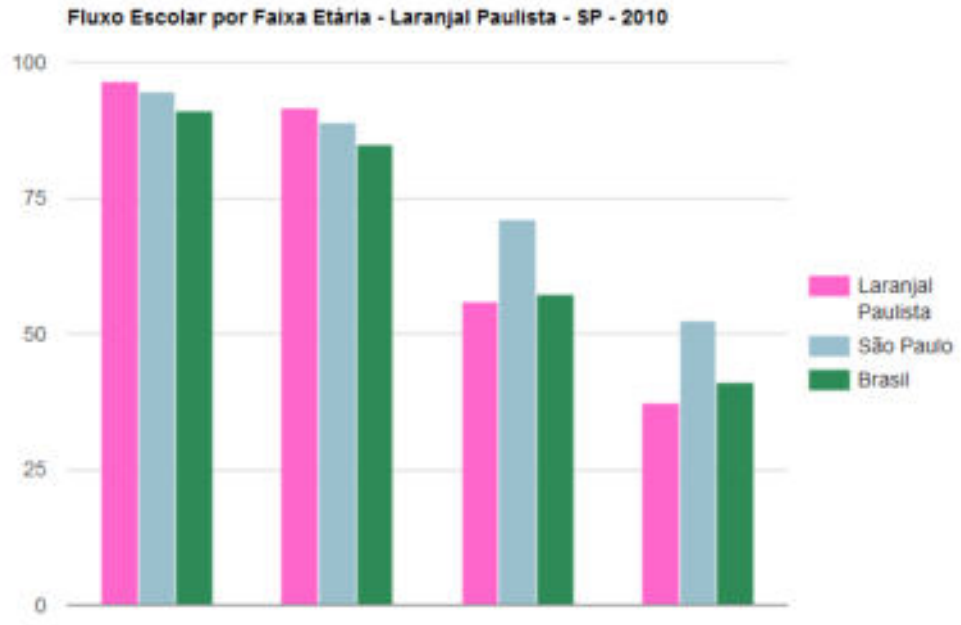
2.3. Perfil Sócio Econômico

2.3.1. Educação

Proporções de crianças e jovens frequentando ou tendo completado determinados ciclos indica a situação da educação entre a população em idade escolar do estado e compõe o IDHM Educação. No município, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola é de 96,52%, em 2010. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental é de 91,69%; a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo é de 55,91%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo é de 37,25%. Entre 1991 e 2010, essas proporções aumentaram, respectivamente, em 62,88 pontos percentuais, 36,52 pontos percentuais, 25,63 pontos percentuais e 12,82 pontos percentuais.



Fonte: PNUD, Ipea e FJP



Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Em 2010, 88,40% da população de 6 a 17 anos do município estavam cursando o ensino básico regular com até dois anos de defasagem idade-série. Em 2000 eram 90,02% e, em 1991, 85,18%.

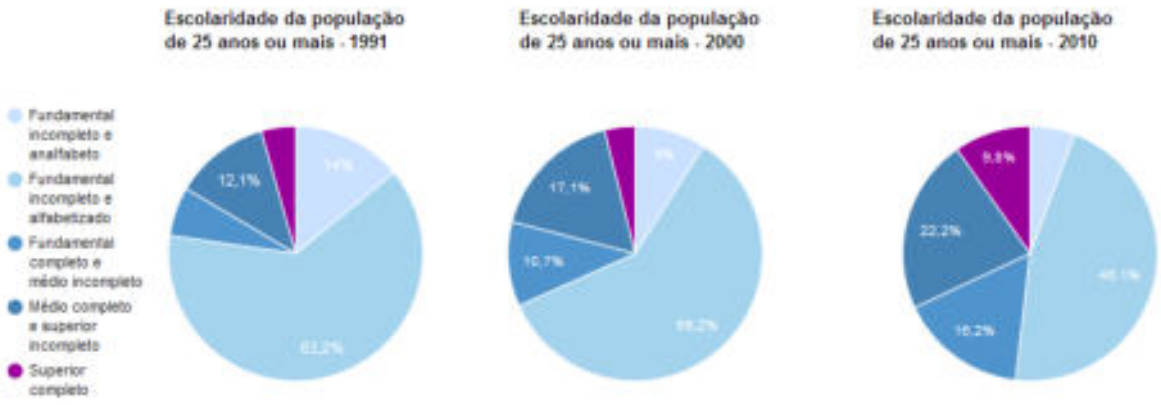
Dos jovens adultos de 18 a 24 anos, 11,02% estavam cursando o ensino superior em 2010. Em 2000 eram 5,30% e, em 1991, 4,32%.

Expectativa de Anos de Estudo

O indicador Expectativa de Anos de Estudo também sintetiza a frequência escolar da população em idade escolar. Mais precisamente, indica o número de anos de estudo que uma criança que inicia a vida escolar no ano de referência deverá completar ao atingir a idade de 18 anos. Entre 2000 e 2010, ela passou de 9,50 anos para 9,82 anos, no município, enquanto na UF passou de 10,23 anos para 10,33 anos. Em 1991, a expectativa de anos de estudo era de 10,28 anos, no município, e de 9,68 anos, na UF.

Também compõe o IDHM Educação um indicador de escolaridade da população adulta, o percentual da população de 18 anos ou mais com o ensino fundamental completo. Esse indicador carrega uma grande inércia, em função do peso das gerações mais antigas, de menor escolaridade. Entre 2000 e 2010, esse percentual passou de 36,93% para 52,66%, no município, e de 39,76% para 54,92%, na UF. Em 1991, os percentuais eram de 27,12% ,no município, e 30,09%, na UF. Em 2010, considerando-se a população municipal de 25 anos ou mais de idade, 5,71% eram analfabetos, 48,19% tinham o ensino fundamental completo, 31,99% possuíam o

ensino médio completo e 9,76%, o superior completo. No Brasil, esses percentuais são, respectivamente, 11,82%, 50,75%, 35,83% e 11,27%.



Fonte: PNUD, Ipea e FJP

2.3.2. Produção Econômica

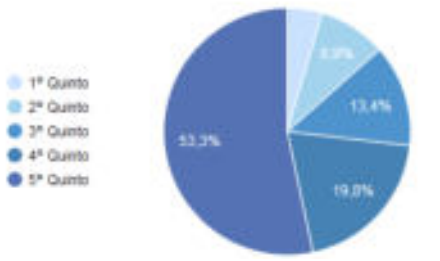
A renda per capita média de Laranjal Paulista cresceu 45,63% nas últimas duas décadas, passando de R$ 522,27, em 1991, para R$ 696,87, em 2000, e para R$ 760,58, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 2,00%. A taxa média anual de crescimento foi de 3,26%, entre 1991 e 2000, e 0,88%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 13,70%, em 1991, para 8,95%, em 2000, e para 3,10%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,48, em 1991, para 0,53, em 2000, e para 0,41, em 2010.

Renda, Pobreza e Desigualdade - Município - Laranjal Paulista - SP

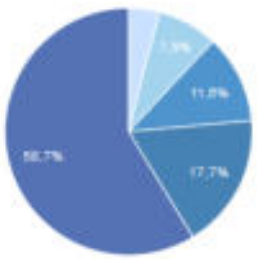
	1991	2000	2010
Renda per capita	522,27	696,87	760,58
% de extremamente pobres	1,88	2,03	0,56
% de pobres	13,70	8,95	3,10
Índice de Gini	0,48	0,53	0,41

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

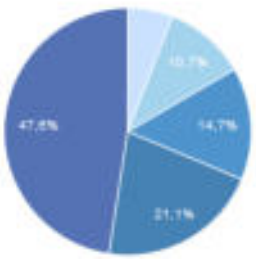
Distribuição da renda por quintos da população (ordenada segundo a renda domiciliar per capita) - 1991



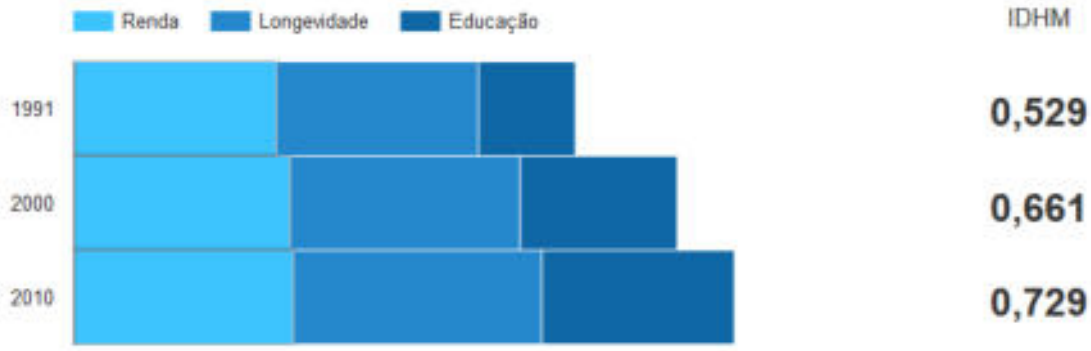
Distribuição da renda por quintos da população (ordenada segundo a renda domiciliar per capita) - 2000



Distribuição da renda por quintos da população (ordenada segundo a renda domiciliar per capita) - 2010



IDHM



Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Os componentes do Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) - Laranjal Paulista é 0,729, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,829, seguida de Renda, com índice de 0,732, e de Educação, com índice de 0,639.

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes - Município - Laranjal Paulista - SP

IDHM e componentes	1991	2000	2010
IDHM Educação	0,327	0,525	0,639
% de 18 anos ou mais com fundamental completo	27,12	36,93	52,66
% de 5 a 6 anos na escola	33,64	69,11	96,52
% de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental REGULAR SERIADO ou com fundamental completo	55,17	83,53	91,69
% de 15 a 17 anos com fundamental completo	30,28	62,31	55,91
% de 18 a 20 anos com médio completo	24,43	35,50	37,25
IDHM Longevidade	0,675	0,767	0,829
Esperança de vida ao nascer	65,51	71,01	74,73
IDHM Renda	0,672	0,718	0,732
Renda per capita	522,27	696,87	760,58

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Evolução entre 2000 e 2010:

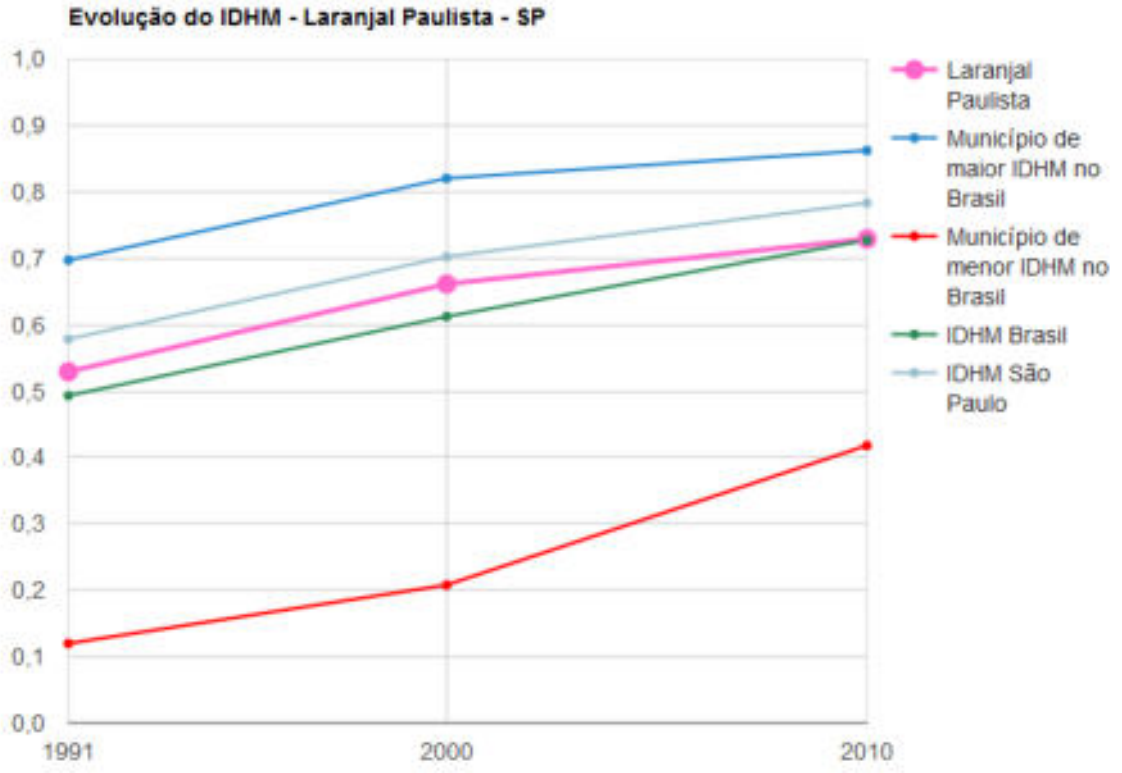
O IDHM passou de 0,661 em 2000 para 0,729 em 2010 - uma taxa de crescimento de 10,29%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 79,94% entre 2000 e 2010. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,114), seguida por Longevidade e por Renda.

Entre 1991 e 2000:

O IDHM passou de 0,529 em 1991 para 0,661 em 2000 - uma taxa de crescimento de 24,95%. O hiato de desenvolvimento humano foi reduzido em 71,97% entre 1991 e 2000. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,198), seguida por Longevidade e por Renda.

Entre 1991 e 2010:

De 1991 a 2010, o IDHM do município passou de 0,529, em 1991, para 0,729, em 2010, enquanto o IDHM da Unidade Federativa (UF) passou de 0,493 para 0,727. Isso implica em uma taxa de crescimento de 37,81% para o município e 47% para a UF; e em uma taxa de redução do hiato de desenvolvimento humano de 57,54% para o município e 53,85% para a UF. No município, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,312), seguida por Longevidade e por Renda. Na UF, por sua vez, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,358), seguida por Longevidade e por Renda.



Fonte: PNUD, Ipea e FJP

O Ranking de Laranjal Paulista ocupa a 1052ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros segundo o IDHM. Nesse ranking, o maior IDHM é 0,862 (São Caetano do Sul) e o menor é 0,418 (Melgaço).

2.4. Perfil Demográfico

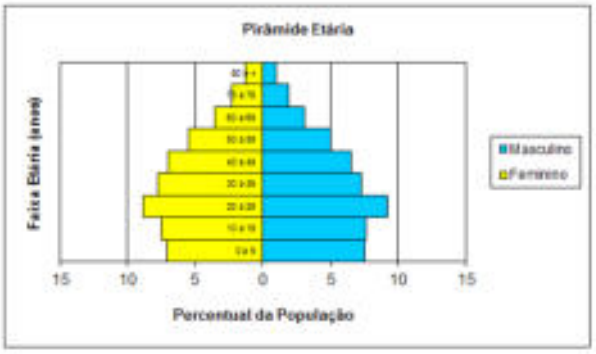
A população de Laranjal Paulista entre 2000 e 2010, cresceu a uma taxa média anual de 1,32%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de urbanização do município passou de 88,43% para 89,55%. Em 2010 viviam, no município, 25.251 pessoas.

Município: Laranjal Paulista - SP

População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2009

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	175	168	343
1 a 4	761	724	1.485
5 a 9	1.037	978	2.015
10 a 14	976	948	1.924
15 a 19	1.023	1.026	2.049
20 a 29	2.428	2.315	4.743
30 a 39	1.919	2.040	3.959
40 a 49	1.715	1.834	3.549
50 a 59	1.322	1.438	2.760
60 a 69	822	926	1.748
70 a 79	510	610	1.120
80 e +	267	333	600
Ignorada	-	-	-
Total	12.955	13.340	26.295

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas



População Residente por ano

Ano	População	Método
2009	26.295	Estimativa
2008	25.930	Estimativa
2007	24.697	Estimativa
2006	24.362	Estimativa
2005	24.021	Estimativa
2004	23.365	Estimativa
2003	23.066	Estimativa
2002	22.776	Estimativa
2001	22.440	Estimativa
2000	22.145	Censo

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

Taxa de crescimento anual estimada (%) (2006-2009)	2,6
Mulheres em idade fértil (10-49 anos), 2009	8.163
Proporção da pop. feminina em idade fértil, 2009 (%)	61,2

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

Proporção da População Residente Alfabetizada por Faixa Etária

Faixa Etária	1991	2000
5 a 9	68,1	59,7
10 a 14	96,7	98,1
15 a 19	95,6	98,8
20 a 49	93,1	95,8
50 e +	75,9	83,6
Total	86,0	90,4

Fonte: IBGE/Censos

Entre 1991 e 2000, a população do município cresceu a uma taxa média anual de 1,63%. Na UF, esta taxa foi de 1,78%, enquanto no Brasil foi de 1,63%, no mesmo período. Na década, a taxa de urbanização do município passou de 83,06% para 88,43%.

População Total, por Gênero, Rural/Urbana - Município - Laranjal Paulista - SP

População	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
População total	19.144	100,00	22.145	100,00	25.251	100,00
População residente masculina	9.780	51,09	11.061	49,95	12.465	49,36
População residente feminina	9.364	48,91	11.084	50,05	12.786	50,64
População urbana	15.901	83,06	19.582	88,43	22.612	89,55
População rural	3.243	16,94	2.563	11,57	2.639	10,45

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

A Estrutura Etária entre 2000 e 2010, a razão de dependência no município passou de 51,90% para 44,93% e a taxa de envelhecimento, de 8,70% para 10,04%. Em 1991, esses dois indicadores eram, respectivamente, 57,90% e 7,40%. Já na UF, a razão de dependência passou de 65,43% em 1991, para 54,88% em 2000 e 45,87% em 2010; enquanto a taxa de envelhecimento passou de 4,83%, para 5,83% e para 7,36%, respectivamente.

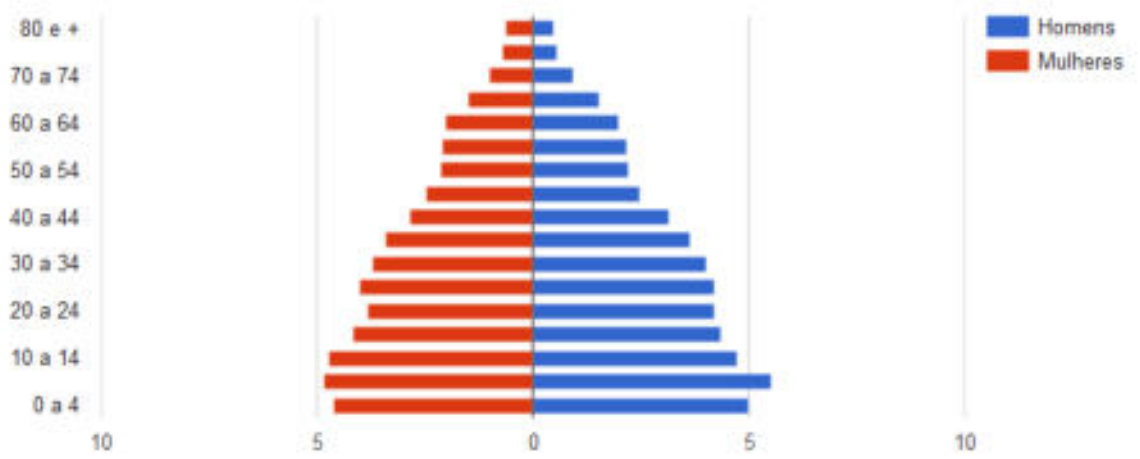
Estrutura Etária da População - Município - Laranjal Paulista - SP

Estrutura Etária	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
Menos de 15 anos	5.604	29,27	5.640	25,47	5.294	20,97
15 a 64 anos	12.124	63,33	14.579	65,83	17.423	69,00
População de 65 anos ou mais	1.416	7,40	1.926	8,70	2.534	10,04
Razão de dependência	57,90	-	51,90	-	44,93	-
Taxa de envelhecimento	7,40	-	8,70	-	10,04	-

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

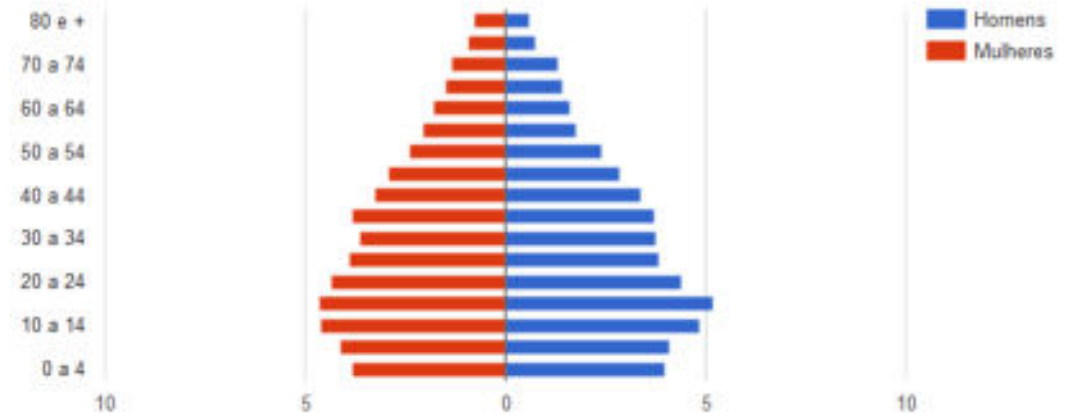
1991

Pirâmide etária - Laranjal Paulista - SP
Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade



2000

Pirâmide etária - Laranjal Paulista - SP
Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade



Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Longevidade, mortalidade e fecundidade

A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano de idade) no município passou de 21,5 óbitos por mil nascidos vivos, em 2000, para 15,1 óbitos por mil nascidos vivos, em 2010. Em 1991, a taxa era de 35,8. Já na UF, a taxa era de 13,9, em 2010, de 19,4, em 2000 e 27,3, em 1991. Entre 2000 e 2010, a taxa de mortalidade infantil no país caiu de 30,6 óbitos por mil nascidos vivos para 16,7 óbitos por mil nascidos vivos. Em 1991, essa taxa era de 44,7 óbitos por mil nascidos vivos.

Com a taxa observada em 2010, o Brasil cumpre uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, segundo a qual a mortalidade infantil no país deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015.

Longevidade, Mortalidade e Fecundidade - Município - Laranjal Paulista - SP

	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer	65,5	71,0	74,7
Mortalidade infantil	35,8	21,5	15,1
Mortalidade até 5 anos de idade	40,5	25,0	17,5
Taxa de fecundidade total	2,9	2,1	1,8

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). No município, a esperança de vida ao nascer cresceu 3,7 anos na última década, passando de 71,0 anos, em 2000, para 74,7 anos, em 2010. Em 1991, era de 65,5 anos. No Brasil, a esperança de vida ao nascer é de 73,9 anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991.

3. INDICADORES DE SAÚDE

3.1. Mortalidade Infantil

MORTALIDADE INFANTIL	2013	2014	2015
0 a 6 dias	04	02	04
07 a 27 dias	01	01	--------
28 a 364 dias	------	02	01
Total	05	05	05

A taxa de mortalidade infantil em Laranjal Paulista é medida por número absoluto por ter uma população abaixo de 100.000 habitante. De 2013 a 2015, teve exatamente 05 óbitos em crianças abaixo de 01 ano de vida, evidenciando um percentual muito grande nos seis primeiros anos de vida. Em parte isso pode ser explicado pelo alto número de parto cesáreo, que ultrapassa 60%.

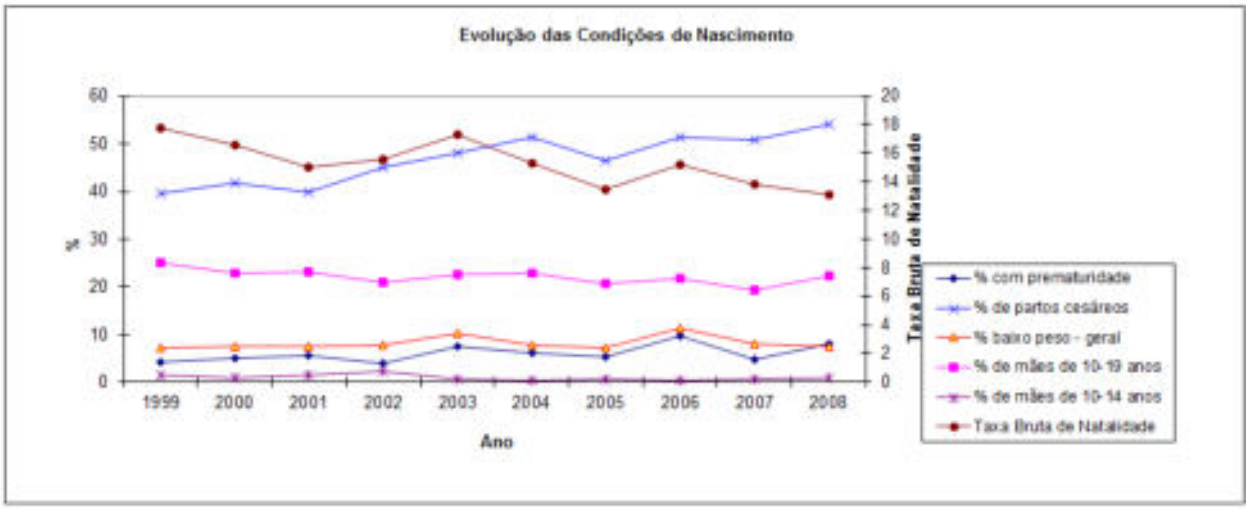
3.2. Nascidos vivos

Município: Laranjal Paulista - SP

Informações sobre Nascimentos

Condições	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Número de nascidos vivos	388	367	338	354	399	358	323	370	342	341
Taxa Bruta de Natalidade	17,8	16,6	15,1	15,5	17,3	15,3	13,4	15,2	13,8	13,2
% com prematuridade	4,2	4,9	5,7	4,0	7,4	6,2	5,3	9,8	4,7	8,0
% de partos cesáreos	39,5	41,7	40,0	45,2	48,2	51,3	46,4	51,4	50,9	54,1
% de mães de 10-19 anos	25,1	22,9	23,1	20,9	22,6	22,9	20,7	21,9	19,3	22,3
% de mães de 10-14 anos	1,6	0,8	1,5	2,3	0,5	0,3	0,6	0,3	0,6	0,9
% com baixo peso ao nascer										
- geral	7,2	7,5	7,5	7,7	10,3	7,6	7,1	11,4	7,9	7,5
- partos cesáreos	7,4	8,1	5,3	9,2	6,9	3,3	6,0	10,0	8,1	6,7
- partos vaginais	7,0	7,2	9,0	6,5	13,5	12,1	8,1	12,8	7,7	8,4

Fonte: SINASC. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.
Nota: Dados de 2008 são preliminares.



3.3. Mortalidade Geral – CID 10

Município: Laranjal Paulista - SP

Mortalidade Proporcional (%) por Faixa Etária Segundo Grupo de Causas - CID10
2008

Grupo de Causas	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	33,3	-	-	-	-	7,1	2,6	0,8	1,5	2,6
II. Neoplasias (tumores)	-	-	-	-	-	17,9	33,3	20,2	21,9	22,1
IX. Doenças do aparelho circulatório	-	-	-	-	-	17,9	41,0	43,7	43,1	38,4
X. Doenças do aparelho respiratório	-	100,0	-	-	-	7,1	10,3	12,6	13,1	11,6
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	33,3	-	-	-	-	-	-	-	-	0,5
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-	28,6	7,7	4,2	4,4	8,4
Demais causas definidas	33,3	-	-	-	-	21,4	5,1	18,5	16,1	16,3
Total	100,0	100,0	-	-	-	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.
Nota: Dados de 2008 são preliminares.

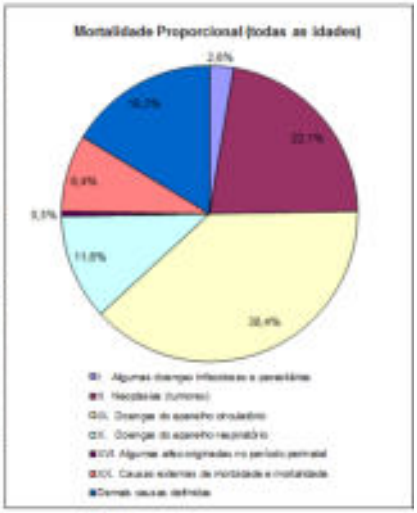
Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas
(por 100.000 habitantes)

Causa do Óbito	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Aids	13,2	-	-	12,5	4,1	8,1	3,9
Neoplasia maligna da mama (/100.000 mulheres)	26,3	17,3	8,6	8,3	16,4	-	7,6
Neoplasia maligna do colo do útero (/100.000 mul	-	-	8,6	-	-	16,0	-
Infarto agudo do miocardio	52,7	34,7	42,8	62,4	28,7	40,5	23,1
Doenças cerebrovasculares	83,4	65,0	68,5	66,6	57,5	76,9	96,4
Diabetes mellitus	65,9	65,0	38,5	29,1	45,2	36,4	15,4
Acidentes de transporte	22,0	17,3	42,8	33,3	32,8	16,2	23,1
Agressões	8,8	13,0	34,2	20,8	20,5	8,1	3,9

Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.
Nota: Dados de 2008 são preliminares.

Outros Indicadores de Mortalidade	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Total de óbitos	199	147	183	159	173	168	205
Nº de óbitos por 1.000 habitantes	8,7	6,4	7,0	6,6	7,1	6,8	7,9
% óbitos por causas mal definidas	6,0	5,4	6,7	3,8	9,2	6,0	7,3
Total de óbitos infantis	1	6	3	4	9	3	3
Nº de óbitos infantis por causas mal definidas	-	-	1	-	1	-	-
% de óbitos infantis no total de óbitos *	0,5	4,1	1,8	2,5	5,2	1,8	1,5
% de óbitos infantis por causas mal definidas	-	-	33,3	-	11,1	-	-
Mortalidade infantil por 1.000 nascidos-vivos **	2,8	15,0	8,4	12,4	24,3	8,8	8,8

* Coeficiente de mortalidade infantil proporcional
**considerando apenas os óbitos e nascimentos coletados pelo SIM/SINASC
Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.
Nota: Dados de 2008 são preliminares.

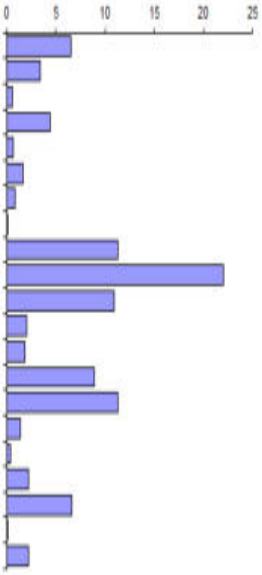


Município: Laranjal Paulista - SP

Distribuição Percentual das Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária - CID10
(por local de residência)
2009

Capítulo CID	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	13,4	20,6	10,9	7,1	1,6	3,9	4,2	6,2	5,9	6,6
II. Neoplasias (tumores)	0,7	0,5	1,1	-	-	3,6	7,0	4,4	5,5	3,5
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	0,5	-	2,4	-	0,6	1,4	0,3	0,4	0,6
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1,4	2,5	4,3	2,4	-	2,3	10,3	8,0	7,9	4,4
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-	2,4	0,9	1,4	-	-	0,7
VI. Doenças do sistema nervoso	2,1	2,5	7,6	-	0,8	1,7	1,4	0,5	1,0	1,7
VII. Doenças do olho e anexos	-	1,0	-	2,4	1,6	0,6	0,3	2,1	1,6	0,9
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,7	-	-	-	-	0,2	-	0,3	0,2	0,2
IX. Doenças do aparelho circulatório	-	-	-	-	0,8	8,2	26,3	22,8	23,9	11,3
X. Doenças do aparelho respiratório	47,2	57,4	35,9	11,9	8,9	10,8	18,7	28,5	26,4	22,1
XI. Doenças do aparelho digestivo	4,2	3,9	8,7	16,7	10,6	12,5	13,4	11,1	11,8	11,0
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,7	0,5	4,3	7,1	2,4	2,3	1,4	2,1	1,6	2,1
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	0,5	2,2	-	2,4	3,1	1,7	-	0,2	1,8
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1,4	2,5	2,2	21,4	13,0	12,3	6,1	8,0	7,5	8,9
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	4,8	49,6	20,3	-	-	-	11,3
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	23,9	-	-	-	-	-	-	-	-	1,5
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	0,7	0,5	1,1	4,8	-	0,4	-	-	-	0,4
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	3,5	2,0	10,9	9,5	0,8	2,4	1,1	-	0,4	2,2
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	-	2,0	10,9	7,1	4,9	9,7	4,5	5,4	5,3	6,7
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-	0,1	-	-	-	0,0
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	3,4	-	2,4	-	4,0	0,8	0,3	0,4	2,2
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Distribuição (todas as idades) (%)



Fonte: SIH/SUS. Situação da base de dados nacional em 03/05/2010.

CID 10	2013	2014	2015
IX	60	64	58
II	42	35	37
IV	21	32	29
X	34	22	24
XX	20	17	17
XI	12	13	09
XVIII	12	05	09
VI	07	08	09
XIV	04	02	10
I	04	06	04
V	02	07	02
XVI	05	03	02
XIII	02	02	02
XVII	-------	04	02
III	--------	-------	03
XII	01	------	01
TOTAL	**226**	**220**	**218**

Ao analisarmos os capítulos referentes às causas de óbitos em Laranjal Paulista, podemos observar que a mesma apresenta perfil de cidade urbanizada. Os cinco principais fatores de óbito são:

- Doenças do Aparelho Circulatório (capítulo IX)
- Neoplasias (capítulo II)
- Doenças Endócrinas (capítulo IV)
- Doenças do Aparelho Respiratório (capítulo X)
- Causas Externas (capítulo XX)

3.4. Equipamentos Públicos de Saúde de Laranjal Paulista

Número de equipamentos existentes, em uso e disponíveis ao SUS, segundo grupo de equipamentos
Dez/2009

Categoria	Existentes	Em uso	Disponiv. ao SUS
Equipamentos de diagnóstico por imagem	19	19	7
Equipamentos de infra-estrutura	3	3	1
Equipamentos por métodos ópticos	5	5	-
Equipamentos por métodos gráficos	4	4	2
Equipamentos de manutenção da vida	32	32	9
Equipamentos de Odontologia	11	11	5
Outros equipamentos	34	34	6

Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010.

Município: Laranjal Paulista - SP

Número de estabelecimentos por tipo de prestador segundo tipo de estabelecimento
Dez/2009

Tipo de estabelecimento	Público	Filantrópico	Privado	Sindicato	Total
Central de Regulação de Serviços de Saúde	-	-	-	-	-
Centro de Atenção Hemoterápica e ou Hematológica	-	-	-	-	-
Centro de Atenção Psicossocial	1	-	-	-	1
Centro de Apoio a Saúde da Família	-	-	-	-	-
Centro de Parto Normal	-	-	-	-	-
Centro de Saude/Unidade Básica de Saúde	6	-	-	-	6
Clínica Especializada/Ambulatório Especializado	4	-	-	-	4
Consultório Isolado	-	-	37	-	37
Cooperativa	-	-	-	-	-
Farmácia Medic Excepcional e Prog Farmácia Popular	-	-	-	-	-
Hospital Dia	-	-	-	-	-
Hospital Especializado	-	-	-	-	-
Hospital Geral	-	1	-	-	1
Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN	-	-	-	-	-
Policlínica	-	-	2	-	2
Posto de Saúde	-	-	-	-	-
Pronto Socorro Especializado	-	-	-	-	-
Pronto Socorro Geral	-	-	-	-	-
Secretaria de Saúde	1	-	-	-	1
Unid Mista - atend 24h: atenção básica, intern/urg	-	-	-	-	-
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	-	-	-	-	-
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	2	-	3	-	5
Unidade de Vigilância em Saúde	1	-	-	-	1
Unidade Móvel Fluvial	-	-	-	-	-
Unidade Móvel Pré Hospitalar - Urgência/Emergência	-	-	-	-	-
Unidade Móvel Terrestre	-	-	-	-	-
Tipo de estabelecimento não informado	-	-	-	-	-
Total	15	1	42	-	58

Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010.
Nota: Número total de estabelecimentos, prestando ou não serviços ao SUS

Número de estabelecimentos por tipo de convênio segundo tipo de atendimento prestado
Dez/2009

Serviço prestado	SUS	Particular	Plano de Saúde	
			Público	Privado
Internação	1	1	-	-
Ambulatorial	12	38	1	19
Urgência	1	2	-	-
Diagnose e terapia	6	6	-	-
Vig. epidemiológica e sanitária	1			
Farmácia ou cooperativa	-	-	-	-

Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010.

Leitos de internação por 1.000 habitantes
Dez/2009

Leitos existentes por 1.000 habitantes	1,8
Leitos SUS por 1.000 habitantes	1,3

Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010.
Nota: Não inclui leitos complementares

Número de leitos de internação existentes por tipo de prestador segundo especialidade
Dez/2009

Especialidade	Público		Filantrópico		Privado		Sindicato		Total	
	Existentes	SUS	Existentes	SUS	Existentes	SUS	Existentes	SUS	Existentes	SUS
Cirúrgicos	-	-	7	7	-	-	-	-	7	7
Clínicos	-	-	29	16	-	-	-	-	29	16
Obstétrico	-	-	3	3	-	-	-	-	3	3
Pediátrico	-	-	8	7	-	-	-	-	8	7
Outras Especialidades	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hospital/DIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	-	-	47	33	-	-	-	-	47	33

Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010.

Número de leitos complementares existentes por tipo de prestador segundo tipo de leito complementar
Dez/2009

Cirúrgicos	Público		Filantrópico		Privado		Sindicato		Total	
	Existentes	SUS	Existentes	SUS	Existentes	SUS	Existentes	SUS	Existentes	SUS
Unidade intermediária	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Unidade intermediária neonatal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Unidade isolamento	-	-	2	2	-	-	-	-	2	2
UTI adulto I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UTI adulto II	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UTI adulto III	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UTI infantil I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UTI infantil II	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UTI infantil III	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UTI neonatal I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UTI neonatal II	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UTI neonatal III	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UTI de Queimados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	-	-	2	2	-	-	-	-	2	2

Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010.

Número de equipamentos de categorias selecionadas existentes, em uso, disponíveis ao SUS e por 100.000 habitantes, segundo categorias do equipamento
Dez/2009

Categoria	Existentes	Em uso	Disponív. ao SUS	Equip uso/ 100.000 hab	Equip SUS/100.000 hab
Mamógrafo	-	-	-	-	-
Raio X	11	11	3	41,8	41,8
Tomógrafo Computadorizado	-	-	-	-	-
Ressonância Magnética	-	-	-	-	-
Ultrassom	8	8	4	30,4	30,4
Equipo Odontológico Completo	11	11	5	41,8	41,8

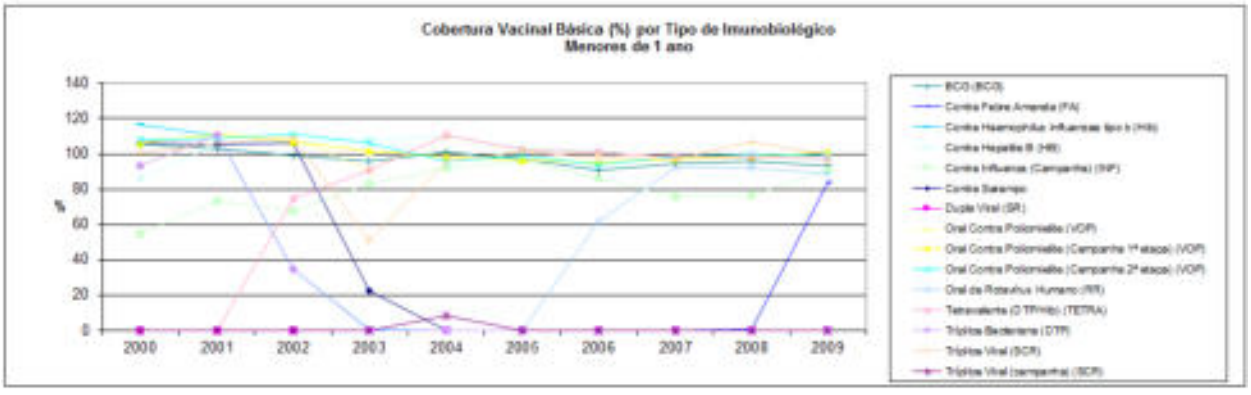
Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010.

Município: Laranjal Paulista - SP

Cobertura Vacinal (%) por Tipo de Imunobiológico
Menores de 1 ano

Imunobiológicos	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
BCG (BCG)	105,2	102,7	99,2	96,0	101,1	96,9	90,5	94,7	95,9	93,0
Contra Febre Amarela (FA)	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3	83,6
Contra Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	116,6	110,4	34,8	0,3	-	-	-	-	-	-
Contra Hepatite B (HB)	96,4	106,6	106,8	108,3	110,1	103,7	101,4	98,0	98,2	96,5
Contra Influenza (Campanha) (INF)	54,7	73,0	67,3	83,0	92,2	95,9	86,1	75,8	76,3	90,5
Contra Sarampo	106,0	105,3	105,9	22,6	-	-	-	-	-	-
Dupla Viral (SR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oral Contra Poliomielite (VOP)	92,9	110,4	109,3	90,5	110,3	102,5	100,8	98,3	98,2	97,1
Oral Contra Poliomielite (Campanha 1ª etapa) (VOP)	106,2	111,6	106,7	101,7	98,4	96,6	95,4	97,4	98,7	101,3
Oral Contra Poliomielite (Campanha 2ª etapa) (VOP)	108,1	108,6	111,6	106,3	96,0	99,3	93,9	98,6	99,7	98,8
Oral de Rotavirus Humano (RR)	-	-	-	-	-	-	61,4	92,7	92,1	88,9
Tetravalente (DTP/Hib) (TETRA)	-	-	74,6	90,5	110,3	102,5	100,8	98,3	98,2	97,1
Tríplice Bacteriana (DTP)	92,9	110,4	34,8	-	-	-	-	-	-	-
Tríplice Viral (SCR)	100,3	106,0	109,2	50,6	95,5	101,7	97,8	97,0	106,7	100,0
Tríplice Viral (campanha) (SCR)	-	-	-	-	8,3	-	-	-	-	-
Totais das vacinas contra tuberculose	-	-	-	-	-	-	90,5	94,7	95,9	93,0
Totais das vacinas contra hepatite B	-	-	-	-	-	-	101,4	98,0	98,2	96,5
Totais das vacinas contra poliomielite	-	-	-	-	-	-	100,8	98,3	98,2	97,1
Totais das vacinas Tetra + Penta + Hexavalente	-	-	-	-	-	-	100,8	98,3	98,2	97,1
Totais das vacinas contra sarampo e rubéola	-	-	-	-	-	-	97,8	97,0	106,7	100,0
Totais das vacinas contra difteria e tétano	-	-	-	-	-	-	100,8	98,3	98,2	97,1

Fonte: SI/PNI. Situação da base de dados nacional em 25/03/2010.



Fonte: CNES - DATASUS/MS

Município: Laranjal Paulista - SP

Quantidade e valor aprovados e apresentados dos procedimentos ambulatorial por município de atendimento, segundo grupo e subgrupo de procedimentos
2009

Categoria de procedimentos	Qtd.Aprovada		Valor Aprovado		Qtd.Apresentada		Valor Apresentado	
	Nº	%	R$	%	Nº	%	R$	%
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	12.453	3,5	-	-	12.453	3,5	-	-
0101 Ações coletivas/individuais em saúde	12.015	3,4	-	-	12.015	3,3	-	-
0102 Vigilância em saúde	438	0,1	-	-	438	0,1	-	-
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	**75.861**	**21,5**	**338.482**	**33,2**	**81.866**	**22,8**	**348.475**	**33,9**
0201 Coleta de material	7.368	2,1	2.563,98	0,3	7.368	2,1	2.563,98	0,2
0202 Diagnóstico em laboratório clínico	50.881	14,4	193.790,43	19,0	56.886	15,8	203.783,18	19,8
0203 Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia	-	-	-	-	-	-	-	-
0204 Diagnóstico por radiologia	9.622	2,7	71.236,78	7,0	9.622	2,7	71.236,78	6,9
0205 Diagnóstico por ultra-sonografia	1.960	0,6	53.330,75	5,2	1.960	0,5	53.330,75	5,2
0206 Diagnóstico por tomografia	-	-	-	-	-	-	-	-
0207 Diagnóstico por ressonância magnética	-	-	-	-	-	-	-	-
0208 Diagnóstico por medicina nuclear in vivo	-	-	-	-	-	-	-	-
0209 Diagnóstico por endoscopia	149	0,0	7.148,14	0,7	149	0,0	7.148,14	0,7
0210 Diagnóstico por radiologia intervencionista	-	-	-	-	-	-	-	-
0211 Métodos diagnósticos em especialidades	1.974	0,6	10.419,89	1,0	1.974	0,5	10.419,89	1,0
0212 Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-
0213 Diagnóstico em vigilância epidemiológica e ambiental	-	-	-	-	-	-	-	-
0214 Diagnóstico por teste rápido	3.907	1,1	-	-	3.907	1,1	-	-
03 Procedimentos clínicos	**257.364**	**72,8**	**666.533**	**65,4**	**257.369**	**71,6**	**666.624**	**64,8**
0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	234.279	66,3	580.511,44	57,0	234.284	65,2	580.602,89	56,4
0302 Fisioterapia	13.267	3,8	68.140,97	6,7	13.267	3,7	68.140,97	6,6
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	277	0,1	6.421,88	0,6	277	0,1	6.421,88	0,6
0304 Tratamento em oncologia	-	-	-	-	-	-	-	-
0305 Tratamento em nefrologia	-	-	-	-	-	-	-	-
0306 Hemoterapia	261	0,1	2.111,49	0,2	261	0,1	2.111,49	0,2
0307 Tratamentos odontológicos	9.280	2,6	9.347,12	0,9	9.280	2,6	9.347,12	0,9
0308 Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes de causas externas	-	-	-	-	-	-	-	-
0309 Terapias especializadas	-	-	-	-	-	-	-	-
0310 Parto e nascimento	-	-	-	-	-	-	-	-
04 Procedimentos cirúrgicos	**7.337**	**2,1**	**8.128**	**0,8**	**7.337**	**2,0**	**8.128**	**0,8**
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	5.763	1,6	4.667,58	0,5	5.763	1,6	4.667,58	0,5
0402 Cirurgia de glândulas endócrinas	-	-	-	-	-	-	-	-
0403 Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	-	-	-	-	-	-	-	-
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da cabeça e do pescoço	7	0,0	54,57	0,0	7	0,0	54,57	0,0
0405 Cirurgia do aparelho da visão	-	-	-	-	-	-	-	-
0406 Cirurgia do aparelho circulatório	66	0,0	1.970,76	0,2	66	0,0	1.970,76	0,2
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	-	-	-	-	-	-	-	-
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	17	0,0	644,50	0,1	17	0,0	644,50	0,1
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	18	0,0	334,47	0,0	18	0,0	334,47	0,0
0410 Cirurgia de mama	-	-	-	-	-	-	-	-
0411 Cirurgia obstétrica	-	-	-	-	-	-	-	-
0412 Cirurgia torácica	-	-	-	-	-	-	-	-
0413 Cirurgia reparadora	-	-	-	-	-	-	-	-
0414 Cirurgia oro-facial	1.462	0,4	346,61	0,0	1.462	0,4	346,61	0,0
0415 Outras cirurgias	4	0,0	119,44	0,0	4	0,0	119,44	0,0
0416 Cirurgia em oncologia	-	-	-	-	-	-	-	-
0417 Anestesiologia	-	-	-	-	-	-	-	-
0418 Cirurgia em nefrologia	-	-	-	-	-	-	-	-
05 Transplantes de orgãos, tecidos e células	-	-	-	-	-	-	-	-
0501 Coleta e exames para fins de doação de orgãos, tecidos e células e de transplante	-	-	-	-	-	-	-	-
0502 Avaliação de morte encefálica	-	-	-	-	-	-	-	-
0503 Ações relacionadas à doação de orgãos, tecidos e células	-	-	-	-	-	-	-	-
0504 Processamento de tecidos para transplante	-	-	-	-	-	-	-	-
0505 Transplante de orgãos, tecidos e células	-	-	-	-	-	-	-	-
0506 Acompanhamento e intercorrências no pré e pós-transplante	-	-	-	-	-	-	-	-
06 Medicamentos	-	-	-	-	-	-	-	-
0601 Medicamentos de dispensação excepcional	-	-	-	-	-	-	-	-
0602 Medicamentos estratégicos	-	-	-	-	-	-	-	-
0603 Medicamentos de âmbito hospitalar	-	-	-	-	-	-	-	-
0604 Componente Especializado da Assistencia Farmaceutica	-	-	-	-	-	-	-	-
07 Órteses, próteses e materiais especiais	-	-	-	-	-	-	-	-
0701 Órteses, próteses e materiais especiais não relacionados ao ato cirúrgico	-	-	-	-	-	-	-	-
0702 Órteses, próteses e materiais especiais relacionados ao ato cirúrgico	-	-	-	-	-	-	-	-
08 Ações complementares da atenção à saúde	**356**	**0,1**	**5.490**	**0,5**	**358**	**0,1**	**5.540**	**0,5**
0801 Ações relacionadas ao estabelecimento	356	0,1	5.490,00	0,5	358	0,1	5.540,00	0,5
0802 Ações relacionadas ao atendimento	-	-	-	-	-	-	-	-
0803 Autorização / Regulação	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	353.371	100,0	1.018.632,80	100,0	359.383	100,0	1.028.767,00	100,0

Fonte: SIA/SUS Situação da base de dados nacional em 30/04/2010

3.5. Morbidade Hospitalar

CID 10	2015	2016	2017*
I	124	87	53
II	10	18	11
III	36	47	49
IV	**148**	**114**	**97**
V	02	08	05
VI	10	16	12
VII	01	--------	----------
VIII	07	03	03
IX	**167**	**140**	**110**
X	**536**	**450**	**295**
XI	**234**	**223**	**129**
XII	66	42	29
XIII	13	23	06
XIV	177	167	91
XV	**386**	**519**	**482**
XVI	26	48	32
XVII	-----	01	01
XVIII	46	16	12
XIX	31	35	26
XX	1	-----	------
XXI	33	19	05

*Outubro de 2017

As cinco maiores causas de internação são:

- Doenças do aparelho respiratório (capítulo X), na frente de gravidez;
- Gravidez (capítulo XV);
- Doenças do aparelho digestivo (capítulo XI);
- Doenças do aparelho circulatório (capítulo IX);

- Doenças endócrinas (capítulo IV).

Observem que a morbidade hospitalar está exatamente igual a mortalidade geral do município, excetuando-se as internações por gravidez.

4. APRESENTAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

O **INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE**, é uma organização social sem finalidade lucrativa, que tem dentre seus objetivos o de disponibilizar-se junto aos poderes públicos municipais, estaduais, federais e aos particulares para o desenvolvimento de projetos de gerenciamento e administração de unidades de serviços voltados para o desenvolvimento Humano e tecnológico como o esporte, educação, cultura, meio ambiente, trabalho, qualificação e recolocação profissional, o desenvolvimento humano e sócio econômico, contribuindo para a implantação de recursos técnicos de gestão, economia e contenção nas despesas de recursos públicos nas áreas de:

- Saúde;
- Meio Ambiente;
- Assistência social;
- Educação, Esporte, Cultura e
- Desenvolvimento humano e sócio-econômico.

Fundada em 24 de agosto de 2011, tem como missão:

"Servir com as atividades de sua finalidade, às Organizações, às Comunidades, e às Entidades Públicas ou Privadas, diretamente ou em alianças com outras Instituições, sempre visando o desenvolvimento das Organizações, a melhoria da qualidade de vida das pessoas e o bem-estar da sociedade, sem objetivo de lucro, por tempo indeterminado."

4.1. Visão

Ser reconhecido como multiplicadores de modelos gerenciais de processos hospitalares, ambulatórios, policlínicas, dispensários, e outros de natureza correlata; apoiar, assessorar e gerenciar, serviços de saúde, cultura, educação, meio ambiente, esporte e assistência social, tanto de natureza privada, como pública; promover a cooperação técnico-administrativa, em todos os aspectos consolidados na organização social de saúde.

4.2. Valores

- *Responsabilidade Social*
- *Capacitação*
- *Comunicação*
- *Ética*

- *Humanização*
- *Integração*
- *Reabilitação*
- *Equilíbrio*
- *Percepção*
- *Valorização*
- *Transparência*

O Instituto Alpha tem como premissa que todos nossos usuários são especiais, e que é nosso dever e missão proporcionar assistência humanizada, valorizando o indivíduo nas suas diferenças peculiaridades.

Áreas de atuação na Saúde: Hospital, UPA, PSF, UBS, CAPS, Pronto Socorro/Atendimento, SAMU, entre outros.

Todos os municípios que temos firmados Contratos de Gestão ou Termos de Colaboração são acompanhados pela nossa equipe em subsedes (escritórios administrativos locais) equipados com todo o suporte físico e tecnológico que comporta a execução dos projetos com êxito.

A instituição prestação de serviços com instituições públicas e privadas na elaboração, acompanhamento e gestão de projetos nas áreas de Saúde estão devidamente corroboradas pelos atestados de capacidade técnica.

Através de suas parcerias o Instituto vem realizando diversos projetos visando garantir a plena cidadania, defendendo a saúde e a vida, preenchendo um espaço

técnico de apoio e realização de ações em conjunto com as Secretarias de Saúde, trabalhando ombro a ombro na construção do sistema de saúde preciso e necessário ao cidadão.

O processo saúde-doença não se resolve somente com boas intenções, resolvendo os problemas de doenças e garantindo a saúde. Hoje a complexidade tecnológica inerente à saúde não mais permite que, de forma messiânica os dirigentes, técnicos e trabalhadores dos serviços se joguem na empreitada de garantir uma vida saudável aos munícipes; é preciso que utilizemos todos os recursos disponíveis, sejam financeiros, sejam humanos, sejam tecnológicos, para enfrentarmos estas tarefas.

A Entidade se baseia num estudo prévio junto ao ente contratante a fim de que possa prestar o mais eficaz e eficiente serviço, de acordo com as normas técnicas, jurídicas e financeiras voltadas para as Organizações Sociais sem fins lucrativos.

A experiência profissional dos nossos dirigentes e consultores na gestão de sistemas de saúde, fez com que o Instituto Alpha fosse criado com uma proposta que o diferencia e o torna efetivamente um parceiro na implementação de políticas e ações de saúde.

4.3. Parcerias

Resumidamente apresentamos abaixo alguns dos projetos executados e que ainda estão em andamento pela entidade.

- **Barurei / SP –2015** – Projeto de desenvolvimento de ações de cooperação técnica-operacional junto ao Instituto Hygia Saúde, prestando Serviços públicos de gestão de Saúde de forma eficiente e de qualidade no Hospital Municipal de Barueri, Dr. Francisco Moran, funcionando 24horas e contando com 301 leitos, Pronto Socorro, Pronto atendimento e Centro Cirúrgico.

  - ✓ Equipe médica em diversas áreas com atendimentos escalonados e coberturas imediatas quando solicitadas pelo parceiro público;
  - ✓ Treinamento da equipe médica e não médica para atendimento;
  - ✓ Gestão e acompanhamento pela equipe administrativa na unidade hospitalar junto com o parceiro público.

- **São Roque / SP – 2015** - Projeto de desenvolvimento de serviços médicos na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Roque Hospital e Maternidade Sotero de Souza, funcionamento 24 horas no Pronto Socorro, Maternidade (Obstetrícia e Ginecologia).

  - ✓ Equipe médica em diversas áreas do Hospital com atendimentos escalonados e coberturas imediatas quando solicitadas pelo parceiro público;
  - ✓ Procedimentos cirúrgicos e médicos relacionados ao objeto do contrato;
  - ✓ Treinamento da equipe médica e não médica para atendimento;
  - ✓ Gestão e acompanhamento pela equipe administrativa na unidade hospitalar junto com o parceiro público.

- **Cubatão /SP – 2016 a 2018** – Projeto de Gestão de serviços médicos nas Unidades de Urgência e Emergência (Pronto Socorro Central, Pronto Socorro Infantil e Serviço de Atendimento Móvel às Urgências – SAMU) com funcionamento 24 horas no Município de Cubatão/SP com atendimento médio diário de 350 pacientes.

  - ✓ Equipe médica nas áreas: Clínica Geral, Emergência, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Ortopedia, Semi Intensiva, Pediatria com atendimentos escalonados e coberturas imediatas quando solicitadas pelo parceiro público;
  - ✓ Fornecimento e acompanhamento de ambulâncias para atender as necessidades da Urgência e Emergência do Município;
  - ✓ Fornecimento de alimentação adequada aos pacientes e acompanhantes das unidades do Pronto Socorro Central e Infantil;
  - ✓ Fornecimento de Oxigênio líquido para abastecer as unidades da Urgência e Emergência;
  - ✓ Fornecimento de exames laboratoriais para a demanda da Urgência nas Unidades;
  - ✓ Fornecimento exames de imagem (Raio X) para atender a demanda das Unidades;
  - ✓ Manutenção do funcionamento do Banco de Sangue para atender a demanda do Município;
  - ✓ Infra-estrutura tecnológica;

- ✓ Manutenção e suporte do sistema informatizado implantado pela Instituição que abrange todas as áreas da Unidade do Pronto Socorro,
- ✓ Treinamento da equipe médica e não médica para atendimento;
- ✓ Gestão e acompanhamento pela equipe administrativa *"in loco"* nas unidades junto com o parceiro público.

- **Franco da Rocha –** Gestão de Residências Terapêuticas Tipo II, por intermédio de Termo de Colaboração, para recebimento de pacientes com transtornos mentais, a fim de integrá-los ao convívio social, mediante cuidados terapêuticos, com aplicação de oficinas, palestras e outras atividades pertinentes ao objeto contratual.

- ✓ Equipe de enfermagem nas residências terapêuticas
- ✓ Cuidadores para o devido tratamento e atendimento aos pacientes;
- ✓ Elaboração e aplicação de oficinais para reintegrar o portador de transtorno mental à sociedade;
- ✓ Responsável pela nutrição e alimentação dos pacientes;
- ✓ Locomoção e remoção de pacientes para as residências terapêuticas e/ou para outros locais.

5. INTRODUÇÃO

A saúde é condição essencial para a construção da felicidade humana, sendo um processo civilizatório.

Nos quase trinta anos de existência formal do Sistema Único de Saúde, vários desafios tem-se colocado para a construção tecnológica e administrativa da rede assistencial proposta.

A tecnologia do cuidado em saúde é complexa, cheia de subjetividade, mudando de acordo com o momento histórico e com os conhecimentos aceitos no momento.

O município de Laranjal Paulista possui uma população de aproximadamente 27.122 habitantes, e uma população dependente do SUS superior a 70%.

Graças ao crescente número de idosos no município, houve uma significativa alteração no perfil morbimortalidade do município devido a predominância das doenças crônicas-degenerativas, como doenças cardiovasculares, gastrointestinais e de trato respiratório.

A taxa de mortalidade infantil em Laranjal Paulista relativa aos últimos três anos tem tido em 05 (cinco) alta em relação à Região Metropolitana de Sorocaba que é de 11,9 / 1000 (a região de Sorocaba é a quinta mais elevada do Estado de São Paulo) e em relação ao Estado que é de 10,9. A taxa de fecundidade é de 2,80 (filhos por mulher), o IDH do município é 0,729, o PIB municipal Per Capita é de aproximadamente R$ 25.898,03/Habitantes.

5.1. Objeto Geral

É objeto deste Edital e seus Anexos a contratação de entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social na área de saúde, no âmbito do município de Laranjal Paulista, para prestação de serviços em **CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTÓLOGICAS, LABORATÓRIO e CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS,** tendo como objeto a gestão, a operacionalização e a execução dos serviços de saúde nestes equipamentos, de acordo com as especificações, o quantitativo, a regulamentação do gerenciamento e a execução de atividades e serviços de saúde e as demais obrigações.

5.2. Objetivos Específicos

a) Prestação gratuita e universal dos serviços de atenção à saúde aos usuários, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e conforme o Termo de Referência do edital.

b) Gestão e logística de suprimentos farmacêuticos e hospitalares utilizados nas unidades de saúde;

c) Gestão, guarda, conservação e manutenção do prédio e terreno e dos bens inventariados pelo Município, incluindo os mobiliários e os equipamentos médico-hospitalares;

d) Contratação e gestão de profissionais de todas as áreas concernentes à gestão, a operacionalização e a execução dos serviços de saúde nos serviços de saúde, de acordo com as especificações, o quantitativo, a regulamentação do gerenciamento e a execução de atividades e serviços de saúde;

e) Execução direta ou subcontratação e gestão, em qualquer caso, dos serviços acessórios necessários ao funcionamento das unidades de saúde, conforme estabelecido no Termo de Referência (Anexo I) e nos respectivos Anexos.

6. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A Atenção Especializada deve ser feita através de um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e serviços de saúde realizados em ambiente com estrutura físico funcional que englobam a utilização de equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados para a produção do cuidado em média e alta complexidade.

O serviço especializado requer a incorporação de processos de trabalho que precisam de maior densidade tecnológica – as chamadas tecnologias especializadas – e deve ser ofertada de forma hierarquizada garantindo a escala adequada para assegurar tanto uma boa relação custo/benefício quanto a qualidade da atenção a ser prestada em continuidade as ações desenvolvidas e referenciadas pela atenção básica.

A atenção especializada tem a função de promover coordenadamente serviços especializados em saúde, oferecendo à população acesso qualificado e em tempo oportuno, porém a insuficiência de oferta e a demanda excessiva pelas ações especializadas acabam dificultando o sistema.

A população alvo da atenção especializada é formada por pessoas que apresentam, naquele instante, a necessidade de cuidados diferenciados e muitas vezes mais intensivos que no nível primário e cuja atenção deve ser qualificada, a fim de atender e resolver os principais problemas demandados pelos serviços de saúde. Os que não forem resolvidos neste nível deverão ser referenciados para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares.

O serviço a ser contratado visa assegurar a prestação de serviços assistenciais em caráter contínuo e eficiente, objetivando o aumento da capacidade de atendimento e a redução da espera para realização de atendimentos, consultas, exames e resultados, referenciados em serviços fora do município, reduzindo assim, custos com transporte de usuários para outras localidades.

O serviço ora contratado promove ainda, a resolução dos problemas de saúde da população, no próprio município de residência, da demanda reprimida e com maior qualidade no atendimento ao usuário.

Pode ser destacada como benefícios adicionais pertinentes a este modelo de serviço, a integralidade do funcionamento do serviço, sem interrupções motivadas por falta de manutenção, falta de insumos ou reposição de peças e ausência de pessoal médico e técnico especializado, pois a empresa Instituto ficará integralmente

responsável pela manutenção predial e pela contratação de pessoal devidamente qualificado.

Com estas ações, não caberá à Prefeitura de Laranjal Paulista a incumbência da contratação de novos médicos, funcionários administrativos e de serviço de agendamento para o funcionamento dos serviços, além daqueles cedidos no inicio do contrato. Adicionalmente, estará garantida maior agilidade e eficiência no atendimento à população, promovendo economia nos processos de trabalho.

6.1. CEO - Centro de Especialidade Odontológica

Conforme descrito em edital, o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) é um estabelecimento de saúde, classificado como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade. Os Centros de especialidades Odontológicas devem estar preparados para oferecer à população, no mínimo, os seguintes serviços: Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca; Periodontia especializada; Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; Endodontia; Atendimento a portadores de necessidades especiais.

O centro é uma das frentes de atuação do Brasil Sorridente. O tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica. Os profissionais da atenção básica são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento aos centros especializados apenas casos mais complexos.

O CEO de Laranjal Paulista está cadastrado, mas não está habilitado. Necessita de profissionais para atender as especialidades para se habilitar. Os procedimentos obrigatórios e necessários para serem realizados no CEO são:

Especialista	Procedimento
Cirurgião dentista – Clínica Geral	Aplicação de cariostatico (por dente); aplicação de selante (por dente); aplicação tópica de flúor (individual por sessão); evidenciação de placa bacteriana; selamento provisório de cavidade dentaria; capeamento pulpar; restauração de dente decíduo; restauração de dente permanente anterior; restauração de dente permanente posterior; pulpotomia dentaria; raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante); raspagem alisamento subgengivais (por sextante); exodontia de dente decíduo; exodontia de dente permanente.
Cirurgião dentista - Necessidades Especiais	Atendimentos básicos restaurativos e cirúrgicos a pacientes com necessidades especiais sistêmicas
Diagnóstico Bucal	Manejo clínico e cirúrgico-ambulatorial de lesões da mucosa bucal e dos ossos maxilares. Ex.: processos proliferativos não neoplásicos, neoplasias benignas, doenças infecciosas (bacterianas, fúngicas e virais), doenças mucocutâneas, manifestações bucais de doenças sistêmicas; Semiotécnica para diagnóstico de lesões bucais; Solicitação de exames complementares pré-operatórios ou de necessidade diagnóstica para manifestações bucais. Ex.: hemograma, sorologia e/ou exames imaginológicos. Avaliação do usuário com queixa de alteração bucal em tecidos moles e/ou duros, identificando as alterações não compatíveis com a normalidade. Diagnóstico e tratamento de lesões prevalentes da mucosa bucal tais como: hiperplasia fibrosa inflamatória, estomatite protética, herpes recorrente, gengivo-estomatite herpética primária, estomatite aftosa recorrente, candidíase e queilite angular, tratamento e remoção de fatores traumáticos da mucosa bucal tais como próteses mal-adaptadas, dentes ou restaurações fraturadas e raízes residuais, hábitos para-funcionais, triagem de pacientes com mais de 40 anos, fumantes e etilistas ou pacientes de pele clara com histórico de exposição solar excessiva. Biópsia e a citologia esfoliativa assim como demais exames complementares . Diagnóstico e tratamento das lesões bucais por meio de exames clínicos e complementares, biópsia, terapêutica cirúrgica (nível ambulatorial) e medicamentosa, quando pertinente; e planejamento do atendimento odontológico do paciente ontológico que será submetido à radioterapia ou quimioterapia.
Periodontista	Raspagem corono enxerto gengival; gengivectomia (por sextante); gengivoplastia (por sextante); tratamento cirurgico periodontal (por sextante).
Cirurgia Oral Menor	Biopsia dos tecidos moles da boca; biopsia de glândula salivar; biopsia de osso do cranio e da face; tratamento de nevralgias faciais; frenectomia correção cirúrgica de fistula oronasal/ oro drenagem de abscesso da boca e anexos; excisão de ranula ou fenomeno de retencao salivar; excisão e sutura de lesão na boca; excisão em cunha do lábio; exerese de cisto odontogenico e não contenção de dentes por splintagem; redução cruenta de fratura alvéolo; redução incruenta de fratura alvéolo; redução incruenta de luxação temporo alveolotomia / alveolectomia (por arco dentário; aprofundamento de vestibulo oral (por sextante); correção de bridas musculares; correção de irregularidades de rebordo alveolar; correção de tuberosidade do maxilar; curetagem periapical; enxerto ósseo de área doadora intrabucal; excisão de calculo de glandula salivar; excisão de glândula submandibular / submaxilar /sublingual; exodontia multipla c/ alveoloplastia por sextante glossorrafia; marsupializacao de cistos e

	pseudocistos odontoseccao / radilectomia / tunelizacao; reconstrução de sulco gengivo; reconstrução parcial do lábio traumatizado; reimplante e transplante dental (por elemento); remoção de cisto; remocao de corpo estranho da regiao buço remoção de dente retido (incluso / impactado); remoção de foco residual; remoção de torus e exostoses; retirada de material de sintese ossea / dentaria; selamento de fistula cutanea odontogenica; sinusotomia maxilar unilateral; tratamento cirúrgico de fistula intra / extra; tratamento cirúrgico de hemorragia buço; tratamento cirúrgico p/ tracionamento dental; tratamento de alveolite; tratamento emergencial p/ redução de fratura alvéolo ulotomia/ulectomia
Endodontista	Obturação de dente decíduo; obturação em dente permanente birradicular; obturação em dente permanente c/ tres ou mais raízes; obturação em dente permanente unirradicular; retratamento endodontico em dente permanente;biretratamento endodontico em dente permanente c/ 3 ou mais raízes; retratamento endodontico em dente permanente uni selamento de perfuração radicular
Protesista	Moldagem, confecção, entrega de totais, parciais removíveis e/ou fixas adesivas.

Necessário também a permanência de Auxiliar de Saúde bucal (ASB) para atendimento no CEO, sendo a função desses profissionais:

a) organizar e executar atividades de higiene bucal;

b) processar filme radiográfico;

c) preparar o paciente para o atendimento;

d) auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas, inclusive em ambientes hospitalares;

e) manipular materiais de uso odontológico;

f) selecionar moldeiras;

g) preparar modelos em gesso;

h) registrar dados e participar da análise das informações relacionadas ao controle administrativo em saúde bucal;

i) executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho; j) realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

k) aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

l) desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de riscos ambientais e sanitários; realizar em equipe levantamento de necessidades em saúde

bucal; e,

m) adotar medidas de biossegurança visando ao controle de infecção

Além dos ASB faz-se necessário também a permanência de Técnico de Saúde bucal (TSB) para atendimento no CEO, sendo que a função desses profissionais:

a) participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;

b) participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;

c) participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;

d) ensinar técnicas de higiene bucal e realizar a prevenção das doenças bucais por meio da aplicação tópica do flúor, conforme orientação do cirurgiãodentista;

e) fazer a remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;

f) supervisionar, sob delegação do cirurgião-dentista, o trabalho dos auxiliares em saúde bucal;

g) realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;

h) inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;

i) proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares;

j) remover suturas;

k) aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

l) realizar isolamento do campo operatório; e,

m) exercer todas as competências no âmbito hospitalar, bem como instrumentar o cirurgião-dentista em ambientes clínicos e hospitalares.

Prestará seus serviços no horário das 07h00min as 16h00min, de segunda à sexta- feira com o dever de acolher e atender a todos os usuários que buscarem assistência referenciada.

6.1.2. Descrição da unidade:

O prédio que atualmente está instalado o CEO é alugado e adequado para as necessidades e tem área do terreno de construção aproximadamente de 183,46 m². Dentro da área construída constam seguintes ambientes:

Recepção;

Sala de espera e convívio;

01 sanitário público para PNE;

03 consultórios odontológicos;

Sala de esterilização;

Sala administrativa;

01 depósito;

01 sanitário para os funcionários;

Copa.

Equipe Necessária

Profissional	Existente	Necessário	Total Total
Auxiliar de Saúde bucal	1	1	2
Técnico de Saúde Bucal		1	1
Recepção		1	1
Limpeza		1	1
Profissional	**Carga horária *existente**	**Carga horária *Necessária**	**Carga horária *Total**
Cirurgião dentista – Clínico geral		10h	10h
Periodontista		10h	10h
Atendimento a pacientes especiais		10h	10h
Bucomaxilofacial		10h	10h
Endodontista		10h	10h

*** carga horária semanal**

6.2. Laboratório Municipal

Conforme descrito em edital o Laboratório Municipal está localizado à Rua Vital Brasil em prédio próprio em bom estado de conservação com equipamentos e mobiliários conservados. Realiza todos os exames solicitados pela Rede Básica de Saúde e da Santa Casa.

O laboratório realiza coleta de material diariamente e mantém coleta descentralizada nas unidades de saúde localizada nos Distritos de Maristela e Laras duas vezes na semana em cada unidade.

Prestará seus serviços no horário das 07h00min as 16h00min, de segunda à sexta - feira .

O Laboratório tem sistema de informatização integrado com as unidades de saúde disponibilizando os laudos nos prontuários dos pacientes. O sistema também permite o interfaceamento com os equipamentos que realizam os exames.

6.2.1. Exames realizados

Exames	
TSH	PARASITOLOGICO FEZES 1 AMOSTRA
GLICOSE	PARASITOLOGICO FEZES 2 AMOSTRAS
GRUPO SANGUÍNEO	PARASITOLÓGICO FEZES 3 AMOSTRAS
COLESTEROL TOTAL	PESQUISA SANGUE OCULTO NAS FEZES
TRIGLICERIDEOS	HEMOGRAMA COMPLETO
ACIDO URICO	ESTIMATIVA TAXA FILTRAÇÃO GLOMERULAR
UREIA	VHS
CREATININA	URINA I
ALFA1-GLICOPROTEINA ÁCIDA	PARASITOLOGICO FEZES
AMILASE	ANTI HIV 1/2
FOSFATASE ALCALINA	TEMPO DE COAGULAÇÃO
BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	TEMPO DE SANGRAMENTO
TGO	ERITROGRAMA
TGP	EXAME A FRESCO SECREÇÕES URETRAL/VAGINAL
CÁLCIO SÉRICO	BACTERIOSCÓPICO
FERRO SÉRICO	HDL COLESTEROL
PCR - PROTEÍNA C REATIVA	LDL COLESTEROL
ASLO	VLDL COLESTEROL
VDRL	T4 LIVRE - DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE
BETA HCG	GLICEMIA PÓS-PRANDIAL
FATOR RUMATÓIDE	TESTE RÁPIDO *Treponema pallidum*
TOXOPLASMOSE IGG	CAPTURA DE ANTÍGENO NS1 DO VÍRUS DA DENGUE
TOXOPLASMOSE IGM	SÓDIO
ANTI-HBS	TTPA - TEMPO TROBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA
HBSAG	TP - TEMPO DE PROTROMBINA
ANTI-HBc TOTAL	POTÁSSIO
ANTI HCV	LITIO
PESQUISA DE OXIURUS (SWAB ANAL)	HEMOGLOBINA GLICADA
PSA TOTAL	TESTOSTERONA LIVRE
LH - HORMONIO LUTEINIZANTE	TESTOSTERONA TOTAL
GAMA GT - GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE	FSH - HORMONIO FOLÍCULO ESTIMULANTE
DOSAGEM FERRITINA	
CPK - CREANINOFOSFOQUINASE	
COLETA SANGUE - OUTROS	

6.2.2. Descrição da unidade

A área do terreno e de construção é de 163,04 m². Dentro da área construída constam seguintes ambientes:

Recepção/sala administrativa; Sala de espera e convívio; 01 sanitário público para PNE; 02 sanitários públicos feminino e masculino; Sala de coleta; Hematologia; Bioquímica; Esterilização; Imunologia; Microbiologia 01 depósito; 01 almoxarifado; 02 sanitários para os funcionários; Copa.

Equipe Necessária

Profissional	Existente	Necessário	Total
Biomédico	2		2
Auxiliar de Laboratório	2		2
Técnico de laboratório		2	2
Recepção		1	1
Limpeza		1	1

6.3. Centro de Especialidades Médicas

Conforme edital o Centro de especialidades medicas está em prédio próprio, recém inaugurado, e situa-se à Rua Murilo de Freitas, 136, Bairro São José.

A unidade atende as especialidades médicas e não médicas de média e alta complexidade aos pacientes referenciados pela atenção básica, sendo que as consultas são agendadas no próprio serviço.

6.3.1. Atendimentos/ no Centro de Especialidades:

PROCEDIMENTO
Pequenas cirurgias
Procedimento em fonoaudiologia
Consulta de ortopedia
Consulta de oftalmologia
Consulta de urologia
Consulta de infectologia
Consulta de neurologia
Consulta anestesia
Consulta de gastroenterologia
Consulta psiquiatria
Consulta com nutricionista
Consulta com psicólogo
Consulta endocrinologia
Consulta vascular
Consulta otorrinolaringologia
Consulta cardiologia
Eletroencefalografia
Ecocardiograma
Teste ergométrico
Mapeamento
Holter
Audiometria
Imitansiometria
Logoaudiometria
Biopsia de próstata
Ultrassonografia

6.3.2. Descrição da unidade:

A área do terreno é de 300,09 m², sendo que a área de construção é de 210,21 m². Dentro da área construída constam seguintes ambientes:

Recepção; Sala de espera e convívio; 02 sanitários públicos para PNE; Sala de fonoaudiologia; Consultório médico (com sanitário anexo); Sala de pequenas cirurgias, otorrino e oftalmologia; Consultório de Psicologia; Consultório de Psiquiatria; Consultório de Nutrição; Sala de ultrassom (com sanitário anexo); Sala de esterilização; Agendamento/Fichário; 02 Almoxarifados; Copa.

Equipe Necessária

Profissional	Existente	Necessário	Total
Enfermeiro		1	1
Auxiliar de Enfermagem		1	1
Técnico de Enfermagem		1	1
Recepção	1	1	
Limpeza		1	1
Fonoaudiólogo	2		2
Nutricionista	1		1
Psicóloga		2	2
Profissional	**Carga horária * existente**	**Carga horária* Necessária**	**Carga horária* Total**
Psiquiatra		30h	30h
Cirurgião		05h	05h
Ortopedista		15h	15h
Oftalmologista	10h		10h
Urologista	10h		10h

Infectologista		05h	05h
Neurologista		05h	05h
Anestesista		05h	05h
Gastroenterologista	10h		10h
Endocrinologista		05h	05h
Cirurgião vascular		05h	05h
Otorrinolaringologista		05h	05h
Cardiologista		05h	05h
Radiologista		12h	12h

*** carga horária semanal**

6.4. Relatório de Visita Técnica

GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE – MUNICIPIO DE LARANJAL PAULISTA

RELATÓRIO VISITA TÉCNICA

Unidades de Saúde

a) LABORATÓRIO CENTRAL

b) CENTRO ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

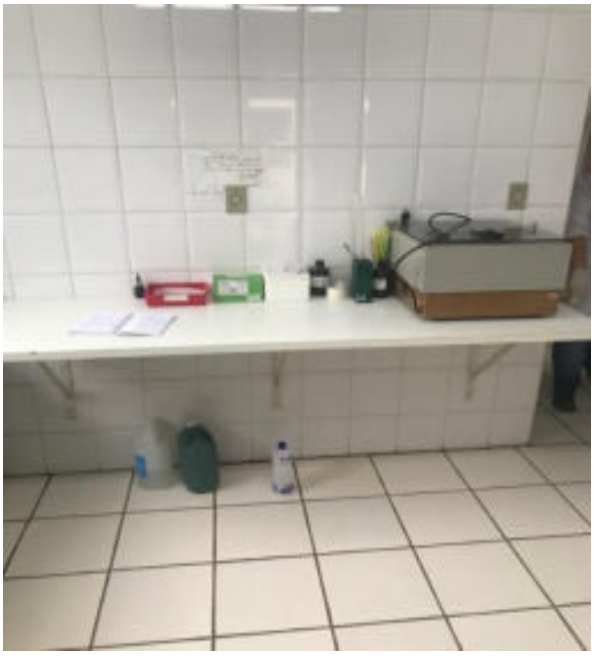
c) CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

a) LABORATÓRIO CENTRAL

INFRAESTRUTURA:

Conforme descrita no Edital, o Laboratório Central dispõe de todos os ambientes apesentados no referido Edital, o imóvel apresenta bom estado de conservação, equipamentos e mobiliários em bom estado de conservação.

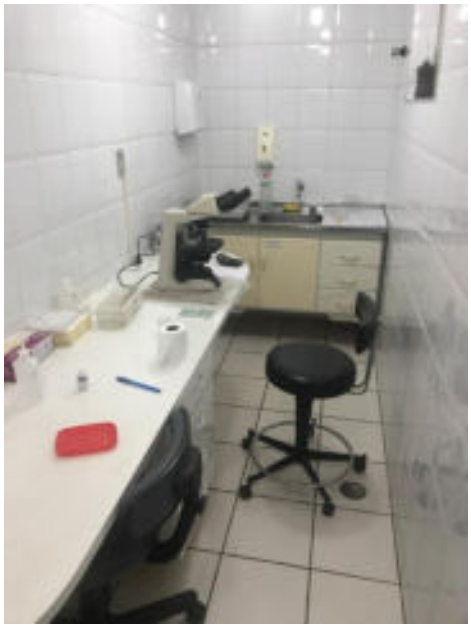
Sala de esterilização e Parasito



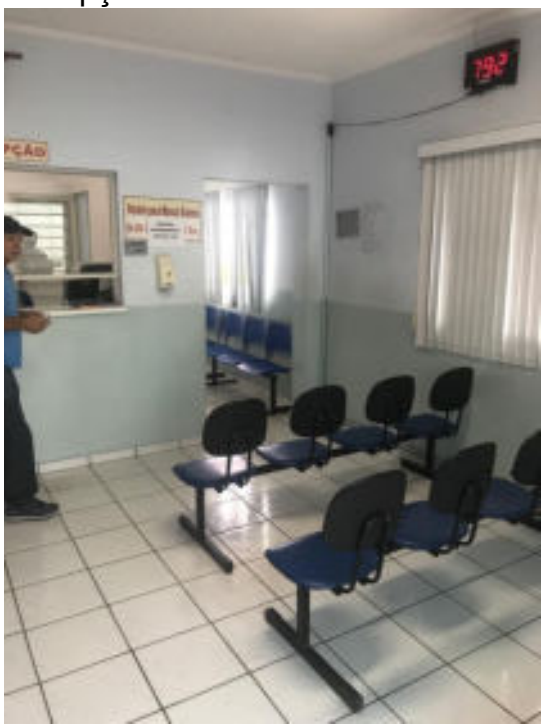
Hematologia

Bioquimica e Urina

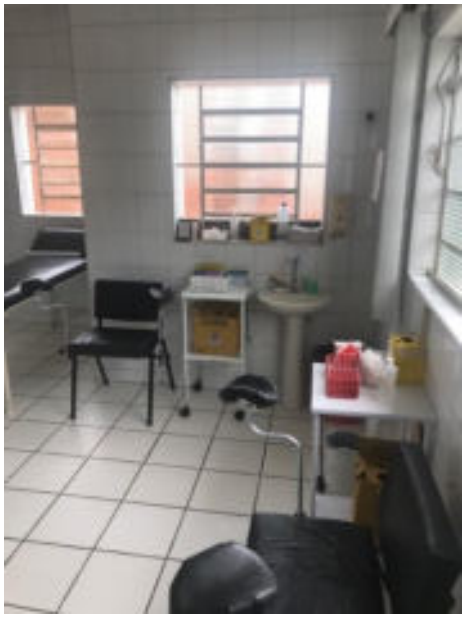
Imunologia



Recepção



Sala de Coleta



B) CENTRO DE ESPECIALIDADE ODONTOLÓGICA

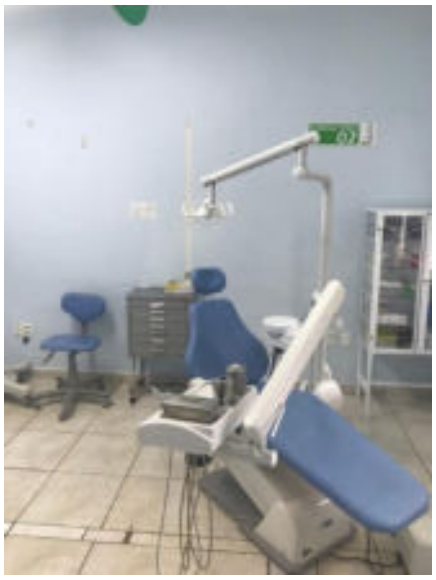
INFRAESTRUTURA:

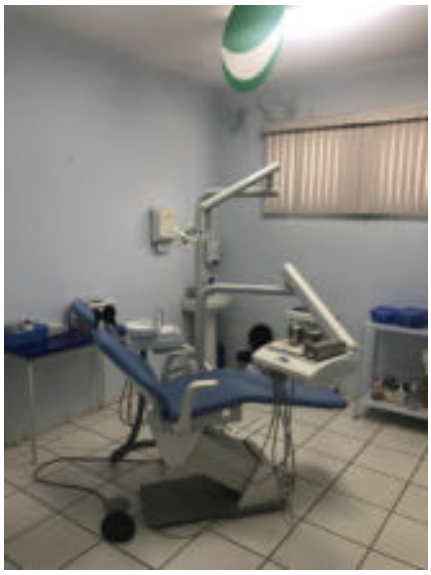
O prédio apresenta estado satisfatório para as atividades propostas, porém há necessidade de adequações para resolver problemas de infiltrações verificadas nas salas de atendimento odontológico e nos fundos do imóvel.

Parte Externa

Espaço dos Compressores

Salas de Atendimento Odontológico

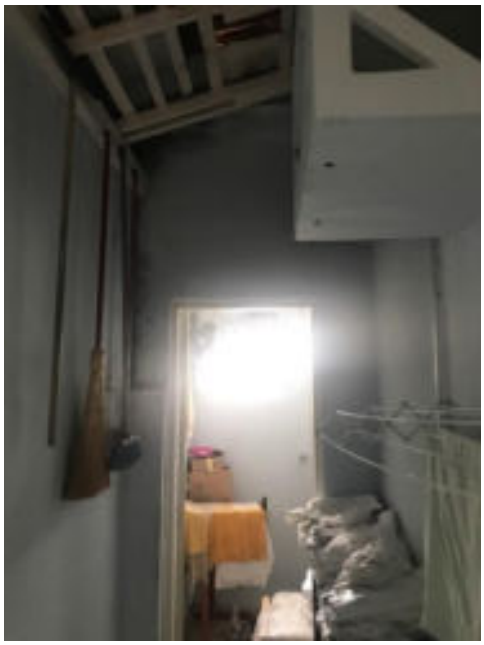




Recepção

Sala de Esterilização

Depósito de Material de Limpeza



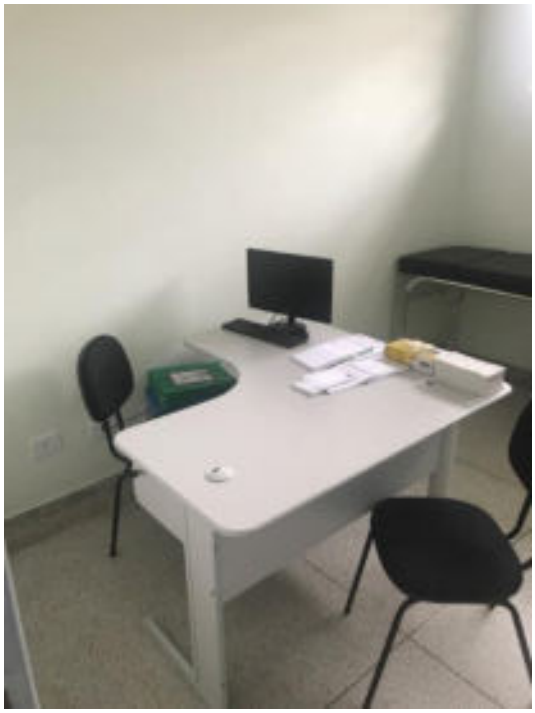
C) CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

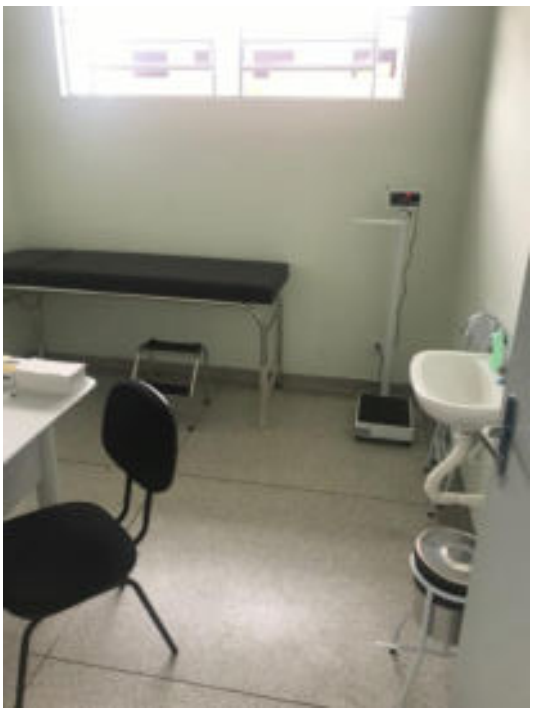
Prédio com excelente infraestrutura para atendimento a população, verificamos, que não há aparelhos de ar condicionado nem computadores nas salas, equipe local informou que os equipamentos já estão comprados, porém não instalados.

Parte Externa

Recepção

Consultórios





Esterilização

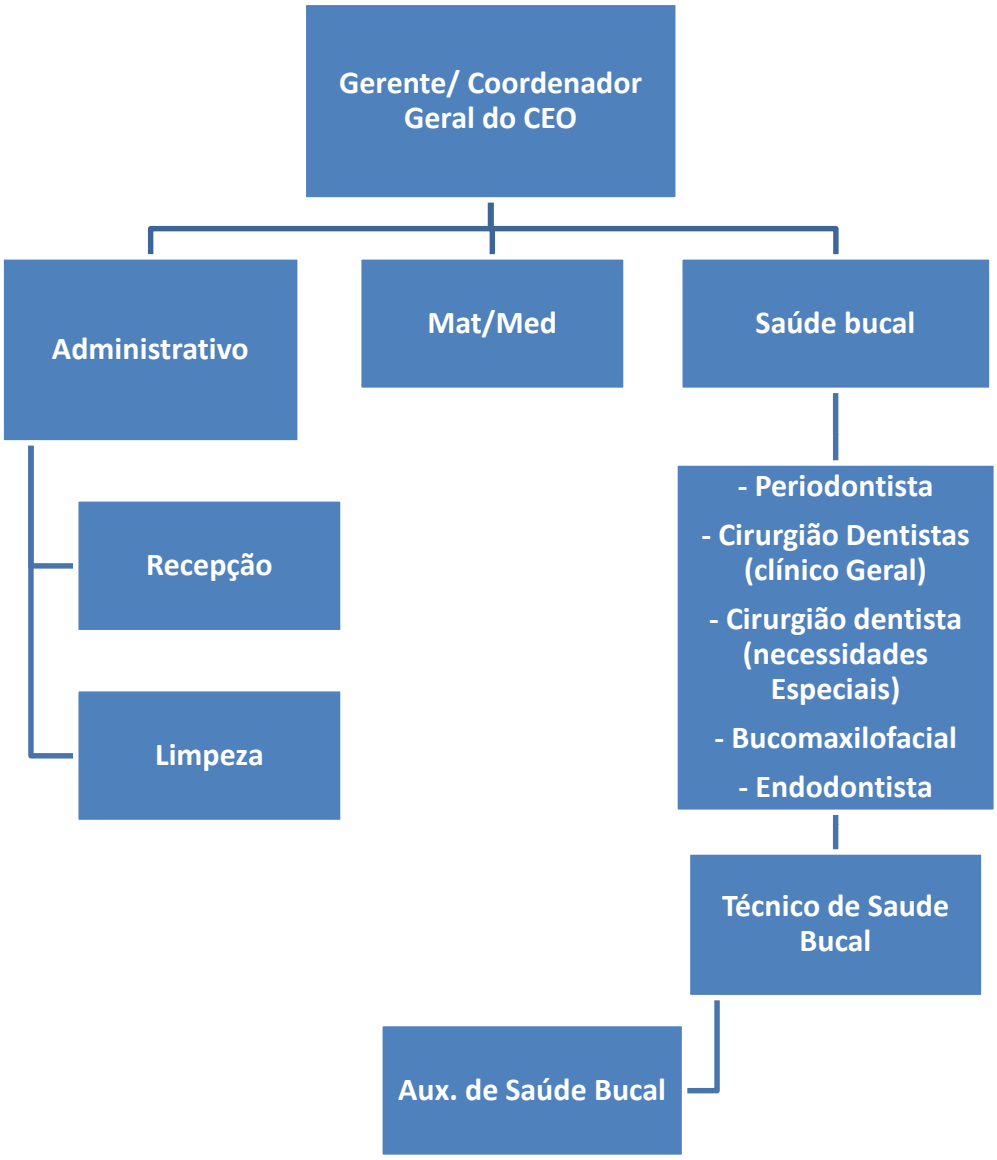
Almoxarifado

Consultório Oftalmologia

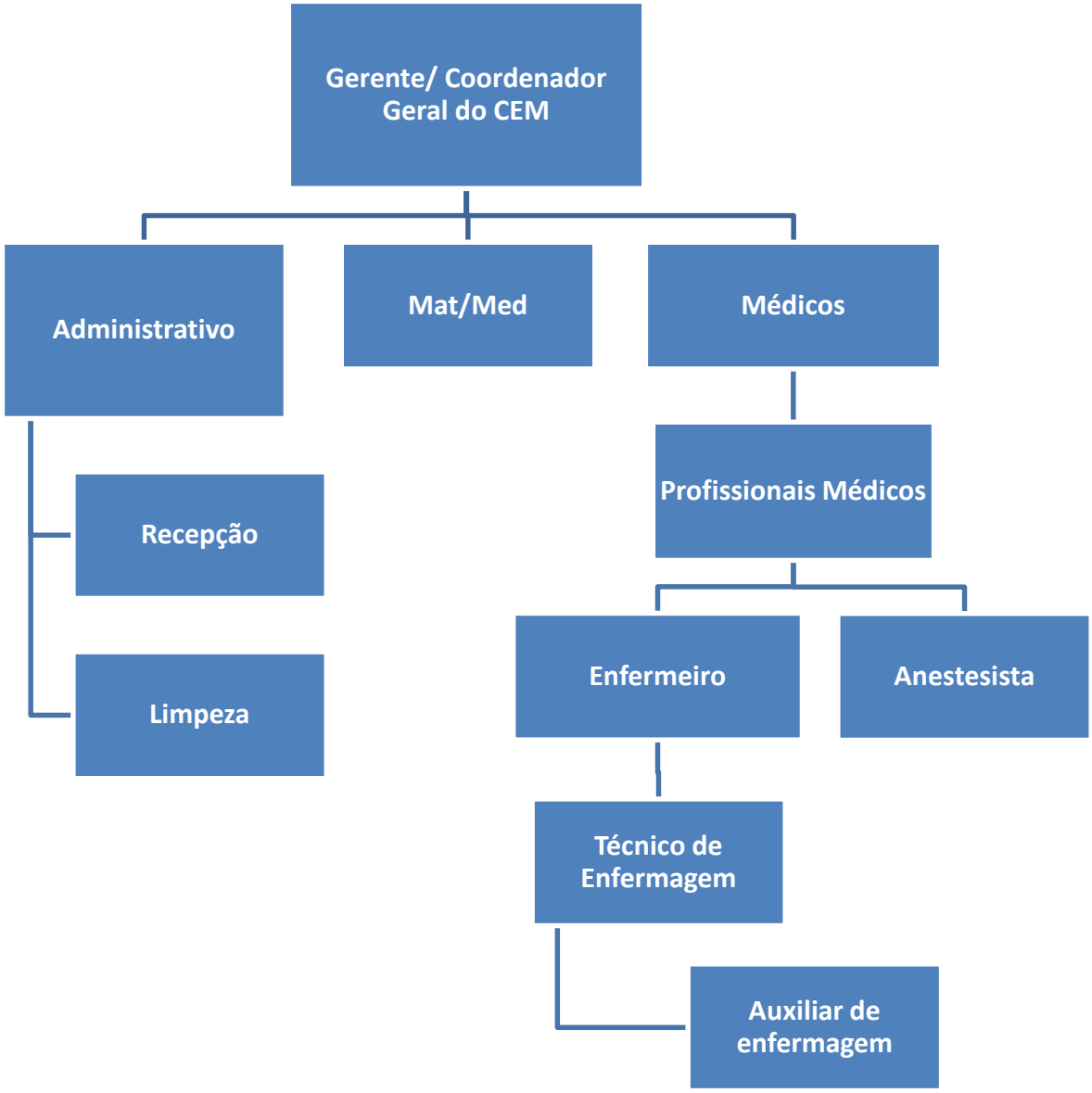
Sala de Fonoaudiologia

7. ORGANOGRAMAS PROPOSTOS

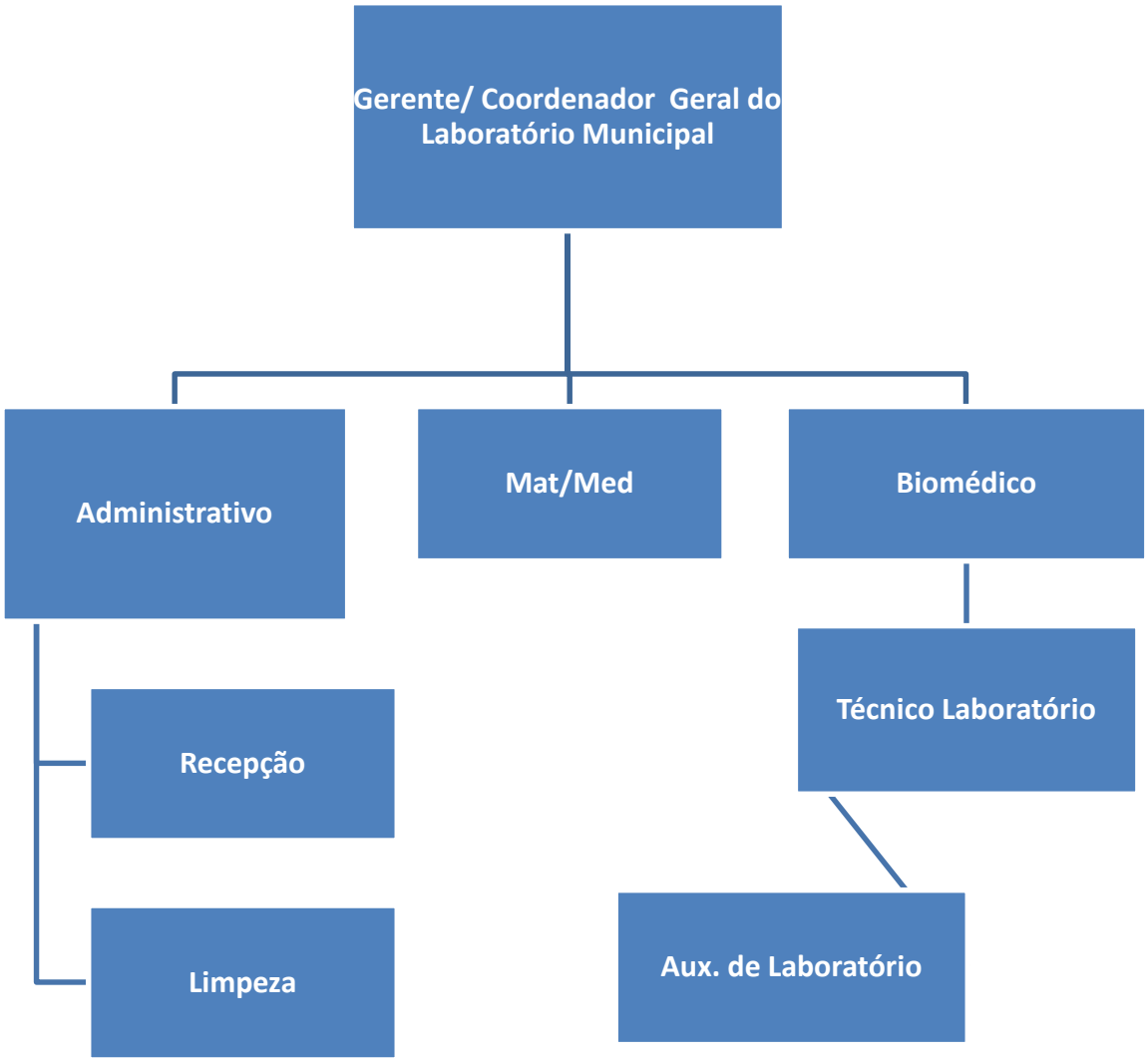
7.1. Organograma CEO



7.2. Organograma CEM



7.3. Organograma Loboratório Municipal



8. PROTOCOLOS PARA OS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM E RECEPÇÃO

8.1. POP 1 - Preparo de Medicamento para Administração por Via Parenteral

Definição

Método para o preparo de medicamentos não absorvíveis pelo trato gastrointestinal.

Objetivo

Oferecer segurança e qualidade nas medicações realizadas pela via parenteral.

Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Bandeja;

Algodão;

Álcool a 70%

Seringa descartável, com dispositivo de segurança, apropriada à via de administração e volume;

Agulha descartável apropriada;

Medicamento prescrito;

Etiqueta para identificar o medicamento.

Descrição do procedimento

- Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;
- Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;
- Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;
- Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura, e outros quesitos e solicitar para outro professional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos da medicamento a ser administrado;

Se for Ampola:

- Observar se toda o medicamento está na parte inferior da ampola;
- Limpar o gargalo com algodão embebido em álcool a 70%;
- Montar a seringa com agulha de grosso calibre;
- Quebrar a ampola utilizando algodão ou gaze;

- Segurar a ampola entre os dedos indicador e médio de uma das mãos, e com a outra pegar a seringa e introduzir cuidadosamente dentro da ampola sem tocar as bordas externas, com o bísel voltado para baixo, em contato com o líquido;
- Aspirar a dose prescrita;

Se for Frasco-Liófilo

- Retirar o lacre metálico do frasco superior, limpar a borracha e o gargalo da ampola com o diluente, usando algodão embebido em álcool a 70%;
- Aspirar o diluente da ampola e introduzir o líquido no frasco ampola;
- Retirar a seringa, sem contaminar a agulha;
- Realizar rotação do frasco entre as mãos para misturar o líquido ao pó, evitando a formação de espuma;
- Colocar ar na seringa, na mesma quantidade do líquido que será aspirado do frasco;
- Erguer o frasco verticalmente, com a borracha voltada para baixo, logo após introduzir a agulha, que está conectada à seringa, no mesmo e injetar o ar, aspirando a dose prescrita;

Se for Frasco-Ampola:

- Retirar o lacre metálico superior;
- Limpar a borracha com algodão embebido em álcool a 70%; Montar seringa com agulha de grosso calibre;
- Colocar ar na seringa na mesma proporção da quantidade do líquido a ser aspirado;
- Erguer o frasco verticalmente, com a borracha voltada para baixo, logo após introduzir a agulha, que está conectada a seringa, no mesmo e injetar o ar;

- Aspirar a dose prescrita;

Ao final do preparo:

- Deixar a seringa/ agulha para cima em posição vertical, expelindo todo o ar que tenha penetrado;
- Proteger a agulha com protetor próprio;
- Trocar a agulha conforme a especificidade do paciente, líquido e via de administração;
- Identificar com nome do paciente, nome do medicamento, via de administração, horário de administração e colocar na bandeja;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Higienizar as mãos;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas.
- Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos;
- Solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013;
- Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço;
- Preparar o medicamento a ser administrada na presença do paciente;
- Antes de administrar qualquer medicamento, assegure-se de que ele está na temperatura ambiente, evitando dessa forma a ocorrência de hipotermia;
- Durante a reconstituição, diluição e administração dos medicamentos, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou

cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procure a orientação do farmacêutico;

- Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com nome do paciente, nome e quantidade do medicamento, data e horário da diluição;
- Quando necessário diluir o medicamento em soro compatível, como SF 0,9% ou SG 5%.
- Permanecer na unidade pós administração de medicamentos injetáveis para observação.

8.2. POP 2 - Administração de Medicamento por Via Intravenosa

Definição

Método de administração de medicamentos ou soluções através de uma veia.

Objetivo

- Permitir absorção rápida do medicamento;
- Aplicar medicamentos a clientes impossibilitados de utilizar outra via;
- Administrar doses elevadas de medicamentos e soros;
- Manter / reestabelecer o equilíbrio hidroeletrolítico.

Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Bandeja;

Luva de procedimento;
Algodão;
Garrote;
Etiqueta para identificar o medicamento;
Seringa descartável com dispositivo de segurança;
Agulha descartável 1,20x25 (18G) – para aspiração/preparo do medicamento;
Medicamento/solução prescrita;
Solução prescrita para diluição do medicamento;
Equipo micro ou macrogotas (se necessário);
Cateter intravenoso periférico – Abocath ou dispositivo de infusão intravenoso - Scalp com número adequado para quantidade e velocidade de infusão;
Esparadrapo ou micropore.

Descrição do procedimento

- Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;
- Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;
- Conferir o prescrito (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;
- Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura, e outras quesitos;

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos da medicamento a ser administrado;
- Calçar luvas de procedimento;
- Verificar o local onde será realizada a punção venosa, atentar para possíveis restrições de local (mastectomia, distúrbios de coagulação, cateterismo e fístulas);
- Realizar antissepsia da pele;
- Garrotear aproximadamente 10 cm acima do local escolhido para a realização da punção venosa, solicitar ao paciente a realização do movimento de abrir e fechar das mãos;
- Utilizar o dispositivo mais adequado para infusão do medicamento conforme as indicações a seguir:
- Punção com Scalp:
- Realizar a punção com o bisel do scalp voltado para cima;
- Observar se há retorno venoso, se sim, soltar o garrote;
- Conectar o equipo e iniciar a infusão, controlar o gotejamento de acordo com o tempo em que a solução deve ser administrada;
- Fixar o dispositivo com micropore ou esparadrapo e orientar o paciente quanto aos cuidados para não se perder o acesso venoso.
- Punção com cateter intravenoso periférico (Abocath):
- Realizar a punção com o bisel do abocath voltado para cima;
- Observar se há retorno venoso no dispositivo, se sim, introduzir o cateter, remover a agulha ou acionar o dispositivo de recolhimento automático;
- Soltar o garrote;

- Conectar o equipo e iniciar a infusão, controlar o gotejamento de acordo com o tempo em que a solução deve ser administrada;
- Fixar o dispositivo com micropore ou esparadrapo e orientar o paciente quanto aos cuidados para não se perder o acesso venoso.
- Administrar o medicamento no tempo correto, conforme prescrição ou indicação do fabricante, observando atentamente o retorno venoso, o paciente, e as reações apresentadas.
- Após a finalização da administração medicamentosa:
- Retirar o dispositivo escolhido para punção e pressionar o local com algodão;
- Desprezar os materiais perfuro- cortantes em recipiente adequado.
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em planilha de produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas**.**
- **Punção com Scalp**: utilizado para infusão de soluções de grande volume. Deve-se utilizar o dispositivo de tamanho adequado ao calibre da veia escolhida para realização da administração medicamentosa;
- **Punção com Abocath:** utilizado para infusão de soluções de grande volume, e principalmente quando há a necessidade de infusão rápida. Em pacientes com prognóstico de remoção via SAMU, é obrigatória a utilização deste dispositivo.

- Solicitar para outro profissional de enfermagem realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013;
- Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos;
- Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço;
- Preparar o medicamento a ser administrada na presença do paciente;
- Antes de administrar qualquer medicamento, assegure-se de que ele está na temperatura ambiente, evitando dessa forma a ocorrência de hipotermia;
- Durante a reconstituição, diluição e administração dos medicamentos, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procurar a orientação do farmacêutico;
- Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar o frasco com nome do paciente, nome e quantidade do medicamento, data e horário da diluição;
- Quando necessário diluir o medicamento em solução compatível, como SF 0,9% ou SG 5%.
- A OMS preconiza que caso a pele esteja limpa, não há necessidade do uso do álcool a 70% para algumas vias de administração de injetáveis, bem como de alguns imunobiológicos.

Preparo da Pele e desinfecção		
Tipo de Administração	Água e sabão	Álcool a 70%
Intradérmica	Sim	Não
Subcutânea	Sim	Não
Intramuscular – Imunização	Sim	Não
Intramuscular – Terapêutica	Sim	Sim
Acesso Venoso	Não	Sim

Fonte: Adaptado de: WHO best practices for injections and related procedures toolkit, 2010.

8.3. POP 3 - Administração de Medicamentos por Via Intramuscular

Definição

Administração de medicamentos em tecido muscular.

Objetivo

Utilizar o tecido muscular como via de administração de medicamentos, beneficiando-se da rápida absorção de substâncias por esse tecido.

Contraindicação

- Processos inflamatórios locais.
- Medicação trazida em mãos (externas) pelo usuário e fora das especificações técnicas (imunoglobulinas, termolábeis, etc).

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

EPI (luva de procedimento, óculos de proteção);
Bandeja;
Seringa – conforme volume a ser injetado (máximo 5 ml.);
Agulha – comprimento/calibre compatível com a massamuscular e solubilidade
Algodão;
Medicamento prescrito.

Descrição do procedimento

- Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou

acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento preferencialmente com foto;

- Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;
- Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;
- Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada e outras quesitos;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Paramentar-se com os EPIs;
- Questionar se o usuário tem prótese de silicone ou silicone industrial injetado e qual a localização;
- Escolher local da administração e em caso de dúvida, chamar o enfermeiro;
- Realizar antissepsia da pele;
- Firmar o músculo, utilizando o dedo indicador e o polegar;
- Introduzir a agulha com ângulo adequado à escolha do músculo;
- Aspirar observando se atingiu algum vaso sanguíneo (caso aconteça, retirar a agulha do local, desprezar todo material e reiniciar o

procedimento);

- Injetar a solução lentamente, com o polegar na extremidade do êmbolo até introduzir toda a dose;
- Retirar a seringa/agulha em movimento único e firme;
- Fazer leve compressão no local;
- Desprezar os materiais pérfuro- cortantes em recipiente adequado;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreabilidade), assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em planilha de produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- Recomenda-se que, sempre que possível o paciente seja identificado com documento com foto, garantindo a Segurança nas ações desenvolvidas.
- A OMS preconiza que caso a pele esteja limpa, não há necessidade do uso do álcool a 70% para algumas vias de administração de injetáveis, bem como de alguns imunobiológicos.
- Solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013.

Preparo da Pele e desinfecção		
Tipo de Administração	**Água e sabão**	**Álcool a 70%**
Intradérmica	Sim	Não
Subcutânea	Sim	Não
Intramuscular – Imunização	Sim	Não
Intramuscular – Terapêutica	Sim	Sim
Acesso Venoso	Não	Sim

Fonte: Adaptado de: WHO best practices for injections and related procedures toolkit, 2010.

Recomenda-se para adultos, de 2 a 3 ml no deltoide e no máximo 5 ml no dorso ou ventro-glúteo; para bebê e crianças, preferencialmente utilizar a via ventro-glúteaou o vasto lateral da coxa, sendo 0,5 a 1 ml para bebês e até 3 ml para crianças, sempre avaliando e analisando a massa muscular.

O músculo escolhido para administração do medicamento deve ser bem desenvolvido, de fácil acesso e não possuir vasos de grosso calibre ou nervos superficiais. O volume máximo e substância a ser utilizada devem ser compatíveis com a estrutura muscular.

Não é recomendado região dorso-glútea para menores de 2 anos, devido risco de acidentes com nervos e vasos, dada as variações anatômicas, bem como a musculatura pouco desenvolvida, por não serem deambulantes ainda.

A – Locais de aplicação:

O local apropriado para aplicação da injeção intramuscular é fundamental para uma administração segura. Na seleção do local deve-se considerar o seguinte:

- Distância em relação a vasos e nervos importantes;
- Musculatura suficientemente grande para absorver o medicamento;
- Espessura do tecido adiposo;
- Idade do paciente;

- Irritabilidade da droga;
- Atividade do paciente.
- Atentar para a utilização tanto de próteses de silicone quanto do uso de silicone industrial injetado na pele de forma clandestina: geralmente trata-se de material de baixa qualidade, que pode extravasar para outras partes do corpo, comprometendo a administração de medicamentos IM (Vide Parecer COREN n° 20/2009.
- Caso a região glútea (mais comumente mente utilizada em adultos), não seja adequada para a realização do procedimento, escolher a região vasto-lateral ou ventro-glútea, solicitando a avaliação do enfermeiro em caso de dúvidas ou para a escolha da região deltoide. No caso da escolha da administração de medicamento IM em região deltoide, é necessário atentar-se para a diluição em um volume menor de diluente, levando-se em consideração que nesta região o maior volume recomendado é de 3 ml.
- Caso o enfermeiro constate o comprometimento da região do deltoide, deverá informar ao médico para que o tratamento seja prescrito por outra via de administração.

Dorsoglútea (DG):

- Colocar o paciente em decúbito ventral ou lateral, com os pés voltados para dentro, para um bom relaxamento. A posição em pé é contraindicada, pois há completa contração dos músculos glúteos, mas quando for necessário, pedir para o paciente ficar com os pés virados para dentro, pois ajudará no relaxamento;
- Localizar o músculo grande glúteo e traçar uma linha imaginária, a partir da espinha ilíaca póstero-superior até o trocanter do fêmur;
- Administrar a injeção acima dessa linha imaginária;

- Indicada para adolescentes e adultos com bom desenvolvimento muscular e excepcionalmente em crianças com mais de 2 anos, com no mínimo 1 ano de deambulação.

Ventroglútea (VG):

- Paciente pode estar em decúbito sentado lateral, ventral ou dorsal;
- Colocar a mão esquerda no quadril direito do paciente;
- Localizar com a falange distal do dedo indicador a espinha ilíaca anterossuperior direita;
- Estender o dedo médio ao longo da crista ilíaca;
- Espalmar a mão sobre a base do grande trocanter do fêmur e afastar o indicador dos outros dedos formando um triângulo ou "V". Realizar a aplicação dentro dessa área delimitada entre os dedos médios e indicador;
- Indicada para crianças acima de 03 anos, pacientes magros, idosos ou caquéticos.

Vasto Lateral da Coxa:

- Colocar o paciente em decúbito dorsal, lateral ou sentado;
- Traçar um retângulo delimitado pela linha média na região anterior da coxa, (na frente da Perna) e na linha média lateral da coxa (do lado da perna), 12-15 cm do grande trocanter do fêmur e de 9-12 cm acima do joelho, numa faixa de 7-10 cm de largura;
- Indicado para lactantes e crianças acima de 1 mês, e adultos.

Deltoide:

- Paciente poderá ficar sentado ou decúbito lateral;
- Localizar músculo deltoide que fica 2 ou 3 dedos abaixo do acrômio.

Traçar um triângulo imaginário com a base voltada para cima e administrar a medicamento no centro do triângulo imaginário.

B – Escolha correta do ângulo:

- Vasto lateral da coxa – ângulo 45 em direção podálica.
- Deltóide – ângulo 90º.
- Ventroglúteo – angulação dirigida ligeiramente à crista ilíaca.
- Dorso glúteo – ângulo 90º.

C – Escolha correta da agulha:

- Conforme Horta & Teixeira (1973) a dimensão da agulha em relação à solução e à espessura da tela subcutânea (quantidade de tecido abaixo da pele) na criança e no adulto, deve seguir o seguinte esquema:

Faixa Etária	Espessura Subcutânea	Solução Aquosa	Solução Oleosa ou Suspensão
Adulto	Magro	25 x 6/7	25 x 8
	Normal	30 x 6/7	30 x 8
	Obeso	30 x 8	30 x 8
Criança	Magra	20 x 6	20 x 6
	Normal	25 x 6/7	25 x 8
	Obesa	30 x 8	30 x 8

Considerações sobre o Tratamento de Sífilis com Penicilina Cristalina:

- Questionar se o paciente teve previamente reação alérgica ou de hipersensibilidade à algum antibiótico;
- Caso a resposta seja negativa, proceder à administração conforme prescrição médica e, mantendo o paciente em observação por 30 minutos após a aplicação. Esclarecer que este procedimento visa sua segurança,

e que ele deve comunicar qualquer desconforto pós medicação nesse período;

- Registrar data de aplicação e qual a dose (1a, 2a ou 3a) tanto no prontuário, quanto no verso da receita médica;
- Manter na unidade registro de acompanhamento do tratamento (planilhas ou cartões-índice), a fim de facilitar a detecção de abandono de tratamento, atrasos de doses, etc. e convocar o paciente, caso necessário;
- Demais dúvidas sobre o tratamento da Sífilis, consultar o manual do Ministério da Saúde, disponível on-line.

8.4. POP 4 - Administração de Medicamento Via Subcutânea

Definição

Método de administração de medicamentos ou soluções através da hipoderme, conhecida como tecido subcutâneo, através da pele.

Objetivo

Lentificar o tempo de absorção do medicamento administrado.

Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Bandeja;

Luvas de procedimento;
Algodão;
Agulha descartável 1,20x25 (18G) – para aspiração/preparo do medicamento;
Agulha para aplicação (13x4,5 ou 8x4,5);
Seringa de 1 ml;
Medicamento prescrito.

Descrição do Procedimento

- Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento preferencialmente com foto;
- Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;
- Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;
- Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada e outras quesitos;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada;

- Calçar as luvas de procedimento;
- Escolher o local da administração;
- Realizar antissepsia da pele;
- Pinçar com os dedos a pele do local da administração (correta posição das mãos no instante de aplicar a injeção: a seringa deve estar posicionada entre o polegar e o indicador da mão Dominante. O profissional deve segurar a seringa como se fosse um dardo, deixando a palma da mão para cima);
- Introduzir a agulha com o bisel voltado para cima num ângulo 45° a 90°; dependendo da quantidade de tecido subcutâneo no local;
- Aspirar, observando se atingir algum vaso sanguíneo;
- Injetar o líquido lentamente;
- Retirar a agulha com movimento único e firme;
- Fazer leve compressão local com algodão;
- Desprezar os materiais pérfuro- cortantes em recipiente adequado;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em planilha de produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas.
- A OMS preconiza que caso a pele esteja limpa, não há necessidade do uso do álcool a 70% para algumas vias de administração de injetáveis,

bem como de alguns imunobiológicos.

Preparo da Pele e desinfecção		
Tipo de Administração	Água e sabão	Álcool a 70%
Intradérmica	Sim	Não
Subcutânea	Sim	Não
Intramuscular – Imunização	Sim	Não
Intramuscular – Terapêutica	Sim	Sim
Acesso Venoso	Não	Sim

Fonte: Adaptado de: WHO best practices for injections and related procedures toolkit, 2010.

- Sempre que possível, solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013;
- Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos;
- Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço;
- Preparar o medicamento a ser administrado na presença do paciente;
- Durante a reconstituição, diluição e administração das soluções, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso
- ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procure a orientação do farmacêutico ou do enfermeiro;
- Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com data e horário da diluição;
- Na administração de insulina e heparina não realizar massagem após aplicação, para evitar absorção regride.
- Locais de aplicação: região deltoide no terço proximal, face superior externa do braço, face externa coxa, parede abdominal;

- Administrar volume máximo 0,5 a 1 ml (o tecido subcutâneo é extremamente sensível a soluções irritantes e grandes volumes de medicamento);
- Realizar rodízio nos locais de aplicação.

8.5. POP 5 - Administração de Medicamento por Via Intradérmica

Definição

Método de administração de medicamentos ou soluções através da derme.

Objetivo

Realizar imunização com vacina antirrábica e BCG;

Realizar reações de hipersensibilidade.

Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Bandeja;

EPIs (luvas de procedimento e óculos de proteção);

Algodão;

Seringa descartável de 1mL;

Agulha descartável 1,20x25 (18G) – para aspiração/preparo do medicamento;

Agulha 10x5 ou 13x4,5 para administração da substância;

Solução prescrita.

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem
- Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;
- Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;
- Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;
- Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura e outros quesitos;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Escolher o local da administração (pouca pigmentação, pouco pelo, pouca vascularização, fácil acesso para leitura);
- Realizar antissepsia da pele utilizando algodão com álcool 70%, no sentido de baixo para cima;

- Colocar os óculos de proteção;
- Segurar firmemente com a mão o local, distendendo a pele com o polegar e o dedo indicador;
- Introduzir a agulha paralelamente à pele, com o bisel voltado para cima, até que o mesmo desapareça;
- Injetar a solução lentamente, com o polegar na extremidade do êmbolo até introduzir toda a dose;
- Após a finalização da administração, retirar o polegar da extremidade do embolo e a agulha da pele;
- Não friccionar o local;
- Desprezar os materiais pérfuro- cortantes em recipiente adequado.
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreabilidade), assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em planilha de produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- Recomenda-se que, sempre que possível o paciente seja identificado com documento com foto, garantindo a Segurança nas ações desenvolvidas.
- Solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013;
- A OMS preconiza que caso a pele esteja limpa, não há necessidade do uso do álcool a 70% para algumas vias de administração de injetáveis, bem como de alguns imunobiológicos.

Preparo da Pele e desinfecção		
Tipo de Administração	Água e sabão	Álcool a 70%
Intradérmica	Sim	Não
Subcutânea	Sim	Não
Intramuscular – Imunização	Sim	Não
Intramuscular – Terapêutica	Sim	Sim
Acesso Venoso	Não	Sim

Fonte: Adaptado de: WHO best practices for injections and related procedures toolkit, 2010.

- Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos;
- Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço;
- Preparar o medicamento a ser administrada na presença do paciente;
- Antes de administrar soluções intradérmicas, assegure-se de que ela está na temperatura adequada, evitando dessa forma a inativação da mesma;
- Durante a reconstituição, diluição e administração das soluções, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procure a orientação do farmacêutico;
- Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com data e horário da diluição;
- Imediatamente após a administração, aparecerá no local uma pápula de aspecto esbranquiçado e poroso (tipo casca de laranja), com bordas bem nítidas e delimitadas, desaparecendo posteriormente.
- A aplicação de imunoterapia com alérgenos – comumentemente conhecida como “vacina anti-alérgica” – deverá seguir o padrão de boas práticas: checar prescritor, instituição proveniente, rotulagem, orientação acerca da conservação, data de fabricação, data da validade,

periodicidade na administração, dentre outros. As aplicações deverão ser registradas em prontuário e/ou formulário que garanta o acompanhamento das dosagens.

8.6. POP 6 - Administração de Medicamentos por Via Oral

Definição

Técnica pela qual os medicamentos são fornecidos pela boca e deglutidos com líquido ou dissolvidos na forma sublingual.

Objetivo

Utilizar a via oral para a administração de medicamentos orais tais como drágeas, cápsulas, comprimidos, xaropes e suspensões.

Contraindicação

Pacientes com incapacidade de deglutição ou com rebaixamento significativo do nível de consciência.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Copo descartável ou copo graduado quando xarope ou solução aquosa.

Medicamento

Bandeja

Líquido para ingestão (copo de água)

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem

- Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;
- Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;
- Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;
- Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura e outros quesitos;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Separar o medicamento evitando toca- lo com as mãos. Usar a própria tampa do frasco ou gaze para auxiliar. Em caso de suspensão aquosa ou xarope, agitar o frasco e separar a dose prescrita com auxílio de copo graduado ou conta gotas;
- Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Oferecer o medicamento;
- **Drágeas ou cápsulas**: orientar o paciente a não mastigar o medicamento e evitar consumir outros líquidos durante a absorção.
- **Medicamento sublingual**: pedir ao paciente que mantenha o medicamento sob a língua, não mastigando ou engolindo.

- **Medicamento bucal** (de absorção em mucosa da bochecha): orientar o paciente a alternar as bochechas para evitar a irritação da mucosa.
- Certificar-se que o medicamento foi deglutido ou completamente dissolvido;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em planilha de produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas.
- Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos;
- Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço;
- Preparar o medicamento a ser administrado na presença do paciente;
- Solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013;

8.7. POP 7 - Administração de Medicamento por Via Inalatória

Definição

Método de administração de medicamentos ou soluções através do sistema respiratório.

Objetivo

Umidificar as vias aéreas;

Fluidificar secreções do trato respiratório, facilitando a sua expectoração;

Manter a permeabilidade da via aérea.

Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

- Máscara para nebulização;
- Copo nebulizador;
- Extensão de latex (chicote);
- Seringa descartável de 10 ml com dispositivo de segurança;
- Agulha descartável 1,20x25 (18G) – para aspiração da solução para diluição (se necessário);
- Solução de diluição prescrita;
- Medicamento prescrioa;
- Fonte de oxigênio ou ar comprimido.
- Descrição do procedimento
- Ação de enfermagem
- Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;

- Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;
- Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;
- Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura e outros quesitos;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos do medicamento e solução a serem administrados;
- Aspirar a quantidade prescrita da solução para diluição do medicamento, se necessário;
- Preparar corretamenteo medicamento prescrito no copo nebulizador (quantidade de solução associada ao medicamento, conforme prescrição);
- Conectar o copo nebulizador a extensão de latex (chicote), que está acoplada ao fluxômetro de ar comprimido/oxigênio;
- Regular o fluxo (5 a 10 litros/mim). Em caso de oxigênio o fluxo deve estar prescrito;
- Orientar o paciente a manter a respiração nasal durante a inalação do medicamento;

- Fechar o fluxômetro ao término da inalação e oferecer papel toalha ao paciente para este secar a umidade do rosto;
- Comunicar ao prescritor que o procedimento findou-se caso haja a necessidade de reavaliação após procedimento;
- Desconectar o copo da extensão de latex (chicote) acoplado ao fluxômetro e colocar o copo e a máscara para lavagem e desinfecção;
- Desprezar os materiais perfuro- cortantes em recipiente adequado;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em Planilha de Produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas.
- Solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013;
- Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos;
- Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço;
- Preparar o medicamento a ser administrada na presença do paciente;
- Durante o preparo de soluções inalatórias, principalmente de **Brometo de Ipratrópio (Atrovent) e Bromidrato de Fenoterol (Berotec)** deve-se solicitar ao paciente ou seu responsável para conferir juntamente com o profissional a dose prescrita e administrada;

- Durante a reconstituição, diluição e administração das soluções, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procure a orientação do Farmacêutico;
- Caso a solução para diluição esteja em um frasco que será fracionado para
- vários procedimentos, identificar frasco com data e horário de abertura e validade;
- Deve-se fazer a inalação com o cliente sentado ou em decúbito elevado, sempre que possível, para facilitar a expectoração.

8.8. POP 8 - Administração de Medicamento por Via Ocular

Definição

Técnica para instilar colírios ou pomadas oftálmicas na bolsa conjuntival.

Objetivo

Administrar medicamentos na bolsa conjuntival como em casos de glaucoma, após cirurgia de catarata, uso de lágrimas artificiais e vasoconstritores.

Contraindicação

Uso de medicamentos que não sejam preparados para a administração oftálmica.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Colírio ou pomada oftalmológica;

Gaze

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem
- Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;
- Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;
- Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;
- Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura e outros quesitos;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução, solicitando que incline a cabeça para trás;
- Afastar a pálpebra inferior com o auxílio da gaze, apoiando a mão na face do paciente e evitando tocá-la, pedindo ao paciente para olhar para cima e pingar o medicamento no centro da bolsa conjuntival.
- Pingar o medicamento na bolsa conjunctival, orientando o paciente a

fechar a pálpebra.

- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em planilha de produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas..
- Usar o medicamento apenas no olho afetado.
- Sempre que possível, solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013;

8.9. POP 9 - Administração e Mistura de Insulinas

Definição

Método para a administração de duas insulinas no mesmo horário.

Objetivo

Melhorar o tratamento com as ações complementares destas insulinas numa mesma aplicação;

Evitar duas aplicações subcutâneas.

Contraindicação

Incompatibilidade das associações de certas formulações numa mesma seringa.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Algodão;

Álcool a 70%;

Seringa de 01 ml;

Frascos de insulinas (NPH e Regular ou Ultra- Rápida).

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem
- Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;
- Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;
- Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;
- Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura e outros quesitos;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado,

sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

- Retirar o lacre superior do frasco de insulina e limpar a borracha com algodão embebido em álcool a 70%;
- Injetar o ar correspondente à dose prescrita de insulina NPH no frasco de insulina NPH, lentamente, facilitando a aspiração da dose exata desta insulina e evitar a formação de bolhas;
- Retirar a agulha do frasco sem aspirar a insulina NPH;
- Injetar o ar correspondente à dose prescrita de insulina R no frasco de insulina R ou Ultra- Rápida e retirar a dose;
- Introduzir novamente a agulha no frasco de insulina NPH, no qual o ar foi previamente injetado, e puxar o êmbolo até a marca correspondente à soma das doses das duas insulinas;
- Retirar a agulha do frasco, e prosseguir seguindo recomendações da técnica de aplicação de medicamento subcutâneo (POP 4);
- Desprezar os materiais pérfuro- cortantes em recipiente adequado.
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em planilha de produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas.

- Sempre que possível, solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013;
- No caso de uma aspiração da insulina maior que a necessária, descartar as insulinas e reiniciar o procedimento. NUNCA devolva para nenhum dos frascos as insulinas já misturadas;
- Mistura de NPH e regular pode ser utilizada imediatamente ou armazenada em refrigerador para uso em até 30 dias e mistura de NPH e ultra-rápida deverá ser utilizada imediatamente após o preparo;
- Aspirar primeiro a insulina de ação rápida (R) ou ultra rápida (Lispro), que possuem aspecto límpido transparente e, em seguida, a insulina de ação intermediária (N) que possui aspecto turvo, leitoso. O objetivo é diminuir a possibilidade de entrada de insulina NPH no frasco de insulina R ou Lispro, alterando a capacidade destas insulinas agirem rapidamente em outra aplicação;
- Rolar o frasco de insulina de aspecto leitoso (NPH), levemente entre as mãos, por no mínimo 20 vezes, para garantir ação correta da insulina.

8.10 POP 10 - Administração de Dieta Enteral

Definição

Administração de dieta enteral, definida como um alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, industrializado ou não, através de sondas.

Objetivo

Oferecer aporte nutricional para melhora clínica do paciente.

Contraindicação

Absoluta: obstrução mecânica.

Relativa: pancreatite hemorrágica grave, enterocolite necrotizante, íleo paralítico prolongado, diarreia grave, refluxo de vômito, fístulas entéricas, disfunção da motilidade intestinal.

Cada contraindicação deve ser avaliada pela equipe multiprofissional e de maneira individual.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

EPI (luva de procedimento e óculos de proteção);
Dieta industrializada ou não;
Frasco para dieta;
Equipo de dieta enteral;
Seringa de 20 ml;
Estetoscópio.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Conferir o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Promover a privacidade do paciente;
- Preparar a dieta conforme recomendações do fabricante ou solicitar a dieta preparada pelo familiar em residência e colocá-la em frasco próprio, utilizando técnica limpa e luvas calçadas;
- Conectar o frasco de dieta ao equipo e preencher o equipo retirando o ar

da extensão, evitando a entrada de ar desnecessária no TGI do paciente e facilitando o controle de infusão;

- Colocar o paciente em posição Fowler (45°), quando não contraindicado, evitando o risco de broncoaspiração;
- Com auxílio da seringa, injetar 20ml de ar com pressão e auscultar com stetoscópio simultaneamente a região epigástrica;
- Aspirar e medir o resíduo gástrico, colocando-o em um copo plástico para posterior reintrodução (se menor que 200ml);
- Conectar o equipo com dieta à sonda;
- Abrir a pinça rolete do equipo ajustando apropriadamente a velocidade de infusão;
- Injetar 40ml de água na sonda logo após o término da dieta, com auxílio da seringa;
- Administrar água conforme prescrição médica;
- Deixar o paciente em posição de Fowler por cerca de 30 minutos após o término da infusão, evitando refluxo, broncoaspiração e facilitar a digestão;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- Retirar os EPI e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em planilha de produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).
- Observação
- Existem diferentes tipos de sondas de alimentações: naso/orogástrica, naso/oroenteral, gastrostomia e jejunostomia.

- As sondas de gastrostomia e jejunostomia não necessitam de confirmação de localização antes das administrações de dieta.
- Seguir a prescrição médica/nutricionista em relação ao tipo de dieta do paciente e valor calórico.
- A dieta enteral deve ser preparada com técnica limpa seguindo as recomendações do fabricante.
- O equipo e o frasco de dieta deve ser trocado a cada dieta.
- Sempre lavar a sonda com 40 ml de água após administração de dieta, para evitar obstrução da sonda.
- Realizar higiene oral conforme prescrição de enfermagem;
- Limpar diariamente a narina na qual a sonda está introduzida com água ou SF 0,9%.
- Trocar o local da fixação diariamente para evitar irritação e descamação da pele.
- Aplicar creme ou vaselina nos lábios e narinas para prevenir a formação de crostas.
- Comunicar ao Enfermeiro as alterações ocorridas devido à infusão da dieta (vômitos, diarreia, constipação).
- As dietas não devem estar muito quentes ou frias.
- As infusões de dietas enterais por sonda devem ser administradas de forma intermitente, com infusão ou gotejamento lento por gravidade, cinco a seis vezes ao dia, durante um período de 40 a 60 minutos.
- Antes de cada administração de nova dieta deve-se verificar o resíduo gástrico, quando este for superior a 200ml e o paciente apresentar desconforto ou distensão abdominal, recomenda-se interromper a infusão de dieta enteral e avaliar o paciente radiologicamente. Na ausência de sintomas digestivos, reavaliar o resíduo novamente em 1h. Deve-se comunicar o enfermeiro tal alteração. Lembrar sempre de devolver o

resíduo retirado quando este for inferior a 200ml.

Para o cuidado domiciliar

- Orientar familiar/cuidador a utilizar 1 frasco/equipo para dieta e 1 frasco/equipo para água e sucos por 7 dias. Após este período desprezar o frasco/equipo da dieta, substituindo pelo frasco/equipo da água e abrir novo frasco/equipo para água e sucos.
- Utilizar seringa de 20ml para lavar as sondas após as administrações das dietas, essa deve ser substituída a cada 7 dias.
- O paciente, sempre que possível, deve ser estimulado a participar da terapia, cuidando da higiene das narinas e da sonda, e ainda ser instruído sobre os horários de infusão, bem como a relatar sintomas de desconforto e mal estar, mudanças no hábito intestinal ou qualquer alteração que possa indicar uma complicação.

8.11. POP 11 - Aferição da Glicemia Capilar

Definição

Método para obtenção do nível de glicemia capilar dos indivíduos.

Objetivo

Obter de maneira rápida o nível de glicose sanguínea, por meio de punção digital.

Contraindicação

Pacientes com distúrbios de coagulação sanguínea.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Bandeja

Algodão

Álcool a 70%

Luvas de procedimento

Lanceta

Glicosímetro

Fitas reagentes

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Conferir prescrição de enfermagem ou médica e reunir o material;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Calçar as luvas de procedimento;
- Conectar a fita reagente ao glicosímetro;
- Orientar o paciente a lavar as mãos com água e sabão, enxaguar e secar. Fazer antissepsia com algodão embebido no álcool a 70% e secar completamente;
- Posicionar o dedo do paciente para baixo e perfurar a lateral do dedo com uso da lanceta, sem ordenhar o local;
- Ao formar uma gota de sangue, aproximá-la da tira reagente e aguardar a sucção;
- Comprimir o local com algodão seco;
- Aguardar o resultado pelo glicosímetro;

- Desprezar os materiais perfuro-cortantes em recipiente adequado.
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em planilha de produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- Seguir as instruções dos fabricantes dos glicosímetros, checando recomendações específicas;
- Evitar locais frios, cianóticos ou edemaciados para a punção para assegurar uma amostra de sangue adequada;
- Verificar a validade das fitas;
- Verificar a compatibilidade entre o número do "chip" /código com o número do lote da fita utilizada;
- Comunicar resultado ao enfermeiro, caso esteja alterado;
- Cumprir rodízio dos locais de punção;
- Amostras de sangue escorridas ou ordenhadas não deverão ser utilizadas

8.12. POP 12 - Aferição da Pressão Arterial

Definição

Procedimento para avaliar o nível de pressão arterial dos indivíduos.

Objetivo

Detectar precocemente desvios de normalidade;
Indicar variações individuais de níveis pressóricos.

Contraindicação

Aferir em membros com trombose venosa profunda, acessos venosos, lesões ou do lado em que foi realizada mastectomia.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Algodão

Álcool a 70%

Estetoscópio

Esfigmomanômetro

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Colocar o paciente em repouso, com o braço livre de roupas, relaxado e mantido no nível do coração, apoiado e com a palma da mão para cima com o cotovelo ligeiramente fletido;
- Identificar o manguito adequado (com largura correspondente a 40% da circunferência do braço), realizar assepsia das olivas e campânula do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70%;
- Colocar o manguito no membro, ajustando-o 2 a 3 cm acima da fossa cubital sem deixar folgas;
- Palpar a artéria radial, fechar a válvula da pêra e insuflar o manguito enquanto continua palpar a artéria, tendo o cuidado de que para

identificar com exatidão o primeiro som de KorotKoff, o manguito precisar estar inflado a uma pressão acima do ponto em que o pulso não pode ser mais sentido e anotar o ponto no manômetro em que o pulso desaparece (estimativa da pressão sistólica);

- Desinsuflar o manguito rapidamente;
- Aguardar 30 segundos para insuflar o manguito novamente (tempo necessário para diminuição da congestão venosa;
- Colocar a campânula do estetoscópio sobre a artéria braquial e colocar o manômetro em posição de leitura;
- Manter o estetoscópio firme sobre o pulso braquial, sem pressão excessiva, e insufle o manguito gradualmente até o valor da PAS estimada pelo método palpatório, e continue insuflando até 20- 30 mmHg acima desta pressão;
- Esvaziar lentamente o manguito a uma velocidade de 2-4 mmHg/seg., identificando pelo método auscultatório a PAS (1º som audível) e a PAD (último som);
- Desinsuflar totalmente o manguito;
- Repetir o procedimento, se necessário, após aguardar de 1-2 minutos;
- Retirar o manguito do braço do paciente;
- Realizar novamente assepsia das olivas e diafragma do estetoscópio;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em planilha de produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

<u>Observação</u>

- Orientar para que o paciente descanse por 5 a 10 minutos em ambiente

calmo antes da aferição e que não fale durante a execução do procedimento;

- Na 1ª avaliação fazer a medida da PA com o paciente sentado e em pé, especialmente em idosos, diabéticos, alcoólicos, em uso de medicação anti- hipertensiva;
- Certificar-se de que o paciente não esteja com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos, não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes da aferição;
- O esfigmomanômetro deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado a cada 6 meses ou sempre que apresentar sinais de descalibração.

8.13. POP 13 - Anotação de Enfermagem

Definição

Anotação de Enfermagem é o registro sistematizado de todas as informações, observações, avaliações e ações relativas ao cuidado do paciente/cliente.

Objetivo

Fornecer informações sobre a assistência prestada, assegurar a comunicação entre a equipe de saúde e garantir a continuidade das informações.

Contraindicação

Não há contraindicação para realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

Material

Prontuário ou ficha de atendimento;

Caneta esferográfica preferencialmente azul ou preta;

Carimbo pessoal (com nome do profissional, categoria e número registro no conselho de classe).

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Registrar todo e qualquer procedimento realizado no paciente sobre sua responsabilidade, garantindo o respaldo legal dos profissionais e garantia da continuidade da assistência prestada (segurança do paciente e do profissional de Enfermagem);
- Nunca registrar procedimento ou cuidado feito por terceiros;
- Registrar de forma completa, clara, legível, pontual, cronológica e objetiva, observando ortografia, caligrafia e redação;
- Devem ser precedidas de data e hora e assinadas ao final. O uso do carimbo faz parte da assinatura;
- Não pode conter rasuras, entrelinhas, espaços em branco;
- O registro deve constar em impresso devidamente identificado no cabeçalho com nome completo do paciente, e complementado com data e horário, bem como numeração da página.
- Registrar cuidados prestados, observações efetuadas e sinais/sintomas referidos pelo paciente sem usar termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco, etc.).
- A Anotação de Enfermagem embasa a Sistematização de Enfermagem realizada pelo Enfermeiro, e deve conter nela as respostas frente aos cuidados prescritos pelo Enfermeiro;
- Conter apenas abreviaturas previstas em literatura;

- Sempre registrar em impressos próprios e padronizados pela instituição.

Observação

- O conteúdo da anotação deve ser descritiva e não interpretativa;
- Não utilizar corretivos, nem riscar, molhar ou manchar o impresso;
- Em caso de erro na anotação, usar a palavra “digo”, entre vírgulas;
- O prontuário é um documento de valor legal, para o paciente, para a instituição e para a equipe de saúde e poderá ser utilizado como instrumento de ensino e pesquisa, além de servir como defesa e respaldo legal a todos;
- As anotações são necessárias para garantir a continuidade na assistência prestada;
- Os registros de estudantes dos diferentes níveis de formação profissional de Enfermagem deverão ser acompanhados pelos supervisores de atividade prática e estágio supervisionado, conforme Resolução Cofen n° 441/2013 e ser pactuado com o órgão responsável pela articulação ensino/serviço (CETS);

8.14. POP 14 - Aspiração de Vias Aéreas

Definição

É o método utilizado para remover secreções da boca e da faringe, através de sucção, desobstruindo a entrada de ar nas vias aéreas superiores, bem como da traqueia e brônquios nos pacientes entubados e traqueostomizados.

Objetivo

Manter as vias aéreas permeáveis;

Reestabelecer as trocas gasosas melhorando a oxigenação arterial e pulmonar;

Prevenir infecção.

Contraindicação

Não existem contraindicações absolutas para este procedimento. A maioria das contraindicações é relativa e diz respeito ao risco do paciente apresentar reações adversas ou piora de sua condição clínica.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

EPIs (luva estéril, luvas de procedimento, óculos de proteção, gorro, máscara cirúrgica);
Fluxômetro para aspiração;
Fonte de vácuo e oxigênio;
Frasco de aspiração;
Extensão de silicone;
Sonda aspiração 14ou 16 (adulto), 8 ou 10 (pediátrico);
Ampola de SF 0,9%;
Ressuscitador manual de respiração;
Gaze estéril;
Cânula de Guedel;
Oxímetro de pulso.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Aspiração de Orofaringe:
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos (POP 42);

- Confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Colocar o paciente na posição Fowler (45°) ou semi-Fowler, se não for contra indicado, promovendo o conforto, oxigenação, reduzindo o esforço para ventilação e prevenir vômitos e a aspiração.
- Conectar a sonda de aspiração ao sistema de aspiração a vácuo, através
- da extensão de silicone, expondo apenas a parte que conecta a extensão e abrir fonte de vácuo;
- Colocar gorro, máscara cirúrgica, os óculos de proteção e calçar as luvas de procedimento;
- Segurar a sonda de aspiração com a mão dominante;
- Clampear a extensão de látex com a mão não dominante, aspirar a cavidade oral e a orofaringe até a ausência/redução esperada do conteúdo aspirado;
- Lavar a extensão com água destilada;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde.
- Retirar os EPIs;
- Deixar o paciente confortável;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em Planilha de Produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).;

Aspiração Traqueal:

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento

que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

- Posicionar o paciente com a cabeça em extensão para aspiração traqueal e posição semi-Fowler para aspiração nasal, promovendo o conforto, oxigenação, reduzir o esforço para ventilação e prevenir êmese;
- Conectar a sonda de aspiração ao sistema de aspiração a vácuo, através da extensão de silicone, expondo apenas a parte que conecta a extensão e abrir fonte de vácuo. Utilize o restante da embalagem para protege a sonda, mantendo-a estéril;
- Colocar gorro, máscara cirúrgica, os óculos de proteção e calçar as luvas
- Estéreis (POP 51)
- Desconectar o ventilador e conectar o ressuscitador manual para realização de seis ventilações em 30 minutos, com auxilio de outro professional, prevenindo hipoxemia;
- Com a mão dominante (estéril), introduzir a sonda no tubo mantendo a extensão clampeada para não aplicar sucção até encontrar resistência (carina), favorecendo remoção das secreções, e prevenir hipoxia;
- Soltar o látex para obter sucção, retirando a sonda com movimentos circulares, não ultrapassando a duração de 10 segundos;
- Reconectar o tubo do paciente ao ventilador, deixando-o descansar por pelo menos 30 segundos, favorecendo que o paciente ventile e descanse entre as aspirações, para corrigir a hipoxemia e amenizar o desconforto;
- Se necessário, repetir o procedimento, entretanto é recomendado não realizar mais do que três aspirações por sessão;
- Ao termino da aspiração traqueal, promover a limpeza da sonda com água destilada e gaze, e realizar aspiração das vias aéreas superiores;
- Lavar a extensão do aspirador com água destilada e desprezar a sonda;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados realizando a

correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saude;

- Retirar os EPIs;
- Fechar fonte de vácuo;
- Deixar o paciente confortável;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em Planilha de Produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- Instilação de SF0,9% (até 5ml) por via intrabronquica é indicada para promover fluidificação, mobilizar as secreções e estimular a tosse quando ocorrer formações de rolhas;
- O enfermeiro deve realizar ausculta pulmonar antes e após o procedimento para avaliação da necessidade de aspiração;
- Quando o paciente estiver em IOT, ficar atento aos dados vitais como SpO2, FR, FC, PA;
- Deve-se observar o aspecto da secreção do paciente (cor, consistência, quantidade e odor);
- Monitorar os parâmetros do ventilador, caso esteja em ventilação mecânica. Essa monitoração deve ser feita antes, durante e após procedimento.

8.15. POP 15 - Auxílio de Biópsia de Mama Guiado por Ultrassom

Definição:

Retirada de fragmentos da lesão suspeita através de uma pistola automática que dispõe de uma agulha, que ao disparar corta o material e o recolhe. Este procedimento é guiado por ultrassonografia.

Objetivo:

Colher material de uma ou mais lesões mamárias suspeitas para avaliação histopatológica.

Contraindicação:

Em alguns pacientes que estão fazendo uso de anticoagulantes ou de aspirina, pode ser necessária a suspensão desses medicamentos alguns dias antes para se evitar sangramento.

Executante:

Enfermeiro, Auxiliar e Técnico de Enfermagem.

Material:

Agulha 13x4,5
Agulha para biópsia.
Álcool a 70%.
Avental para paciente.
Anestésico.
Caixa térmica.
Esparadrapo.
Formol.
Gazes estéreis.

Lápis.
Lençol.
Livro de registro de exames.
Luvas de procedimento.
Máscara cirúrgica.
Micropore.
Óculos de proteção.
Seringa de 3 ou 5 ml.

Descrição do procedimento:
Ação de enfermagem

- Reunir material necessário para realização do procedimento.
- Chamar o paciente e confirmar o nome, apresentar-se, acolher e orientar paciente sobre o procedimento e aplicar o termo de consentimento do exame, orientando o paciente a esclarecer possíveis dúvidas com o médico executante.
- Receber a guia de requisição de exames, conferindo documentação do paciente e exames anteriores.
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Encaminhar o paciente para troca de roupa e oferecer avental.
- Posicionar o paciente de acordo com o procedimento na maca.
- Oferecer material necessário para o médico durante a realização do exame.
- Recolher e acondicionar os fragmentos de biópsia em frascos com formol(1/3 do frasco), previamente identificados com data da coleta, nome do paciente, nome da mãe, número de prontuário, médico e unidade de saúde.

- Realizar curativo compressivo ao término do procedimento e orientar paciente quanto a retirada do mesmo.
- Higienizar as mãos;
- Registrar em livro de controle (número do prontuário, nome do paciente, data de nascimento, data da coleta, telefone, nome do médico solicitante, unidade de origem, local aspirado.
- Registrar em memorando (duas vias) os dados do paciente e procedimento realizado.
- Orientar o paciente quanto ao resultado do exame e retorno médico.
- Organizar sala após procedimentos, atentando para o descarte de material perfurocortante.
- Acondicionar as seringas identificadas em caixa térmica e as requisições em envelope, encaminhando-os para o laboratório de análise.

Observações:

- Este procedimento é executado pelo médico, sendo necessário o auxílio do profissional de enfermagem para realização do procedimento ambulatorial.

8.16. POP 16 - Auxílio a Ecorcardiograma Transtorácico

Definição

Método de exame de imagem que utiliza ondas sonoras de alta frequência, os quais após atravessarem os tecidos dos órgãos estudados, retornam em forma de ecos fornecendo imagens instantâneas do coração e dos grandes vasos, e fluxo sanguíneo nos mesmos, durante o procedimento.

Objetivo

Avaliar o funcionamento do coração, do ponto de vista anatômico e funcional.

Contraindicação

Não há contraindicação para este procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Luvas;

Gel para ultrassonografia;

Balança;

Esfigmomanômetro;

Estestoscópio;

Lençol (se necessário);

Avental (se necessário);

Álcool 70%.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Chamar paciente conforme agenda, confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Conferir agendamento, documento de identidade e cartão SUS do paciente;
- Reunir material necessário para o exame;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Verificar peso (POP 52) e altura (POP 59) e aferir pressão arterial (POP 12);
- Posicionar paciente na maca, em decúbito lateral direito e membro superior esquerdo flexionado atrás da cabeça;
- Retirar o excesso de gel e auxiliar o paciente a levantar-se após o exame, e vestir- se, se necessário;

- Retirar lençol de papel utilizado e friccionar superfície da maca com álcool 70% por
- 30 em seguida, repor lençol de papel limpo;
- Higienizar as mãos;
- Devolver a documentação do paciente e orientá-lo a aguardar o laudo.
- Entregar o laudo para paciente;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- O procedimento de ecocardiografia é realizado pelo profissional médico, cabendo a enfermagem as ações acima descritas.
- Realizar limpeza do transdutor microconvexo ao término de cada exame com gaze, água e sabão.

8.17. POP 17 - Auxílio à Eletroencefalografia em Vigília

Definição

Registro da atividade elétrica cerebral através da colocação de eletrodos superficiais no escalpe para detecção de possíveis anormalidades associadas à uma ampla gama de sinais e sintomas neurológicos.

Objetivo

Avaliar pacientes com fenômenos paroxísticos (epilépticos ou não).
Avaliar encefalopatias toxico-metabólicas, infecciosas e degenerativas.
Classificar e seguir as varias modalidades de epilepsias.

Contraindicação

Relativas: seborreia excessiva, infecção de pele no couro cabeludo e pediculose.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Luvas;

Fita métrica;

Lápis para demarcar pontos dos eletrodos;

pasta para EEG;

espátula;

separador de cabelos;

papeis cortados para fixação dos eletrodos (lençol de papel);

gaze;

cuba rim;

água morna;

álcool 70%.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Chamar paciente conforme agenda, confirmar o nome do paciente, apresentar- se e explicar o procedimento que será realizado (longa duração, necessita de cooperação, não mexer a cabeça, manter os olhos fechados), sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Conferir agendamento, documento de identidade e cartão SUS do paciente;
- Verificar se o paciente está com preparo necessário (cabelos limpos e secos).
- Higienizar as mãos (POP42);
- Reunir material necessário para realização do procedimento;
- Ajudar o paciente, se necessário, a subir na maca e deitá-lo.

- Preencher o protocolo do exame EEG com seu respectivo número, entregá-lo ao paciente ou seu acompanhante, orientando quanto ao seu retorno.
- Preencher no sistema a ficha do paciente, contendo nome completo, data de nascimento, numero do prontuário, numero do exame, nome do médico(a) solicitante e origem. No campo observação, anotar informações relevantes como: cicatriz cirúrgica e sua localização; afundamento de crânio; tremores espontâneos em membros e face.
- Inspecionar os cabelos do paciente quanto a umidade, gel, cremes ou pediculose. Caso não esteja em condições adequadas para realização do exame o mesmo deverá ser remarcado.
- Iniciar a montagem dos eletrodos, utilizando-se o sistema 10-20 de colocação utilizando-se montagens mono e bipolares. Separar os cabelos e marcar com lápis específico os locais para aplicação de pasta condutora e respectivos eletrodos. O método utiliza quatro pontos padronizados: 1) raiz do nariz (*nasiun*),
- 2) protuberância occipital (*inium*), ambos no mesmo plano sagital,
- 3) ponto pré-auricular (depressão na raiz do zigoma anteriormente ao *tragus*).Os pontos são encontrados utilizando 10 e 20 % das medidas encontradas.
- Demarcar medidas ântero-posterior. Medir a distância entre o *nasiun* e *iniun* passando pelo vértex, na linha média. Cinco pontos são então marcados ao longo desta linha, designados como pólo frontal (Fp), frontal (F), central (C), parietal (P) e occipital (O).
- Marcar o primeiro ponto (Fp) a 10 por cento da distância *násiun-íniun*, marcá- lo logo acima do *násiun*.
- Marcar segundo ponto (F) a 20 por cento da mesma distância e marcá-lo acima do Fp.

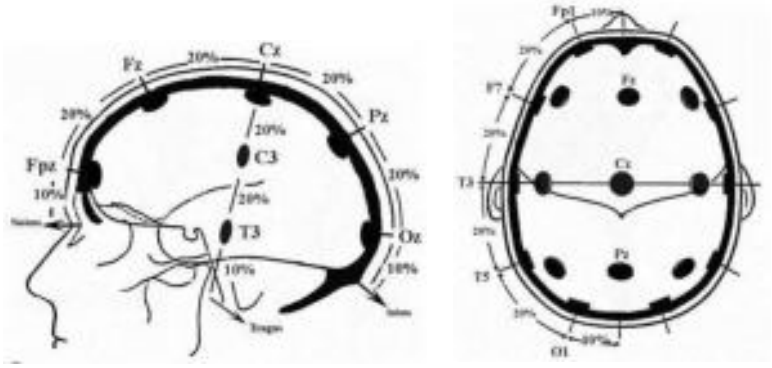
- Marcar os pontos central (C), parietal (P) e occipital (O), na linha média a cada 10 por cento da distância *násiun- íniun*. Todos esses pontos marcados na linha média são seguidos de "z" no nome do eletrodo (PGND, Fz, Cz, Pz).
- Medir linha coronal central, da distância os pontos pré-auriculares, passando pelo ponto central já determinado com a medida ântero-posterior. Dez por cento desta medida acima do ponto pré-auricular, marcar o ponto temporal médio (T3, T4) e 20 por cento acima do temporal médio está o ponto central (C3, C4).
- Marcar linha ântero-posterior passando agora sobre a região temporal, frontal e occipital, medindo-se a distância entre o ponto da linha média Fpz e o ponto occipital também da linha média, Oz, passando-se pelo ponto temporal já previamente determinado.
- Marcar 10 por cento da medida, a partir da posição do Fpz, assim como a partir do ponto occipital da linha média Oz.
- Desta forma, marcar outros dois pontos "Fp" (1 e 2), um à direita e outro à esquerda e ainda dois outros pontos "O" (1 e 2), também um à direita e outro à esquerda. Os pontos temporal anterior e posterior (T5, T6) estão na posição 20 por cento da distância a partir dos pontos Fp e O determinados nesta linha.
- Marcar pontos remanescentes, frontal (F3, F4, F7, F8)) e médio parietal (P3 e P4) estão posicionados ao longo da linha coronal frontal e parietal respectivamente, eqüidistante entre a linha média e a linha temporal. Sendo que, os eletrodos ímpares ficam posicionados à esquerda e pares, a direita.
- Ao iniciar o exame, verificar se as configurações estão corretas no sistema.
- Fazer logo em seguida, na captação elétrica, o teste de impedância.

- Com a luz apagada, pedir para o paciente fechar os olhos.
- Iniciar a gravação observando o traçado e o paciente, clicar “vigília”, após 30 seg. pedir para abrir os olhos.
- Clicar “olhos abertos”, após 30 seg. pedir para o paciente fechar os olhos e clicar “olhos fechados”. Em seguida, o maior tempo em vigília, clicar “vigília”, observando o traçado. Sempre que necessário parar a gravação para recolocar ou trocar os eletrodos.
- Observar se o paciente responde aos comandos verbais, orientá-lo antes de iniciar o estado de hiperventilação para que não haja deslocamento dos eletrodos.
- Solicitar que o paciente inspire e espire pela boca.
- Clicar hiperventilação.
- Clicar estado de pós hiperpnéia, ao término de hiperventilação. Pedir para o paciente respirar normalmente.
- Orientar paciente a manter os olhos fechados durante a fotoestimulação e em seguida clicar na opção flashestimulação.
- Ao término da fotoestimulação, clicar pós flashestimulação.
- Clicar também durante a gravação alguns eventos, bocejo, tosse, tremores espontâneos, sono espontâneo.
- Ao término da gravação, pedir para o paciente abrir os olhos, acender a luz da sala, pegar a cuba rim contendo água morna.
- Tirar os eletrodos um a um, cuidadosamente, limpar a cabeça do paciente com gaze embebida em água morna e após gaze seca, removendo toda a pasta restante. Limpar também os eletrodos com gaze e água morna e secar com gaze seca.
- Pedir para o paciente sentar, observer possível tontura, ajudar a descer da maca, se necessário, e se estiver bem dispensá-lo.
- Retirar lençol de papel, realizar limpeza da maca com álcool 70%, repor

lençol de papel limpo;

- Higienizar as mãos;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação



8.18. POP 18 - Auxílo a Eletroneuromiografia

Definição

Método de estudo neurofisiológico usado no diagnóstico e prognóstico de lesões do sistema nervoso periférico.

Objetivo

Localizar lesão no sistema nervoso periférico, prover informações sobre fisiopatologia da lesão, avaliar grau de comprometimento e o curso temporal da lesão.

Contraindicação

O exame está contraindicado em pacientes com marcapasso, cateter intracardíaco, plaquetopenia abaixo de 50.000/mm, uso de anticoagulante e

medicamentos anticolinesterásicos, pele com solução de continuidade e erisipela.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Luvas;
Gel;
Lençol (se necessário);
Avental (se necessário);
Eletrodos para eletroneuromiografia;
Álcool 70%;
Gaze;
Esparadrapo microporoso.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Chamar paciente conforme agenda, confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Conferir agendamento, documento de identidade e cartão SUS do paciente;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Reunir material necessário para realização do procedimento;
- Posicionar o paciente conforme exame a ser realizado, preservando sua privacidade;
- Retirar excesso de gel e auxiliar o paciente a levantar-se após o exame, e vestir-se, se necessário;

- Realizar curativo oclusivo, se algum ponto permanecer sangramento;
- Retirar lençol de papel utilizado e friccionar superfície da maca com alcool 70% por 30 segundos. Em seguida repor lençol de papel limpo;
- Higienizar as mãos;
- Devolver a documentação e orientar paciente a aguardar o laudo;
- Entregar o laudo para paciente;
- Desprezar perfuro-cortantes no descarpack, se restar algum;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

O procedimento de eletroneuromiografia é realizado pelo profissional médico, cabendo a enfermagem as ações acima descritas.

8.19. POP 19 - Auxílio de PAAF (Punção Aspirativa por Agulha Fina) de Mama Guiado por Ultrassom

Definição:

A punção aspirativa com agulha fina é um procedimento médico, sendo um método diagnóstico inicial na avaliação de doenças mamárias. A equipe de enfermagem realiza o preparo da sala pré e pós-procedimento ambulatorial e auxilia o médico durante realização do exame.

Objetivo:

A punção aspirativa com agulha fina ou PAAF é um procedimento simples no qual se introduz uma agulha muito fina na lesão da mama a ser avaliada. Através de aspiração, são retiradas algumas células que serão analisadas no microscópio. O procedimento é realizado com anestesia e guiado por ecografia.

Contraindicação:

Em alguns pacientes que estão fazendo uso de anticoagulantes ou de aspirina, pode ser necessária a suspensão desses medicamentos alguns dias antes para se evitar sangramento.

Executante:

Enfermeiro, Auxiliar e Técnico de Enfermagem.

Material:

Agulha 40x12.
Álcool a 70%.
Avental para paciente
Bisnaga de cloridrato de lidocaína geléia à 2%.
Caixa térmica.
Esparadrapo
Gazes estéreis.
Lâminas.
Lápis.
Lençol.
Livro de registro de exames.
Luvas de procedimento.
Máscara cirúrgica.
Micropore.
Óculos de proteção.
Seringa de 20 ml.

Descrição do procedimento:

Ação de enfermagem

- Reunir material necessário para realização do procedimento.

- Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se, acolher e orientar paciente sobre o procedimento e aplicar o termo de consentimento do exame, orientando o paciente a esclarecer possíveis dúvidas com o médico executante.
- Receber a guia de requisição de exames, conferindo documentação do paciente e exames anteriores.
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Encaminhar o paciente para troca de roupa e oferecer avental.
- Posicionar o paciente de acordo com o procedimento na maca.
- Oferecer material necessário para o médico durante a realização do exame.
- Recolher a seringa com material colhido, identificá-la com data da coleta, nome paciente, nome da mãe, número de prontuário, médico, data de nascimento e unidade de saúde.
- Realizar curativo compressivo ao término do procedimento e orientar paciente quanto a retirada do mesmo.
- Higienizar as mãos;
- Registrar em livro de controle (número do prontuário, nome do paciente, data de nascimento, data da coleta, telefone, nome do médico solicitante, unidade de origem, local aspirado.
- Registrar em memorando (duas vias) os dados do paciente e procedimento realizado.
- Orientar o paciente quanto ao resultado do exame e retorno médico.
- Organizar sala após procedimentos, atentando para o descarte de material perfurocortante.
- Acondicionar as seringas identificadas em caixa térmica e as requisições em envelope, encaminhando-os para o laboratório de análise.

Observações:

Este procedimento é executado pelo médico, sendo necessário o auxílio do profissional de enfermagem para realização do procedimento ambulatorial.

8.20. POP 20 - Auxílio de PAAF (Punção Aspirativa por Agulha Fina) de Tireóide guiado por ultrassom

Definição:

A punção aspirativa com agulha fina é um procedimento médico, sendo um método diagnóstico inicial na avaliação da doença nodular da tireóide. A equipe de enfermagem realiza o preparo da sala pré e pós procedimento ambulatorial e auxilia o médico durante realização do exame.

Objetivo:

A punção aspirativa com agulha fina ou PAAF é um procedimento simples no qual se introduz uma agulha muito fina no nódulo de tireoide que se quer avaliar. Através de aspiração, são retiradas algumas células que serão analisadas no microscópio. O procedimento é realizado com anestesia e guiado por ecografia.

Contraindicação

Em alguns pacientes que estão fazendo uso de anticoagulantes ou de aspirina, pode ser necessária a suspensão desses medicamentos alguns dias antes para se evitar sangramento.

Executante:

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem

Material:

Luvas de procedimento;

Gazes estéreis;

Óculos de proteção;
Bisnaga de cloridrato de lidocaína geléia à 2%;
Máscara cirúrgica;
Álcool a 70%;
Lâminas;
Agulha 30x8
Seringa de 20 ml
Frasco porta lâminas de plástico contendo álcool à 70%;
Lápis;
Caixa térmica;
Livro de registro de exames.

Descrição do procedimento:

Ação de enfermagem

- Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se ao paciente acolhendo o paciente e responsável com atenção.
- Receber a guia de requisição de exames, conferindo documentação do paciente e exames anteriores.
- Verificar se a guia de requisição está devidamente preenchida e com letra legível, contendo: nome completo do paciente, matrícula, número do cartão do SUS, data de nascimento ou idade, data da solicitação, identificação do profissional solicitante (nome, número do registro e carimbo).
- Orientar o paciente quanto ao procedimento a ser realizado e aplicar o termo de consentimento do exame, orientando o paciente a esclarecer possíveis dúvidas com o médico executante.
- Posicionar paciente em maca.
- Oferecer material necessário para o médico durante a realização do exame.

- Expor as lâminas em área plana identificadas a lápis com as iniciais do paciente e local a ser aspirado.
- Acondicionar as lâminas em frascos apropriados, contendo álcool à 70%, previamente identificados com uma etiqueta contendo: nome completo do paciente, data de nascimento, sexo, n° do prontuário, nome da mãe, local aspirado, médico que realizou o procedimento, nome da unidade e data.
- Registrar em livro de controle (número do prontuário, nome do paciente, data de nascimento, data da coleta, telefone, nome do médico solicitante, unidade de origem, local aspirado e quantidade de frascos).
- Registrar em memorando (3 vias) os dados do paciente e procedimento realizado.
- Orientar o paciente quanto ao resultado do exame e retorno médico.
- Organizar sala após procedimentos, atentando para o descarte de material perfurocortante.
- Acondicionar os frascos identificados em caixa térmica e as requisições em envelope, encaminhando-os para o laboratório de análise.

Observações:

Este procedimento é executado pelo médico, sendo necessário o auxílio do profissional de enfermagem para realização do procedimento ambulatorial.

8.21. POP 21 Auxílio de Teste Ergométrico

Definição

Método diagnóstico de doenças cardiovasculares, de determinação prognóstica, avaliação da resposta terapêutica, da tolerância ao esforço e de sintomas compatíveis com arritmias ao exercício.

Objetivo

Avaliar resposta clínica, hemodinâmica, autonômica, eletrocardiográfica, metabólica e, eventualmente, ventilatória ao exercício.

Contraindicação

Gerais: embolia pulmonar; enfermidade aguda, febril ou grave; limitação física ou psicológica; intoxicação medicamentosa; distúrbio hidroeletrolíticos e metabólicos não corrigidos.

Relativas: Dor torácica aguda; estenoses valvares moderadas e graves; insuficiências valvares graves; taquiarritmias e arritmias ventriculares complexas; afecções não cardíacas capazes de agravamento pelo TE.

Contraindicações de alto risco: IAM não complicado; angina estável estabilizada; lesão conhecida e tratada de tronco de coronária esquerda ou equivalente; arritmias ventriculares complexas; arritmias com repercussões clínicas e hemodinâmicas sob controle; síncopes por provável etiologia arritmogênica ou bloqueio atrioventricular de alto grau; presença de desfibrilador implantado; insuuficiência cardíaca compensada Classe Funcional III (NYHA); lesões valvares estenóticas moderadas e graves em indivíduos assintomáticos e nas insuficiências valvares graves; hipertensão pulmonar; cardiomiopatia hipertrófica não obstrutiva; insuficiência respiratória, renal ou hepática.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Luvas;

Esfigmomanômetro,

Estestoscópio;

Álcool 70%;

Gaze;

Dispositivo para realização de tricotomia (se necessário);

Cuba rim;

Eletrodo descartável;

Avental (se necessário).

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Conferir lacre do carrinho de urgência
- Verificar funcionamento da balança
- Chamar paciente conforme agenda, confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Orientar paciente a ler e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, caso esteja de acordo com a realização do exame. Em caso de impossibilidade de leitura pelo paciente, ler e explicar o termo para paciente e carimbar a impressão digital;
- Conferir agendamento, documento de identidade e cartão SUS do paciente. Paciente deve estar usando roupas confortáveis que não limitem movimentos, mulheres devem estar vestindo top ou sutiã, homens devem estar com o tórax tricotomizado (caso não estejam, proceder com a tricotomização), deve estar calçando tênis ou sapato confortável. Verificar se ingeriu refeição leve, deve estar portando receita de medicação em uso;
- Conferir preparo específico com paciente;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento, aferir pressão arterial (POP 12), pesar (POP 51) e medir estatura (POP 48).

- Registrar os dados e apresentá-los ao cardiologista, juntamente com a receita para confirmar a realização do exame.
- Reunir material necessário para o exame;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Se exame confirmado, oferecer avental e limpar com gaze e álcool 70% os locais onde serão colados os eletrodos. Se necessário, realizar tricotomia do tórax;

Monitorizar paciente com eletrodos nas seguintes localizações:

- (RA) na região acrômio-clavicular D,
- (LA) na região acrômio-clavicular E,
- (RL) em crista ilíaca D,
- (LL) em crista ilíaca E,
- (V1) no 2° espaço intercostal a D,
- (V2) no 2° espaço intercostal a E,
- (V3) entre V2 e V4,
- (V4) na linha hemiclavicular no 3° espaço intercostal,
- (V5) na linha axilar anterior no 3° espaço intercostal, e
- (V6) na linha axilar média no 3° espaço intercostal.
- Auxiliar paciente a subir na esteira, posicionando o manguito no braço esquerdo, preferencialmente.
- Acompanhar exame para auxiliar em eventuais intercorrências;
- Ao término do exame, retirar o manguito do braço do paciente, auxiliar paciente a descer da esteira.
- Encaminhar o paciente para se vestir, devolver a documentação e orientar paciente a aguardar o laudo.
- Higienizar as mãos;
- Entregar o laudo para paciente;

- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- Procedimento é realizado pelo profissional médico, cabendo a enfermagem as ações acima descritas.
- Antes de iniciar os exames, em cada plantão, realizar teste operacional do desfibrilador da seguinte forma:
- Ligar o botão 1 em Lig Monitorizar, selecionar o botão "menu" abaixo da tela, selecionar "outros", selecionar "teste operacional".
- Surgirá na tela um aviso de que está saindo do modo de funcionamento normal, selecionar "aceitar".
- Aparelho entrará no **módulo de Teste Operacional**, em seguida girar o botão 1 até 150J, e o teste será iniciado.
- Verificar se o **módulo de teste** está conectado. Quando solicitado pressionar o botão 2 Carregar.
- Quando solicitado pressionar o botão 3 Choque. Em seguida o teste será finalizado.
- Quando o teste for finalizado pressionar o botão que indica Imprimir Teste Operacional.
- Assinar o teste impresso e arquivar na pasta de Testes Operacionais.
- Desligar o desfibrilador, mantendo-o sempre ligado na tomada.

8.22. POP 22 - Auxílio a Ultrassonografia

Definição

Método de exame de imagem que utiliza ondas sonoras de alta frequência, os quais após atravessarem os tecidos dos órgãos estudados, retornam em forma de ecos fornecendo imagens instantâneas durante o procedimento.

Objetivo

Avaliar órgãos e estruturas internas do corpo humano .

Contraindicação

Não há contraindicação absoluta para realização deste procedimento. Existem contraindicações relativas pertinentes a cada tipo de exame. Porém, sugere-se evitar a ultrassonografia em pacientes com febre, processo inflamatório no local do exame, transvaginal no período menstrual, e exame com Doppler no primeiro trimestre gestacional. Por questões legais, não se pratica ultrassonografia transvaginal em pacientes virgens.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Luvas;
Gel para ultrassonografia;
Lençol (se necessário);
Avental (se necessário);
Preservativo sem lubrificante (para exame transvaginal);
Álcool 70%.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Chamar o paciente confirmando o nome, apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Conferir agendamento, documento de identidade e cartão SUS do

paciente;

- Conferir se o paciente fez preparo específico para cada tipo de exame;
- Reunir material necessário para o exame;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Posicionar paciente conforme exame a ser realizado, preservando sua privacidade.
- Retirar o excesso de gel e auxiliar o paciente a levantar-se após o exame, e vestir-se, se necesário;
- Retirar lençol de papel utilizado e friccionar superfície da maca com álcool 70% por 30 segundos, repor lençol de papel limpo;
- Higienizar as mãos;
- Devolver a documentação do paciente e orientá-lo a aguardar o laudo.
- Entregar o laudo para paciente;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- Procedimento de ultrassonografia é realizado pelo profissional médico, cabendo a enfermagem as ações acima descritas.
- Realizar limpeza dos transdutores linear e convexo ao término de cada exame com gaze, água e sabão, e do transdutor endocavitário, com gaze, água e sabão, e após friccionar com álcool 70% por 30 segundos.

8.23. POP 23 - Baciloscopia de Hanseníase

Definição:

Coletar amostras biológicas de material humano para auxiliar o diagnóstico e tratamento.

Objetivo:

Realizar coleta de linfa cutânea para diagnóstico e tratamento da Hanseníase.

Contraindicação:

Não se aplica.

Executante:

Enfermeiro Técnico e Auxiliar de Enfermagem.

Material:

Algodão hidrófilo;
Avental/Jaleco;
Álcool 70°GL ou 70%;
Esparadrapo ou bandagem antisséptica;
Fósforo;
Garrote;
Gaze não estéril;
Lâmina de vidro para microscopia;
Lamparina a álcool 90°GL ou bico de Bunsen;
Lâmina de bisturi nº 15 ou bisturi descartável;
Lápis comum;
Livro-registro para controle de exames realizados;
Luvas de procedimento;
Máscara;
Óculos;
Pinça Kelly curva ou reta para fazer isquemia no local da incisão;
Porta-lâminas de plástico para o transporte da amostra;
Recipiente para descarte do material utilizado.

Descrição do procedimento:

Ação de enfermagem

- Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e acolher o paciente com atenção.
- Receber a guia de requisição de exames.
- Verificar os sítios de coleta indicados na solicitação médica.
- Verificar se a guia de requisição está devidamente preenchida e com letra legível, contendo: nome completo do paciente, matrícula, número do cartão do SUS, data de nascimento ou idade, data da solicitação, exames solicitados, identificação do profissional (nome, número do registro e carimbo).
- Explicar o procedimento que será realizado.
- Identificar a lâmina com as iniciais do nome do paciente, o número de registro da unidade e data da coleta.
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Calçar as luvas de procedimento.
- No momento de cada coleta realizar antissepsia com álcool a 70ºGL ou 70%, dos sítios indicados na solicitação médica.
- Com o auxílio da pinça Kelly, com suas pontas envolvidas pelo garrote, fazer uma prega no sítio de coleta, pressionando a pele o suficiente para obter a isquemia, evitando o sangramento. Manter a pressão até o final da coleta tomando o cuidado de não travar a pinça.
- Fazer um corte na pele de aproximadamente 5mm de extensão por 3mm de profundidade. Colocar o lado não cortante da lâmina do bisturi em ângulo reto em relação ao corte e realizar o raspado intradérmico das bordas e do fundo da incisão, retirando quantidade suficiente e visível do material.
- Desfazer a pressão e distribuir o material coletado na lâmina, fazendo

movimentos circulares do centro para a borda numa área aproximadamente de 5 – 7 mm de diâmetro, mantendo uma camada fina e uniforme.

- O primeiro esfregaço deverá ser colocado na extremidade mais próxima da identificação do paciente (parte fosca).
- Fazer curativo compressivo nos sítios de coleta.
- Deixar a lâmina secar em temperatura ambiente durante cinco a dez minutos. Após essa etapa os esfregaços devem ser fixados passando-se as lâminas duas a três vezes, rapidamente, na chama de uma lamparina ou bico de Bunsen, com os esfregaços voltados para cima.
- Após a fixação, acondicionar as lâminas em porta-lâminas de plástico.
- Os porta-lâminas deverão ser acondicionados conforme normas de biossegurança e identificadas, contendo a unidade de origem, o endereço de destino e o remetente, para serem transportadas à unidade laboratorial.
- Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos.
- Registrar em livro-controle data da coleta, os dados do paciente e os exames solicitados, colocando o número da etiqueta controle.
- Orientar o paciente quanto ao resultado do exame.

Observações:

- As lâminas devem ser fixadas passando de duas a três vezes, rapidamente, na chama de uma lamparina ou bico de Bunsen, com os esfregaços voltados para cima.
- Se não houver porta-lâminas de plástico disponíveis pode-se colocar palitos de fósforo entre as lâminas para não haver o contato das mesmas e embrulhar o material com papel alumínio.

8.24. POP 24 - Bota de Unna

Definição

É uma bandagem de algodão umedecida e não aderente, impregnada principalmente de óxido de zinco, glicerina, óleo de castor ou mineral, utilizada para a realização de terapia compressiva inelástica em MMII.

Objetivo

Aumentar a pressão contra os músculos da panturrilha, auxiliar o retorno venoso, reduzir o edema e em consequência a cicatrização de úlceras em membros inferiores.

Contraindicação

Úlceras arteriais e mistas*;
Presença de infecção e miíase;
Sensibilidade conhecida a algum de seus componentes;
Pacientes que não deambulam;
Cardiopatia descompensada.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.
Material
Mesa auxiliar ou bandeja;
Bacia/cuba, se necessário;
Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente de rato e uma pinça Kelly;
Cabo e lâmina de bisturi (se necessário);
Tesoura;
Pacote de gazes esterilizadas

Atadura de rayon estéril (se necessário)
Solução fisiológica 0,9% preferencialmente morno ou temperatura ambiente
Agulha 25x12 ou 40x12;
Sabão neutro
Luvas de procedimento e/ou estéril;
Esparadrapo;
Atadura de crepe;
Espátula (se necessário)
Bota de Unna
Soluções, medicamentos e/ou coberturas conforme característica da lesão;
EPI (óculos, avental e máscara), se necessário
Papel Toalha ou gaze

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Conferir a prescrição;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Reunir o material;
- Chamar o paciente confirmando o nome, apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada. Repouso mínimo de 15 minutos, com MMII elevados, preferencialmente pela manhã, na primeira aplicação, ou quando necessário.
- Higienizar novamente as mãos;
- Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários;
- Retirar a bota anterior (se houver)

- Observar a ferida com relação ao aspecto da lesão, tamanho, exsudato, pele ao redor e presença de edema, hiperemia, calor ou dor local e odor.
- Mensurar com fita métrica a circunferência da panturrilha e tornozelo e registrar;
- Se necessário proceder à limpeza de membros, áreas próximas da ferida e pele periférica com sabonete neutro e água corrente tratada e secar com gaze ou papel toalha.
- Trocar luvas de procedimento
- Perfurar o frasco de SF 0,9% com agulha 25X12 ou 40X12 realizando desinfecção prévia do local com álcool 70%.
- Limpar o leito da ferida irrigando com jatos de SF 0,9% e se necessário utilizar de desbridamento instrumental conservador (POP 37).
- Utilizar o produto/cobertura adequado (POP 56);
- Iniciar pelos artelhos, aplicando progressivamente até a tuberosidade tibial. Realizar até 3 voltas próximas aos dedos dos pés.
- Cruzar a faixa em sentido diagonal no dorso do pé.
- Após realizar até três vezes o enfaixamento em oito no tornozelo, seguir cobrindo o calcanhar, podendo enfaixar até duas voltas na região do calcâneo.
- Terminar o enfaixamento do pé e tornozelo, seguir sempre reto o enfaixamento quando estiver na região posterior e cruzado na região anterior fomando visualmente um X.
- Ao chegar à altura da panturrilha, manter a perna apoiada, de modo que esta musculatura fique relaxada.
- Realizar enfaixamento em 8 (oito) até tuberosidade da tíbia, ou seja aproximadamente 2 (dois) dedos abaixo do joelho.
- Colocar gazes/ chumaços por cima da bota, no local da lesão. Enfaixar com ataduras de crepe no sentido distal proximal

- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em planilha de produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

- Observação
- *No caso de úlceras mistas a Bota de Unna poderá ser realizada desde que indicada pelo especialista que irá avaliar o IPTB (índice pressão tornozelo- braço) com auxílio do Doppler vascular para verificação do grau de comprometimento arterial.
- A indicação da Bota de Unna é realizada por médicos e enfermeiros capacitados.
- Em MMII de maior tamanho (largura e comprimento), reduzir numero de voltas na região do pé e calcâneo.
- É possível realizar além do enfaixamento em 8, o enfaixamento circular. Avaliar a melhor técnica de acordo com o produto.
- Na presença de sujidade na atadura e nas gazes as mesmas podem ser trocadas.
- Após a primeira colocação agendar retorno após 48 hs para avaliação. Orientar e avaliar sinais de alerta como piora da dor, cianose de extremidades, formigamento e piora do edema. As demais trocas devem permanecer em até 7 dias ou antes de acordo com a necessidade, assim como o curativo secundário deve ser trocado diariamente ou conforme a quantidade de exsudato.

8.25. POP 25 - Campanha de Vacinação

Definição

Determinação das normas e procedimentos necessários na organização e funcionamento das campanhas de vacinação.

Objetivo

Organizar o processo de trabalho antes, durante e após a campanha de vacinação;

Controlar a ocorrência de agravos preníveis por vacinação;

Garantir a máxima segurança na administração de imunobiológicos.

Contraindicação

Não há contraindicação para realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Informe técnico da Campanha a ser realizada;

Plano operativo (vide materiais do POP 74 – Vacinação);

Mapa para registro da temperatura;

Mapa de registro de doses aplicadas na campanha.

Material informative

Impresso para registro da vacina administrada

Cartão de vacina

Adesivos de campanha

Seringas

Agulhas

Caixas térmicas

Termômetros digitais

Bobina de gelo reutilizável

Caixa de perfurocortante

Descrição do procedimento

Antes da Campanha

- Preencher o plano operativo e enviar para a VISA de referência), fazendo previsão de insumos e materiais de acordo com a população alvo, recursos humanos devidamente atualizada para a escala de trabalho, postos volantes conforme necessidade territorial;
- Realizar reunião com a equipe de enfermagem, orientando os fluxos e atualizando quanto aos procedimentos e eventuais mudanças;
- Organizar a escala de trabalho para o período da campanha, garantindo que os funcionários que participarão da campanha passem por reunião prévia de atualização.
- Organizar a equipe de postos fixos e volante, observando que os postos volantes podem funcionar por meio período, a critério do planejamento prévio feito na Unidade;
- Divulgar com antecedência na região, o dia, horário de funcionamento e local dos postos de vacinação;
- Na véspera da campanha, separar e organizar todo o material a ser utilizado, identificando por posto de vacinação.

Durante a campanha

- Reunir a equipe e para distribuir o material e dar as últimas instruções; assegurando que a equipe de trabalho esteja completa e que tenha os insumos necessários;

- Preparar as caixas térmicas segundo procedimento padrão para rede de frio, realizando a ambientação dos gelos reutilizáveis;
- Verificar a temperatura das caixas térmicas durante TODO o período da campanha e registrar em impresso próprio a cada 3h;
- Supervisionar as técnicas e procedimentos de administração da vacina, qualidade do registro, condições da rede de frio e descarte dos resíduos (Enfermeiro);
- Consolidar as informações (doses aplicadas nos grupos específicos, perdas eventuais e intercorrências) e enviar o consolidado de campanha para o coordenador da campanha da VISA de referência (email, fax, telefone), no horário pré estabelecido.

Após a campanha

- Realizar reunião com os participantes da Campanha, avaliando as estratégias utilizadas, problemas ocorridos, propostas para novas campanhas.
- Encaminhar as dos dados da campanha de vacina, à VISA de referência, avaliando cobertura vacinal e definindo estratégias para atingiar metas em próximas campanhas.

Pressuposto Básico

- Planejamento das doses de vacina necessárias para campanha: considerar a população a ser vacina somando um percentual de 20% para perdas eventuais.
- **Postos fixos e volantes**: A localização dos postos de vacina, a divulgação dos locais e cumprimento dos horários de funcionamento devem ser estratégicos para o alcance das metas.
- **Escala de trabalho**: a escala de funcionários para campanha não é um

momento pontual. Deve ser preparada durante todo o ano, de forma a manter a equipe de Enfermagem atualizada em relação ao calendário vacinal e técnicas de aplicação, garantindo que para a Campanha sejam escalados funcionários com conhecimentos e habilidades em sala de vacina.

- **Atualização da Equipe de Enfermagem que trabalhará na Campanha**: O Enfermeiro deverá registrar toda capacitação técnica ofertada aos funcionários que estiverem na sala de vacina e/ou que participarão de futuras campanhas de vacina.
- **Escala de Campanha**: estima-se os seguintes profissionais para compor cada equipe: um anotador, um preparador e um vacinador e, se necessário, um organizador de fila;
- A escala do profissional que ficará na mesa como anotador deve ser feita por profissional de Enfermagem devidamente capacitado, pois determinará quais as vacinas que deverão ser aplicadas;
- Ao organizar a escala de trabalho atentar-se para os funcionários que tenham restrições de trabalho de acordo com o relatório do serviço médico;
- Respaldo técnico para ações coletivas: o dia “D” da Campanha de Vacinação é um momento diferente em relação aos processos de trabalho de rotina e por isto podem seguir a rotina de uma mesa que faz a leitura de carteira de vacina e de funcionários que aplicam a vacina, a critério dos funcionários envolvidos.
- A preparação da vacina deve ser realizada no momento da aplicação.
- Não é permitida a realização da aplicação de vacina preparada por outro profissional de Enfermagem. Sendo assim, a escala de enfermagem deve contemplar o rodízio entre preparadores que serão os aplicadores.
- **Papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS):** é imprescindível na avaliação de atrasos vacinais domiciliares e encaminhamentos para

avaliação no Centro de Saúde. Este procedimento, no entanto, não pode ser confundido com a escala deste profissional na função de leitura de carteira na mesa de Campanha, sendo de responsabilidade do enfermeiro esta escala e as respectivas intercorrências.

- Os ACS poderão participar das campanhas de vacinação, conforme suas atribuições para orientação dos endereços, monitoramento rápido de cobertura, posto volante e vacinação domiciliar; como vacinador em campanha antirrábica quando capacitado; convocação da população alvo e divulgação da campanha, sempre sob supervisão do Enfermeiro.
- A função administrativa de digitação de planilhas das etapas e respectivo encaminhamento à VISA de referência estará sob responsabilidade do auxiliar administrativo.
- Usar de critérios ao solicitar as etapas que serão distribuídas conforme aprovação do plano operativo pela VISA de referência;
- Compondo a equipe devemos ter um preparador e um aplicador, trabalhando em conjunto e respeitando o fluxo;
- As unidades de saúde deverão manter um arquivo com o registro do processo de organização das campanhas anteriores (plano operativo, equipe de trabalho, etapas, consolidado) para facilitar o processo de trabalho de campanhas posteriores.

8.26.POP 26 - Cateterismo Vesical de Demora

Definição

É a introdução de uma sonda/cateter estéril e permanente da uretra até a bexiga com finalidade diagnóstica ou terapêutica.

Objetivo

Controlar o volume urinário;

Possibilitar a eliminação da urina em pacientes imobilizados, inconscientes ou com obstrução.

Contraindicação

Obstrução mecânica do canal uretral;
Uretrite;
Hipertrofia prostática (relativa – necessário avaliação médica).
Executante Enfermeiro (privativo).

Material

EPIs (avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção, luva estéril);
Biombo;
Bandeja de cateterismo vesical esterilizada (contendo cuba rim, pinça para antissepsia, cuba redonda, gazes esterilizadas e campo fenestrado);
Sonda de Foley de calibre adequado;
Sistema fechado de drenagem urinária estéril;
Ampola de água destilada (quantidade para encher o balonete conforme discriminado na sonda);
Agulha para aspiração;
Seringa de 20ml sem luer lock;
Lidocaína gel 2%;
Fita adesiva (esparadrapo ou adesivo hipoalergênico);
Gaze estéril se necessário;
Solução de PVPI tópico;
Materiais para higiene íntima se necessário (água e sabão).

Descrição do procedimento

Após realizar higiene íntima se necessário, com a finalidade de prevenir a contaminação por agentes microbianos, realizar os seguintes passos:

Ação de enfermagem

- Checar a prescrição;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Chamar o paciente, confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
- Posicionar o paciente adequadamente:
- - **Sexo feminino**: decúbito dorsal, com joelhos flexionados e afastados com os pés sobre o leito.
- - **Sexo masculino**: decúbito dorsal com as pernas levemente afastadas.
- Paramentar-se com os EPIs;
- Colocar o recipiente para descarte próximo ao paciente, posicionando-o de forma a não passar o descarte contaminado sobre o campo estéril;
- Abrir o material de cateterismo sobre a mesa auxiliar ou entre os joelhos do paciente, atentar para o nível de consciência e agitação do mesmo;
- Abrir os materiais descartáveis (sonda, seringa, agulha, gaze estéril e sistema coletor fechado) e adicioná-los ao campo estéril com técnica asséptica;
- Abrir a ampola de água destilada sobre a mesa de cabeceira do paciente;
- Desprezando o primeiro jato, colocar solução de PVPI tópico nas gazes estéreis que se encontram na cuba redonda;
- Abrir bisnaga de lidocaína gel 2%, desprezando o primeiro jato.
- - Sexo feminino: colocar a solução sobre a gaze estéril.
- - Sexo masculino: após calçar as luvas estéreis solicitar ajuda para colocar o gel dentro de uma seringa de 20ml;
- Calçar luvas estéreis (POP 73);
- Com auxílio de uma seringa de 20ml e uma agulha de aspiração, sem

contaminar as mãos, aspirar água destilada necessária para insuflar o balonete conforme descrito na sonda de Foley e testá-lo, retirando a água após o teste e reservar a seringa com água no campo estéril;

- Adaptar a sonda de Foley na bolsa coletora (sistema fechado de drenagem esterilizado);
- Realizar a antissepsia da região genital, com auxílio da pinça, contaminando
- apenas a mão não dominante:
- Sexo masculino:
- retrair o prepúcio com a mão não dominante, segurar o pênis abaixo da glande.
- Manter a mão não dominante na posição durante todo procedimento;
- com a mão dominante, pegar uma gaze com a pinça e limpar o pênis. Fazer movimento circular do meato uretral para baixo até a base da glande. Repetir o procedimento três vezes.
- 26Sexo feminino:
- com a mão não dominante, retrair os grandes lábios e manter a posição ao longo do procedimento;
- usando pinça na mão dominante, pegar gazes estéreis saturadas com solução antisséptica e limpar sempre da frente para trás do clitóris na direção do ânus. Limpar meato uretral, pequenos e grandes lábios;
- Colocar o campo fenestrado sobre a genitália, deixando o meato exposto;
- Lubrificar a sonda com lidocaína. No homem, poderá ser injetado o lubrificante diretamente na uretra através de seringa de 20 ml;
- Introduzir a sonda delicadamente no meato uretral até observar a drenagem de urina.
- Quando paciente do sexo masculino, levantar o pênis na posição perpendicular ao corpo do paciente e introduzir a sonda até a bifurcação.
- Quando paciente do sexo feminino introduzir aproximadamente mais 10 centímetros, que garante que a sonda de Foley esteja posicionada após o

esfíncter uretral;

- Insuflar o balonete com água destilada, observando o volume marcado na sonda, mantendo a extremidade distal da sonda no interior da bexiga;
- Tracionar lentamente a sonda até sentir resistência;
- Retirar o campo fenestrado sem desconectar o sistema fechado de drenagem;
- Fixar sonda na parte interna da coxa (sexo feminino) e área suprapúbica (sexo masculino). Evitar possível tensão no trígono urogenital (sexo feminino) e tensão uretral na junção penescrotal (sexo masculino);
- Prender o coletor na parte inferior da cama após colocar a data, hora e nome do funcionário;
- Deixar o paciente confortável. Lavar e secar a área perineal conforme for necessário;
- Desprezar os materiais pérfuro- cortantes em recipiente adequado.
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em planilha de produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- Para realizar este procedimento é necessária prescrição médica (sondagem e retirada da sonda);
- Não há um intervalo ideal preconizado para a troca da sonda, mas recomenda-se a sua retirada precocemente;
- Respeitar a privacidade do paciente, mesmo que este esteja inconsciente;
- Manter o sistema de drenagem fechado, a não ser em situações específicas, como nas irrigações urinárias;

- Escolher sondas de menor calibre (12 a 16F) em adultos. Utilizar sondas de maior calibre (20 a 24 F) quando for passível a formação de coágulo;
- Trocar todo sistema de drenagem fechado quando ocorrer obstrução do cateter ou do tubo coletor, suspeita ou evidência de incrustações na superfície interna do cateter, violação ou contaminação do cateter e/ou do sistema de drenagem e febre sem outra causa conhecida;
- Manter bolsa coletora abaixo do nível da bexiga e orientar o paciente a mantê- la nesta posição;
- Clampear a extensão quando for necessário elevar o coletor acima do nível da bexiga;
- Alternar os locais da fixação e trocar a fita adesiva a cada 24 horas;
- Manter o ponto distal de drenagem do coletor de urina suspenso, ou seja, sem que este encoste no solo.
- Realizar higiene íntima com água e sabão, e do meato uretral, pelo menos duas vezes ao dia;
- Perguntar ao paciente se este apresenta alergia a látex, PVPI e/ou fita adesiva (micropore ou esparadrapo).
- Em caso de urgência, (bexigoma, infecções de urina, entre outras) a troca do CVD poderá ser delegada a profissional auxiliar/técnico de enfermagem devidamente capacitado.

8.27. POP 27- Cateterismo Vesical de Alívio

Definição

É a introdução de uma sonda/cateter estéril da uretra até a bexiga com finalidade diagnóstica ou terapêutica.

Objetivo

Colher material para exame.

Possibilitar a eliminação da urina em pacientes imobilizados.
Inconscientes ou com obstrução.
Esvaziar a bexiga em caso de retenção urinária.
Mensurar débito urinário.

Contraindicação

Obstrução mecânica do canal uretral.
Uretrite.
Hipertrofia prostática (relativa – necessário avaliação médica).

Executante

Enfermeiro.

Material

EPIs (avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção e luva estéril);
Biombo;
Bandeja de cateterismo vesical esterilizada (contendo cuba rim, pinça para antissepsia, cuba, redonda gazes esterilizadas e campo fenestrado);
Sonda uretral de alívio;
Seringa de 20ml sem luer lock;
Lidocaína gel 2%;
Gaze estéril se necessário;
Solução de PVPI tópico;
Materiais para higiene íntima se necessário (água e sabão).

Descrição do procedimento

- Após realizar higiene íntima se necessário, com a finalidade de prevenir a contaminação por agentes microbianos, realizar os seguintes passos:
- **Ação de enfermagem 01** Checar a prescrição; **02** Reunir o material;

- Higienizar as mãos (POP 42);
- Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
- Posicionar o paciente adequadamente:
- - **Sexo feminino**: decúbito dorsal, com joelhos flexionados e afastados com os
- pés sobre o leito.
- - **Sexo masculino**: decúbito dorsal com as pernas levemente afastadas.
- Paramentar-se com os EPIs;
- Colocar o recipiente para descarte próximo ao paciente, posicionando-o de forma a não passar o descarte contaminado sobre o campo estéril;
- Abrir o material de cateterismo sobre a mesa auxiliar ou entre os joelhos do paciente, atentar para o nível de consciência e agitação do mesmo;
- Abrir os materiais descartáveis (sonda, seringa e gaze estéril) e adicioná-los ao campo estéril com técnica asséptica;
- Desprezando o primeiro jato, colocar solução de PVPI tópico nas gazes estéreis que se encontram na cuba redonda;
- Abrir bisnaga de lidocaína gel 2%, desprezando o primeiro jato.
- - **Sexo feminino**: colocar a solução sobre a gaze estéril.
- - **Sexo masculino**: após calçar as luvas estéreis solicitar ajuda para colocar o gel dentro de uma seringa de 20ml;
- Calçar luvas estéreis (POP 51);
- Com auxílio da pinça, proceder antissepsia da região genital, contaminando apenas a mão não dominante:
- Sexo masculino:
- retrair o prepúcio com a mão não dominante, segurar o pênis abaixo da

glande.

- Manter a mão não dominante na posição durante todo procedimento.
- com a mão dominante, pegar uma gaze com a pinça e limpar o pênis. Fazer movimento circular do meato uretral para baixo até a base da glande. Repetir o procedimento três vezes.
- Sexo feminino:
- com a mão não dominante, retrair os grandes lábios e manter a posição ao longo do procedimento.
- usando pinça na mão dominante, pegar gazes estéreis saturadas com solução antisséptica e limpar sempre da frente para trás do clitóris na direção do ânus. Limpar meato uretral, pequenos lábios e grandes lábios;
- Colocar o Campo fenestrado sobre a genitália, deixando o meato exposto;
- Lubrificar a sonda com xilocaína. No homem, poderá ser injetado o lubrificante diretamente na uretra através de seringa de 20 ml;
- Introduzir a sonda delicadamente no meato uretral até observar a drenagem de urina;
- Drenar a diurese na cuba rim, quando for realizar coleta de exames, colocar a urina no coletor próprio e após drenar a urina na cuba rim;
- Retirar a sonda e o campo fenestrado;
- Desprezar a urina no vaso sanitário;
- Deixar o paciente confortável. Lavar e secar a área perineal conforme for necessário;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde ;
- Higienizar as mãos (POP 41);
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);

- Registrar o procedimento em Planilha de Produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- Para realizar este procedimento é necessário prescrição médica;
- Respeitar a privacidade do paciente, mesmo que este esteja inconsciente;
- Escolher sonda que sejam adequadas ao diâmetro da uretra do paciente.

8.28. POP 28 - Cauterização Umbilical

Definição

Aplicação de nitrato de prata para realizar cicatrização completa do coto umbilical.

Objetivo

Remover granuloma presente em região da cicatriz umbilical. O granuloma umbilical consiste em tecido de granulação de cor avermelhada resultante da persistência de pequena porção do cordão umbilical.

Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Luvas de procedimentos;
Gazes;
Álcool a 70%;

Haste de algodão flexível (cotonete®);
Bastão de nitrato de prata;
AGE, óleo de amêndoa ou similar.

Descrição do procedimento

- **Ação de enfermagem 01** Reunir o material;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Chamar o paciente/acompanhante, confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Encaminhar o bebê junto com a mãe ou responsável para um local privativo;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Realizar limpeza da cicatriz umbilical, com haste de algodão embebida em álcool a 70%;
- Proteger a pele ao redor da cicatriz umbilical com óleo;
- Abrir a cicatriz umbilical, a fim de visualizar o granuloma;
- Aproximar o bastão de nitrato de prata sobre o granuloma da cicatriz umbilical e aplicar por alguns segundos até ocorrer leve mudança na coloração. Trocar de região até passar por todo o coto umbilical;
- Proteger o coto com uma gaze sem fixar, cobrir com a fralda;
- Orientar a mãe ou responsável para realizar as trocas das fraldas normalmente e após o banho realizar a higienização do coto com álcool a 70%, sempre observando se o mesmo mantém-se seco;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);

- Registrar o procedimento em planilha de produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- Reavaliar diariamente e fazer aplicação uma vez ao dia até cicatrização completa por até três dias;
- Sempre observar presença de sinais flogísticos no local (hiperemia, calor, dor, secreção). Em caso de qualquer alteração, solicitar avaliação do enfermeiro imediatamente.

8.29. POP 29 - Coleta de Citologia Oncótica (Papanicolaou)

Definição

O exame de prevenção pela técnica de Papanicolaou ou citologia oncótica, consiste na coleta e análise de material celular da cérvice uterina que permite a detecção de lesões precursoras e da doença em estágios iniciais, antes mesmo do aparecimento dos sintomas, vem sendo utilizado largamente, desde sua descoberta, em 1943. É um exame bastante aceito pela comunidade científica e de relevância para a Saúde Pública, por ser de baixo custo e fácil realização.

Objetivo

Realizar coleta de citologia oncótica para rastreamento e diagnóstico de patologias cervicais e prevenção do câncer de colo uterino.
Coletar material cervical (endocérvice e ectocérvice) de colo uterino.

Contraindicação

Observar sangramento vaginal expressivo e/ou menstruação. Em Serviços com acesso à citologia oncótica , colposcopia , biópsia, etc. o teste de Schiller perde sua importância. Gestantes não coletar material da endocérvice.

Executante

Enfermeiro

Material

EPIs: óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;
Espéculo inoxidável estéril ou Espéculo descartável estéril;
Lâmina de vidro com uma extremidade fosca para identificação;
Espátula de Ayres;
Escova cervical;
Solução de fixação apropriada;
Recipiente para acondicionamento das lâminas;
Gaze;
Pinça Cheron;
Solução de Lugol;
Formulário de Requisição do exame e de remessa de exames;
Livro de registro;
Lápis para identificação da lâmina;
Camisola/Avental;
Lençol.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Chamar a paciente, confirmar o nome, apresentar-se, recepcionado -a.
- Realizar anamnese e registrar em prontuário (DUM, data última coleta, idade, dentre outros);
- Orientar a paciente quanto ao procedimento, apresentando os materiais que serão utilizados;
- Preencher formulário de solicitação do exame;
- Identificar a lâmina na extremidade fosca, com lápis grafite (iniciais do

nome, FF e código do CS), colocando- a na mesa auxiliar, para receber o material coletado;

- Oferecer camisola/avental à paciente encaminhando-a ao banheiro/local reservado solicitando que retire toda a roupa, vista o avental com a abertura para frente e esvazie a bexiga;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Solicitar à paciente que se deite sobre a mesa ginecológica, cobrindo-a com o lençol;
- Expor as mamas e realizar exame clínico das mamas, sempre explicando o procedimento;
- Em seguida auxiliar a paciente a se posicionar na mesa ginecológica adequadamente, para a coleta do exame citopatológico;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Realizar o exame da região vulvar, anotando se houver lesões esbranquiçadas ou hipercrômicas, nódulos, verrugas e/ou feridas, lesões, pólipos, leucorréias;
- Escolher o espéculo adequado (vide observações);
- Introduzir o espéculo, na posição vertical, ligeiramente inclinado (15º), fazendo uma rotação de 90º mantendo- o em posição transversa de modo que a fenda do espéculo fique na posição horizontal;
- Abrir o espéculo lentamente e com delicadeza;
- Se ao visualizar o colo uterino houver grande quantidade de muco ou secreção, seque-o delicadamente com uma gaze montada em uma pinça Cheron, sem esfregar, para não perder a qualidade da amostra;

<u>Coleta Ectocervical</u>

- Encaixar a ponta mais longa da espátula de Ayres no orifício do colo,

apoiando-a com firmeza, e com movimento rotativo de 360º ao redor de todo o orifício. Caso a amostra não tenha sido representativa repetir o movimento;

- Estender o material ectocervical, dispondo-o no sentido vertical ou horizontal, ocupando 2/3 iniciais da parte transparente da lâmina, com movimento de cima para baixo, utilizando as duas laterais da espátula;

Coleta Endocervical

- Utilize a escova de coleta endocervical, introduzindo-a delicadamente no canal cervical realizando movimento circular em 360º;
- Estender o material ocupando o 1/3 restante, rolando a escova de cima para baixo, em sentido único;

Teste de Schiller:

- Preparar a pinça Cheron com uma gaze na ponta e embebê-la em solução iodada (Lugol), pressionar a gaze delicadamente contra o colo uterino e proceder à leitura do exame:
- **Positivo:** quando a reação com o iodo for negativa, ou seja, quando não houver coloração do colo uterino. Resultado Alterado.
- **Negativo:** quando houver fixação do iodo nas células e o colo se apresentar colorido após aplicação do lugol. Resultado Normal.

Fixação

- Fixar o esfregaço imediatamente após a coleta, garantindo a manutenção das características originais das células, preservando-as do dessecamento (má- fixação) que impossibilita a leitura do exame.

São três as formas de fixação.

Polietilenoglicol (mais recomendada)

- Pingar 3 ou 4 gotas da solução fixadora sobre o material, que deverá ser completamente coberto pelo líquido.
- Deixar secar ao ar livre, em posição horizontal, até a formação de uma película leitosa e opaca na sua superfície.

Álcool á 95%.

A lâmina com material deve ser submersa no álcool a 95%, em vidros de boca larga.

Propinilglicol

- Borrifar a lâmina com o spray fixador a uma distância de 20cm. Fechar o espéculo, retirando-o delicadamente colocando em balde próprio;
- Retirar as luvas e auxiliar a paciente a descer da mesa ginecológica, encaminhando-a para vestir-se;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em planilha de produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- Em condições normais deve ser realizado anualmente em mulheres de 25

a 64 anos (Ministério da Saúde).

- Os procedimentos de acondicionamento, conferência, preenchimento de lâminas, preenchimento de guia de remessa e envio ao Laboratório de Citologia podem ser realizados pelos Técnicos/Auxiliares de Enfermagem, tendo os seguintes cuidados:
- As lâminas devem ser acondicionar as lâminas no recipiente próprio (caixa de madeira ou plástico) para transporte;
- Conferir cada lâmina com o formulário de solicitação do exame;
- Preencher a relação de remessa na mesma sequência das lâminas e das requisições;
- Enviar as lâminas ao Laboratório de Citologia conforme rotina do serviço;
- Caso a visualização do colo não seja possível solicitar que a paciente tussa ou faça pequena força com o períneo.
- Não coletar de mulheres menstruadas: aguardar o 5º dia após término da menstruação.
- Não usar creme vaginal, ducha vaginal, ou ter relação sexual ou submeter-se a exames intravaginais (ex. ultrasson) dois dias antes do exame.
- Evitar lubrificar o espéculo com agente oleoso.
- Em mulheres idosas, com vagina ressecada recomenda-se molhar o espéculo com solução salina (SF 0,9%).
- Em paciente virgem, a coleta deverá ser realizada por profissional médico.
- Em paciente gestante ou com suspeita de gravidez realizar apenas coleta de material ectocervical.
- Realizar coleta em mulheres histerectomizadas desde que o colo uterino tenha sido preservado, caso não realizar coleta do fundo de saco apenas.
- Recomenda-se que os enfermeiros (homens) realizem o procedimento acompanhados por um profissional de enfermagem evitando a exposição

do paciente e do profissional.

Tamanho do espéculo:

Tamanho	Indicação
Pequeno	Mulheres jovens, sem parto vaginal, magras ou menopausadas;
Médio	Mulheres com IMC normal;
Grande	Multíparas, Obesas.

8.30. POP 30 - Coleta de Citologia Hormonal Única

Definição:

Coletar amostras biológicas de material humano para auxiliar o diagnóstico e tratamento.

Objetivo:

Avaliar a ação hormonal, por meio da leitura dos esfregaços com secreção vaginal para diagnóstico de telarca precoce.

Contraindicação:

Não se aplica.

Executante: Enfermeiro

Material:

Luvas de procedimento;

Óculos de proteção;

Máscara cirúrgica;

Álcool a 70%;

Lâminas;

Cotonetes;

Frasco porta-lâminas de plástico;

Lápis;

Caixa térmica;

Livro de registro de exames.

Descrição do procedimento:

- Ação de enfermagem
- Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e acolher o paciente e responsável com atenção.
- Receber a guia de requisição de exames.
- Verificar se a guia de requisição está devidamente preenchida e com letra legível, contendo: nome completo do paciente, matrícula, número do cartão do SUS, data de nascimento ou idade, data da solicitação, exames solicitados, identificação do profissional (nome, número do registro e carimbo).
- Identificar as lâminas com iniciais do nome e número do prontuário a lápis.
- Identificar o frasco porta-lâmina com nome do paciente, número do prontuário e nome da unidade.
- Orientar paciente e responsável quanto à coleta, posicionando a paciente na maca com auxílio do responsável.
- Realizar a coleta de secreção vaginal, em introíto vaginal com cotonete.
- Realizar esfregaço da secreção, em duas lâminas, em forma de Z e três esfregaços paralelos nos lados não fosco, acondicionando-as em frasco porta- lâminas preenchidos com álcool à 70%.
- Orientar a responsável sobre o resultado do exame e retorno à consulta

médica.

- Registrar em livro de controle o número do prontuário, nome do paciente, data da coleta, nome do médico solicitante.
- Acondicionar os frascos identificados em caixa térmica e as requisições em envelope, encaminhando-os para o laboratório de análise.

Observações:

Orientar a responsável pela criança no momento do agendamento do exame, para que a mesma não realize higiene intima na criança 12 horas antes da coleta do exame.

8.31. POP 31 - Coleta de Exames Laboratoriais

Definição

Coletar amostras biológicas de material humano para auxiliar o diagnóstico e/ou tratamento em Unidades de Saúde descentralizadas ao Laboratório Municipal de Laranjal Paulista .

Objetivo

Realizar exames laboratoriais para diagnóstico, monitoramento e tratamento de doenças.

Contraindicação

Distúrbios de coagulação.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

EPIs

Tubos para coleta de sangue à vácuo

Kit estéril para urocultura

Frasco preparador para exame parasitológico de fezes

Kit não estéril para Urina I

Frasco preparador para exame protoparasitológico de fezes.

Caixa térmica azul com gelo reciclável congelado (para urina, fezes, baciloscopia, biópsias e outros exames. Cada tipo de material em uma caixa separada e devidamente identificada na parte externa).

Caixa vermelha sem gelo reciclável (para hemoderivados.) os quais deverão ser separados em estantes pela cor da tampa.

Gelo reciclável

Caixa para descarte de material pérfuro-cortante

Livro de registro para controle de exames realizados.

Descrição do procedimento

- Chamar o paciente pelo nome completo com o formulário único de requisição de exames nas mãos;
- Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução.
- Solicitar documento com foto e conferir com o nome constante no exame.
- Separar a guia de requisição de exames.
- Verificar quais exames foram solicitados.
- Solicitar ao paciente que assine o Termo de Consentimento para realização dos exames.
- Verificar quais exames foram solicitados e se contém, quando necessário, os demais documentos anexados (SADT, SINAN, Filipeta, etc).
- Verificar se os dados estão completos e igualmente descritos em todos os

documentos, com letra legível respeitando os espaços dos quadrados do formulário, contendo os dados: nome completo do paciente (sem abreviaturas), sexo, data de nascimento, matrícula, dados completos do solicitante (nome, categoria profissional, número do conselho de classe, assinatura e carimbo), número do cartão SUS e data da solicitação do exame. Se for gestante, assinalar o campo gestante do Formulário.

- Confirmar com o paciente se este encontra-se com o tempo de jejum adequado e demais preparos adequados para os exames solicitados;
- Questionar sobre os medicamentos de uso contínuo do usuário, orientando-o a ingeri-los/administrá-los após a coleta de sangue, evitando sempre que possível ultrapassar o horário de costume.
- Para os exames coletados em casa, checar se os frascos estão bem vedados e colocar nas respectivas caixas térmicas, as quais deverão estar com gelo reciclável congelado na quantidade padronizada e devidamente fechada.
- Identificar o(s) frasco(s) dos exames entregues pelo usuário (fezes e urina), com as etiquetas, de acordo com o tipo de exame.
- Identificar a guia de requisição com a etiqueta controle;
- Registrar em livro-controle: data da coleta, dados do paciente e discriminar os exames solicitados, colocando o número da etiqueta controle;
- Acondicionar o material colhido em residência na caixa térmica indicada;
- Orientar o paciente quanto ao resultado do exame;
- fornecer etiqueta com número do exame para controle;
- Encaminhar o paciente à sala de coleta, quando necessário, de acordo com exames solicitados;
- Deixar a guia de exames juntamente com as etiquetas e os tubos

separados para proceder a coleta de sangue, de modo que o usuário não fique de posse desse material.

Na sala de coleta:

- Chamar o paciente pelo seu nome completo com o formulário único de requisição de exames nas mãos e apresentar-se cordialmente ao usuário ou ao responsável, no caso de incapaz e/ou menor de idade.
- Conferir o nome do usuário, pedindo para que repita seu nome completo e apresente o documento com foto e conferir os exames solicitados e os tubos.
- Posicionar o usuário para a coleta, sentado ou deitado, a depender das condições do indivíduo e da faixa etária.
- Proceder ou orientar a coleta do exame solicitado.
- Higienizar as mãos utilizando água e sabão (POP 42) ou utilizer o álcool 70°
- Devidamente paramentado (EPIs), calçar as luvas de procedimento e fazer a escolha do local da punção.
- Fazer a desinfecção do local escolhido com gaze ou algodão embebido em álcool a 70%, realizando um único movimento de dentro para fora. Aguardar o álcool secar naturalmente e não tocar o local da punção. Se o paciente estiver usando roupas de mangas longas dobradas, verificar se a manga está prendendo a circulação. Se for o caso, desdobrar a manga, afrouxando-a.
- Abrir o material na frente do paciente. Realizar a quebra do lacre da agulha e conectá-la ao adaptador, certificando-se sempre de que o conjunto está bem acoplado.
- Garrotear aproximadamente a uns 04 cm do local escolhido para punção, não ultrapassando o tempo de 1 minuto para não haver alteração nos

resultados.

- Retirar a proteção da agulha e, imediatamente, fazer a punção na veia escolhida. Segurar o dispositivo entre os dedos polegar e indicador da mão dominante, posicionando o bisel da agulha para cima. Fazer a punção numa angulação oblíqua de aproximadamente 30 °.
- Inserir o tubo de coleta à vácuo mantendo o adaptador imóvel e quando o sangue começar a entrar no tubo, desgarrotear e pedir para que o usuário abra a mão.
- Aguardar o total preenchimento do tubo para depois colocar o próximo e é essencial obedecer à sequência dos tubos preconizada pela CLSI: 1º tubo de tampa azul- (Citrato / para Unidades autorizadas), 2ºtubo de tampa amarela com Gel Ativador, 3ºtubo de tampa roxa (EDTA) e por último, 4º tubo de tampa cinza (fluoreto de sódio/EDTA).
- Homogeneizar por inversão suavemente todos os tubos no mínimo oito vezes, inclusive o de tampa amarela e/ou vermelha. Uma inversão é contada após virar o tubo para baixo e retorná-lo a posição inicial.
- Retirar a agulha da veia acionando, imediatamente, o dispositivo de segurança da agulha, e colocando uma gaze ou algodão sobre o local e pedir para o paciente pressionar o local sem dobrar o braço.
- Descartar a agulha em caixa própria para resíduos pérfurocortantes; separar o adaptador de agulha (canhão) para posterior higienização com hipoclorito 1% por 30 minutos.
- Após a coleta dos exames na presença do usuário, etiquetar os tubos corretamente.
- Mostrar ao usuário submetido ao exame e/ou seu responsável os tubos etiquetados buscando a confirmação de que todas as amostras de sangue estão corretamente identificadas.
- Realizar novamente a checagem e separação das guias de solicitação de

exames e acondicionar em local que garanta sua integridade;

- Encaminhar ao Laboratório Municipal as guias de exames e os materiais coletados separados em caixas térmicas contendo gelo reciclável e acondicionados adequadamente;
- Registrar o procedimento em planilha de produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- Não entregar para o usuário os tubos e/ou o pedido de exame enquanto ele aguarda ser chamado na sala de coleta.
- O descarte das etiquetas excedentes é de responsabilidade do profissional que coletou o exame.
- Recomenda-se um fluxo único para o procedimento de coleta e não dividido por equipes de referência.
- Recomenda-se arquivar as guias de solicitação de exames na Unidade, evitando assim que o usuário rasure a mesma.
- Recomenda-se que o profissional que coletou o exame assine e carimbe o formulário único.
- Orienta-se a registrar em livro de coleta quando o paciente trouxer a guia de exames em mãos, vinda de outro serviço (Policlínicas, Hospital Mario Gatti, etc).
- Para os usuários incapacitados de realizar coleta espontânea de urina, deve-se realizar Cateterismo Vesical de Alívio (POP 27).
- Exames de DST/AIDS deverão ser realizados de acordo com a Portaria n° 77 MS/GM 12/01/2012.
- Exames de Microbiologia: Importante lembrar que amostras para exames de A fresco de Secreção vaginal-Grupo 13, Culturas em Geral (úlceras, Secreções de ferida, ocular e orofaringe)-Grupo 15 e Cultura de fezes –Grupo 16, DEVEM

SER ARMAZENADAS E TRANSPORTADAS AO LABORATÓRIO EM MALOTE SEM GELO, A TEMPERATURA AMBIENTE.

RDC 302 (item 6.1.7): "A amostra deve ser identificada no momento da coleta ou da sua entrega quando coletada pelo paciente". O descarte das etiquetas da cartela não utilizadas é de responsabilidade do profissional da coleta.

- Atenção: usar 01 adaptador de agulha por paciente a cada dia, realizando a desinfecção posteriormente.

8.32. POP 32 - Coleta de Tempo de Protombina (punção digital)

Definição

Método de exame com amostra de sangue capilar onde mede-se o tempo de Protombina (PT). É apresentado em valores de RNI (Relação Normalizada Internacional), informação chave necessária para se escolher a dose mais correta do medicamento anticoagulante.

Objetivo

Obter em apenas o valor de RNI no prazo de 01 minuto.

Contraindicação

Uso de álcool no local da punção capilar.

Condições adversas (estados febris, diarreia, náuseas e vômitos).

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

Material

Luva;

Gaze;

Lanceta;

Tiras

Aparelho do Coagucheck.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Chamar o paciente e confirmar documento de identidade, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução.
- Reunir o material apropriado para a técnica a ser realizada;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Posicionar o paciente na cadeira e avaliar o dedo que encontra-se em melhor condição para a punção capilar (sem lesões e com melhor perfusão periférica);
- Calçar as luvas de procedimento;
- Realizar a assepsia da região lateral do dedo escolhido.
- Colocar a tira no aparelho;
- Realizar a punção digital com lanceta e pressionar o dedo a fim de obter uma gota de sangue volumosa e depositá-la no local indicado na fita;
- Limpar o local e orientar o paciente pressioná-lo por alguns instantes para parar o sangramento;
- Aguardar a análise do aparelho e anotar o resultado no impresso disponível;
- Retirar as luvas e desprezá-las em local adequado;
- Informar o resultado ao paciente;

- Registrar o resultado no pedido do exame e no livro de controle interno. Anotar o horário, assinar e carimbar;
- Encaminhar o paciente para consulta médica;

Observação

As temperaturas elevadas influenciam na sensibilidade do aparelho.

8.33. POP 33 - Coleta de PKU

Definição

Exame laboratorial realizado com a amostra de sangue coletado do recém-nascido (após 48 horas de vida e antes de 28 dias, preferencialmente entre o 3º e 5º dia), normalmente através de punção do calcanhar.

Objetivo

Diagnosticar precocemente doenças genéticas, endocrinológicas e metabólicas com sintomatologia inespecífica ou assintomática no período neonatal.

Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, auxiliares/técnicos de Enfermagem.

Material

Luvas de procedimento;

Álcool a 70%;

Gaze ou algodão;

Lanceta;

Papel filtro específico para coleta.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Apresentar-se ao paciente/família e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Preencher os formulários, livros de registros e cartão de coleta, checando todas as informações com a família;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Solicitar ao responsável que permaneça em pé e segure a criança na posição vertical;
- Realizar antissepsia no local;
- Secar o excesso de álcool, evitando que haja diluição da amostra e hemólise;
- Massagear suavemente o calcanhar da criança para ativar a circulação;
- Segurar o pé e o tornozelo da criança, envolvendo com o dedo indicador e o
- polegar todo o calcanhar;
- Puncionar, com movimento firme e contínuo, uma das laterais da região plantar do calcanhar;
- Desprezar a primeira gota, evitando a interferência de outros fluidos teciduais nos resutados;
- Encostar o verso do papel filtro na nova gota que se formar na região demarcada para a coleta e fazer movimentos circulares com o papel, até o preenchimento de todo o círculo.
- Deixar o sangue fluir naturalmente e de maneira homogênea no papel;
- Repetir o procedimento até preencher todos os círculos;
- Colocar a criança deitada, após a coleta, e comprimir levemente o local

da punção com algodão ou gaze;

- Colocar a amostra para secar, em temperatura ambiente, na posição horizontal, por cerca de 3 horas;
- Desprezar os materiais pérfuro- cortantes em recipiente adequado.
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde.;
- Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em planilha de produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- Não há necessidade de jejum da criança;
- Não preencher os espaços vazios dos círculos com pequenas gotas de sangue para completar a área total, pois proporciona sobreposição do sangue e interfere nos resultados;
- Caso necessário, faça uma nova punção para obter a gota adequada, que deverá ser próximo da primeira, nunca no mesmo local, utilizando nova lanceta;
- Não expor as amostras ao sol para evitar o ressecamento;
- Após secas, as amostras devem ser acondicionadas em um único envelope, e estes colocados dentro de caixa (isopor ou plástica), que devem permanecer na parte inferior da geladeira (no máximo por 3 dias) até que sejam enviados ao laboratório.

8.34. POP 34 - Colocação de Colar Cervical

Definição

Selecionar e colocar o colar cervical de tamanho adequado, para a imobilização da coluna cervical de uma vítima de trauma e manutenção da tração e do alinhamento da cabeça e pescoço.

Objetivo

Proteger a coluna cervical de compressão;
Evitar o agravamento de possíveis lesões.

Contraindicação

- Objeto encravado no local de colocação do colar;
- Ferimento com sangramento intenso (fazer curativo compressivo antes da colocação do colar);
- Se a movimentação cuidadosa da cabeça e do pescoço em direção a uma posição alinhada e neutra provocar qualquer uma das seguintes reações, devendo ser imediatamente interrompida:
- Resistência ao movimento;
- Espasmos dos músculos do pescoço;
- Aumento da dor;
- Início ou aumento de déficit neurológico (como adormecimento, formigamento ou perda da motricidade);
- Comprometimento da via aérea ou da ventilação.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Colar cervical de tamanhos variados e/ou ajustáveis.

Descrição do procedimento

- Para realizar este procedimento com segurança é necessária a presença de dois socorristas, sendo pelo menos um deles profissional da enfermagem, o outro poderá ser um socorrista capacitado.
- Ação de enfermagem
- Explicar o procedimento ao paciente caso este esteja consciente e solicitar que não mova a cabeça e nem o pescoço;
- **Primeiro socorrista:** fazer a estabilização manual da cabeça e do pescoço da vítima em posição alinhada neutra; utilizar ambas as mãos, colocando o 2º ao 5º dedo e palmas da mão sob a região occipital e cada um dos polegares na região temporomandibular. Manter ligeira tração cefálica e o alinhamento da coluna cervical, eixo nariz, umbigo, pés;
- **Segundo socorrista:** retirar suavemente, roupas e adereços do pescoço e orelhas, para que esses não interfiram na colocação do colar cervical;
- Segundo socorrista: medir a distância entre a mandíbula e uma linha imaginária na base do pescoço (músculo trapézio) com uma das mãos, em posição transversal e avaliar o número de dedos que cabe nesse espaço, para determinar o tamanho do colar;
- Segundo socorrista: utilizar a medida feita com os dedos na lateral do colar (considerando apenas o plástico rígido e não a parte de espuma), para a seleção do tamanho adequado ou para fazer a regulagem nos colares ajustáveis;
- Segundo socorrista: colocar o colar de tamanho apropriado, enquanto o primeiro

- socorrista mantem a estabilização neutra alinhada da cabeça. Se a vítima estiver sentada a colocação deve ser iniciada pela frente, a partir do mento e o fechamento com o velcro na parte posterior, de forma firme, porém sem apertar. Na vítima deitada, a colocação deve ser iniciada pela parte da nuca, tendo o cuidado de dobrar o velcro para não enroscar nos cabelos e prender cabelos compridos, se necessário. Concluir a colocação do colar ajustando-o ao mento e fazer o fechamento com o velcro na lateral, mantendo uma folga apenas para conforto;
- Em caso de utilização de colar ajustável, certificar-se que este está travado no tamanho correto, antes de colocá-lo no pescoço da vítima;
- **Primeiro Socorrista**: Permanecer na posição inicial de estabilização manual da cabeça e do pescoço até que a vítima esteja totalmente imobilizada e não apenas com o colar cervical.

Observação

- Os colares devem ser de tamanho adequado para cada paciente;
- colar não deve impedir a abertura da boca do paciente (espontânea ou realizada pelo socorrista caso ocorra saída de secreção/êmese);
- colar não deve obstruir ou dificultar a ventilação.

8.35. POP 35 - Colocação do Dispositivo para Incontinência Urinária

Definição

Dispositivo de uso externo utilizado em pacientes do sexo masculino com incontinência urinária ou inconscientes.

Objetivo

Conforto e controle da diurese em pacientes incontinentes ou inconscientes.

Contraindicação Alergia ao látex.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

Material

EPI (luva de procedimento);
Bandeja;
Material para higiene: água morna, sabão, bacia e toalha;
Material para tricotomia, se necessário;
Dispositivo para incontinência urinária (Uripen) de tamanho adequado;
Coletor de urina sistema aberto;
Fita hipoalergênica;
Tesoura.

Descrição do procedimento
Ação de enfermagem

- Reunir o material;
- Chamar a paciente, confirmar o nome, e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
- Preparar os materiais, cortando a fita hipoalergênica previamente (1 tira de 20cm).
- Paramentar-se com os EPI;
- Realizar a tricotomia dos pêlos pubianos se necessário;
- Realizar higiene íntima, secando o pênis;
- Coloque o dispositivo como um preservativo, deixando um espaço livre na ponta do pênis;
- Enrole a fita hipoalergênica, metade sobre o dispositivo e metade sobre a pele para garantir a fixação;
- Conecte o coletor ao dispositivo;
- Recolha o material utilizado;

- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- Retirar o EPI e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em planilha de produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- Trocar o dispositivo diariamente.
- Realizar a higiene do pênis e do dispositivo, com água e sabão e secar muito bem;
- No ambiente domiciliar o dispositivo pode ser utilizado várias vezes, desde que bem higienizados;
- Se possível, retirar o dispositivo durante a noite, dando preferência ao uso do papagaio;
- Observar frequentemente: garroteamento, fixação, vazamentos e lesões decorrentes do trauma pela fita hipoalergênica;
- Suspender o uso se apresentar lesões ou edema no pênis. Aguardar restabelecimento da pele.

8.36. POP 36 - Consulta de Enfermagem ao Paciente Estomizado

Definição:

Procedimento permite a realização de ações de orientação para o autocuidado e prevenção de complicações em estomias, além de fornecer equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança de acordo com a estomia.

Objetivo:

Realizar o cadastro do paciente no programa;

Fornecer equipamentos para as pessoas com estomas;

Orientar a família, enfocando a inclusão do estomizado na família e sociedade.

Contraindicação:

Não se aplica

.

Executante:

Enfermeiro

Material:

Soro fisiológico 0,9%

Gazes

Luvas de procedimento

Sabonete líquido neutro

Mensurador para estomas

Tesoura curva

Material de estomia (bolsa, base de resina sintética ou base de adesivo microporoso, pasta, pó protetor de pele, coletor de urina e bolsa para estomias urinárias)

Descrição do procedimento:

Ação de Enfermagem

- Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e acolher o paciente e responsável com atenção.
- Lavar as mãos.
- Reunir os materiais.
- Informar o paciente sobre o procedimento.
- Cadastro do paciente com abertura do prontuário do programa, com CNS e CID.

- Calçar as luvas de procedimentos.
- Limpar delicadamente a pele ao redor do estoma, com gazes e soro fisiológico.
- Secar bem ao redor do estoma.
- Mensurar o estoma com o paciente deitado e sentado.
- Recorte a base no tamanho do estoma
- Aplicar pó protetor de pele se integridade da pele prejudicada (hiperemia, lesões).
- Aplique a base de modo que o estoma encaixe perfeitamente na área recortada e pressione suavemente
- Retire o ar de dentro da bolsa
- Feche com o clamp
- Registrar os dados do exame no prontuário
- Fornecer o material para um determinado tempo estabelecido pela portariaSMS/MS 400 de 16 de novembro 2009
- Orientar e marcar próximo retorno.

Observações:

- Guardar as bolsas de reserva em local arejado limpo e seco fora do alcance da luz solar.
- Dispositivos para ileostomias e urostomias deverão ser esvaziados quando estiverem com pelo menos 1/3 de seu espaço preenchido. É necessário esvaziar constantemente a bolsa para que não haja descolamento da pele e vazamento do efluente.
- Eliminar os gases em casos das colostomias.

8.37. POP 37 - Contenção Mecânica

Definição

É uma técnica de contenção física, com finalidade terapêutica, que utiliza dispositivos manuais para restringir os movimentos físicos do paciente no leito devido ao grau de risco que esse apresenta para si e/ou para os outros, em consequência de alterações psíquicas e comportamentais.

Objetivo

Controlar o comportamento violento evitando danos à integridade física do paciente, da equipe e de outras pessoas ao redor, com indicação restrita aos quadros psicopatológicos que coloquem em risco a vida do paciente e/ou das pessoas ao redor.

Contraindicação

Deve ser usado apenas quando todos os outros recursos terapêuticos se mostraram ineficazes ou quando paciente encontra-se agressivo. Sendo vedado o uso da contenção com o com o propósito de disciplina, punição e coerção.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Conjunto de faixas específicas para contenção física (faixa imantada ou de algodão merceirizado com espuma);

Lençol;

Algodão Ortopédico.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Avaliar técnica e clinicamente a necessidade terapêutica de realizar este procedimento;
- Assegurar que o procedimento faça parte de um projeto terapêutico;
- Verificar a existência da prescrição médica e/ou do Enfermeiro;
- É recomendado que haja cinco pessoas para auxiliar na contenção: um

profissional de enfermagem para auxiliar em cada membro do corpo, além do tórax e cabeça;

- É necessário que um dos membros coordene as ações, explicando o procedimento ao paciente e orientando a equipe.
- Iniciar a aplicação sempre pelo membro que apresenta maior risco de ser solto pelo paciente - dos MMSS pelos punhos e dos MMII pelos tornozelos, protegendo com com algodão ortopédico e mantendo a faixa dobrada;
- Abrir a faixa, juntar as pontas e passá- las pelo lado oposto da faixa com os punhos/tornozelos no meio, amarrando na lateral da cama;
- Proceder a contenção do tórax passando a faixa própria pela linha média mamilar e sem atingir a região do diafragma. Em caso de mulheres, utilizar a região inframamária colocando a faixa embaixo das mamas devolvendo-as à posição original;
- Colocar os dedos médio e indicador entre a faixa e o tórax, avaliando se há compressão excessiva. Se os dedos entrarem com dificuldade deve-se relaxar a tração e se entrarem com muita facilidade deve-se ajusta-la. A faixa não pode ser colocada sob as costas e passada por debaixo das axilas e tracionada para cima (em mochila);
- Proceder a contenção dos tornozelos envolvendo-os e fixando a faixa na lateral do leito;
- Reavaliar o paciente continuamente mantendo a elevação da cabeça do paciente, perfusão sanguínea, edema e pulsos periféricos dos quatro membros, avaliando se há presença de lesões cutâneas, expansão da caixa torácica, nível de consciência e estado psíquico, verificando sinais vitais antes e após a administração de fármacos e outros cuidados gerais (alimentação, higiene, eliminações, ambiente terapêutico);
- Em caso de contenção por mais de um período, realizar a mudança de decúbito a cada duas horas e liberação de uma área corporal por vez para a realização de movimentos ativos e passivos;
- Observar e anotar em prontuário quanto a segurança e conforto da

contenção a cada uma hora;

- Avaliar continuamente a necessidade de manter a contenção.

Observação

- A contenção mecânica deve ter o envolvimento da equipe multidisciplinar para que a decisão de realizá-la faça parte de um projeto terapêutico baseado clinicamente, não realizando-o com finalidade punitiva ou intimidadora.
- Técnicos ou Auxiliares de Enfermagem, excetuando-se as situações de urgência e emergência, somente poderão empregar a contenção mecânica do paciente sob supervisão direta do enfermeiro;
- Deve-se iniciar a retirada das faixas de contenção a partir do membro inferior não dominante e cerca de um minuto após, retira-se a faixa do membro superior do lado contrário, aguardando novamente um minuto até a liberação de um outro membro;
- Somente pelo motivo da contenção física não se justifica a sondagem vesical ou uso de dispositivo de incontinência urinária (Uropen), ou qualquer outro procedimento invasivo;
- Não há motivos que justifiquem manter o paciente contido após instalar-se o estado de sedação, pois cessa o perigo anteriormente presente;
- Deve-se evitar adaptações ou improvisações de faixas devido ao risco que essas representam ao paciente.

8.38. POP 38 - Desbridamento Instrumental Conservador

Definição

É a remoção do material estranho ou não viável da lesão traumática ou crônica, infectada ou não, até expor-se o tecido saudável. Consiste na remoção do tecido necrótico no qual são utilizados objetos cortantes, tais como tesouras ou bisturis. Poderá ser utilizado para remoção de necrose de coagulação(escara seca), área de necrose extensas e de necrose de liquefação(esfacelo).

Objetivo

Promover a limpeza da ferida, deixando-a em condições adequadas para cicatrizar; reduzir o conteúdo bacteriano, impedindo à proliferação dos mesmos e, também, preparar a ferida para intervenção cirúrgica (ex. enxerto e cicatrização por terceira intenção).

Contraindicação

Deficiência da capacidade cognitiva Afecções da cavidade bucal

Algumas situações podem representar um potencial risco para o paciente devido às manobras forçadas realizadas durante o exame, sendo sempre necessário a avaliação médica para indicação do exame.

Executante

Enfermeiro capacitado.

Material

Mesa auxiliar ou bandeja;

Bacia/cuba, se necessário;

Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente de rato e uma pinça Kelly;

Cabo e lâmina de bisturi;

Tesoura curva (se necessário);

Pacote de gazes esterilizadas;

Solução fisiológica 0,9% (morno ou temperatura ambiente)

Agulha 25x12 ou 40x12;

Luvas de procedimento e/ou estéril;

Equipamento de proteção individual

Produtos/ cobertura padronizados selecionados.

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem
- Chamar paciente confirmando o nome e apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Orientar o paciente/família que após a limpeza, a ferida aumenta a área e a profundidade.
- Reunir material necessário para o exame;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários
- Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
- Observar o curativo anterior antes da remoção;
- Remover curativo anterior com cuidado, umedecer com SF 0,9% (s/n) para a retirada do micropore e desprendimento da cobertura.
- Observar a ferida com relação ao aspecto da lesão, tamanho, exsudato, pele ao redor e presença de edema, hiperemia, calor ou dor local e odor.
- Se necessário proceder à limpeza, nas áreas próximas da ferida e pele periferida com sabonete neutro e água corrente tratada e secar com gaze ou papel toalha.
- Retirar luvas e higienizar as mãos;
- Abrir o pacote utilizando técnica asséptica, arrumar as pinças no campo e abrir os pacotes de gazes e colocar junto às pinças;
- Calçar luvas de procedimento ou estéreis (POP 51);
- Perfurar o frasco de SF 0,9% com agulha 25X12 ou 40X12 realizando desinfecção prévia do local com álcool 70%.
- Limpar o leito da ferida irrigando com jatos de SF 0,9%
- Secar a pele peri-lesão com gaze.
- Realizar a mensuração da ferida com régua de papel e/ou registro fotográfico sempre que possível, semanal/quinzenal
- Tracionar com a pinça dente de rato o tecido não viável, próximo à borda,

em seguida corta-se paralelamente ao leito, removendo o tecido como uma tampa. Outra opção é realizar a técnica de escarotomia que consiste na realização de incisões quadriculadas de aproximadamente 2 a 5 mm de profundidade, favorecendo a escarectomia.

- Realizar o curativo utilizando produtos /coberturas indicadas (POP 23)
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Retirar as luvas de procedimento/estéreis;
- Higienizar as mãos;
- Agendar retorno de acordo com a necessidade;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em planilha de produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

Desbridamento métodos:

Seletivo: remove apenas o tecido inviável sem afetar o tecido vivo.

Não-seletivo: pode remover tecido viável e inviável.

Classificação quanto ao mecanismo de ação:

Autolítico: refere-se à lise natural da necrose pelos leucócitos e enzimas digestivas do próprio corpo, que entraram em contato no leito da ferida, durante a fase inflamatória (ex: gazes embebidas em AGE, hidrogel etc).

Químico: são substâncias enzimáticas exógenas e são seletivas, porém se o tecido viável estiver presente pode ser levemente dolorido (ex: papaína gel).

Biológico: são utilizadas larvas de moscas que secretam coquetel de enzimas proteolíticas que liquefazem a necrose e facilita a limpeza da ferida. Desbridamento seletivo;

Mecânico: Consiste na remoção dos tecidos mortos ou de corpos estranhos do leito da ferida com a utilização de força física . (ex: fricção, úmido seco, irrigação com SF 0,9 %)

Instrumental conservador: este método é realizado com a utilização de objetos cortantes, tais como tesoura, lâminas de bisturi e outros instrumentais necessários dependendo da agressividade do procedimento, e pode variar desde a retirada de calosidades até grandes excisões. (Atenção: o plano de fáscia é o limite do enfermeiro). Os enfermeiros devem ser qualificados para realizar a técnica.

- A escolha do método deve considerar as condições clínicas do paciente, a urgência do tratamento (infecção, sepse, osteomielite), o tipo de tecido necrosado e a habilidade e competência do profissional.
- As situações clínicas citadas NAS CONTRA INDICAÇÕES são consideradas exceções para a prática, porém se houver instalação de processo infeccioso, essas orientações não se aplicam e o desbridamento deve ser implementado.
- Na presença de sangramento ou reação de sensibilidade à dor avaliar a continuidade do procedimento.
- Avaliar os casos de pacientes em uso de antiplaquetários ou anticoagulantes.
- Desbridamento Instrumentel cirúrgico é somente realizado por médicos.

8.39. POP 39 - Exame de Espirometria

Definição

A espirometria também conhecida como Prova de Função Pulmonar ou Prova Ventilatória é o exame que permite avaliar a velocidade e a quantidade de ar que um indivíduo é capaz de colocar para dentro e para fora dos pulmões por meio do espirômetro.

Objetivo

A espirometria serve para diagnosticar ou acompanhar a evolução de doenças pulmonares e avaliar a capacidade pulmonar. Indica se a quantidade de ar inspirado está sendo suficiente às necessidades do indivíduo.

Contraindicação

Instabilidade cardiocirculatória, infarto do miocárdio recente, tromboembolismo pulmonar, aneurismas cerebral, torácico ou abdominal, cirurgia ocular recente, náusea ou vômitos e cirurgia torácica e abdominal recente ou qualquer outra situação que limite a adequada técnica do exame (pertuito de traqueostomia que não haja oclusão adequada, diminuição do nível do sensório, incapacidade para permanecer sentado).

Executante

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem (habilitado pela Sociedade Brasileira Pneumologia e Tisiologia).

Material

Álcool 70% GL ou 70%;
Avental descartável;
Máscara N 95;
Luvas de procedimento;
Gazes;
Bocal descartável;
Clips nasal;
Papel toalha;
Medicação broncodilatadora (prescrição médica);
Caneta azul;
Lápis comum;
Papel sulfite A4;
Balança calibrada;
Esfigmomanômetro e estetoscópio;

Computador com programação específica para o exame;

Impressora;

Espirômetro;

Filtro descartável para função pulmonar;

Seringa calibradora.

Descrição do procedimento

Ação de Enfermagem

- Chamar o paciente, confirmando o nome, apresentando e explicando o procedimento que será realizado;
- Conferir a guia de requisição está preenchida com letra legível contendo: nome completo do paciente, matrícula, número do cartão SUS, data de nascimento ou idade, data da solicitação, exames solicitados, identificação do profissional (nome, número do registro e carimbo).
- Verificar se as orientações do preparo para exame foram seguidas;
- Solicitar a presença de um acompanhante;
- Preparar e calibrar o espirômetro (computador), conferir os parâmetros conforme normas técnicas (SBPT);
- Mensurar dados antropométricos;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Calçar luvas de procedimento, avental descartável, máscara N95, e outros EPIs necessários;
- Preparar e orientar os pacientes, verificando se há contraindicações;
- Manter paciente sentado de 5 a 10 minutos, pedir que respire através do tubo contendo o bocal conectado ao espirômetro;
- Colocar presilha de borracha no nariz, respiração pela boca e tenha que passar pelo aparelho.
- Pedir que o paciente respire tranquilamente por algum tempo;
- Encher o pulmão de ar completamente e assoprar com máxima de força e rapidez possível depois lentamente;
- Aplicar a medicação broncodilatadora spray (prescrição medica),

aguardar 20 minutos em repouso;

- Repetir o exame novamente;
- Orientar o paciente a higienizar a cavidade oral pós uso da medicação broncodilatadora;
- Entregar o resultado do exame em duas vias para o paciente;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em planilha de produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- paciente deve estar em repouso por 5 a 10 minutos antes do exame.
- Não é necessário jejum.
- Não ingerir chás, cafés, ou bebidas alcóolicas 6 horas antes do inicio do exame
- Suspender por 4 horas o uso do broncodilatadores de ação rápida (Sabutamol) e por 10 horas de ação prolongada (Tiotropico)
- Não se deve fumar nas 2 horas que antecedem o exame.
- Este procedimento é executado pelo médico, sendo necessário auxilio do profissional de Enfermagem para realização do procedimento ambulatorial.

8.40. POP 40 - Exame Clínico das Mamas

Definição

Avaliação clínica das mamas para todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade, com periodicidade anual.

Procedimento compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independente da faixa etária.

Objetivo

Identificar alterações e anormalidade;
Avaliar sintomas referidos pela paciente;
Detectar precocemente nódulos mamários.

Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro

Material

EPI (luvas de procedimentos)
Camisola/Avental.
Lâmina para coleta de secreção papilar (se necessário)

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Realizar anamnese e registrar em prontuário;
- Oferecer camisola/avental à paciente encaminhando-a ao banheiro/local reservado solicitando-a que retire a parte superior da roupa e coloque a camisola com a abertura para frente;

- Solicitar à paciente que sente na maca;
- 07- Realizar a inspeção estática das mamas, observando lesões, alterações na pele, retrações, edemas e abaulamentos;
- Realizar a inspeção dinâmica das mamas: Solicitar à paciente que abra os braços paralelos ao corpo e os levante até a cabeça, e com as mãos na cintura contraia a musculatura peitoral;
- Realizar palpação dos linfonodos axilares e supraclaviculares ainda com a paciente sentada.
- Solicitar à paciente que deite na maca e coloque os braços atrás da cabeça;
- Observar o acrômio BREAST (em inglês): B- massa na mama (*breast mass*),
- R- retração (*retraction*),
- E- edema (*edema*), linfonodos axilares (*axillary nodes*), S- ferida no mamilo (*scaly nipple*) e
- T- Sensibilidade na mama (*tender breast*);
- Realizar palpação das mamas, uma de cada vez;
- Utilizar as polpas digitais do 2º, 3º e 4 º dedos para examinar todo o tecido mamário de forma circular da área distal para proximal do mamilo;
- Cada quadrante deve ser examinado com três níveis de pressão: leve, médio e profundo;
- A região da aréola e da papila (mamilo) deve ser palpada e não pressionada (comprimida) a menos que haja descarga papilar espontânea;
- Auxiliar a paciente a descer da mesa ginecológica, encaminhando-a para vestir-se;
- Orientar a paciente sobre os achados e solicitar exame complementar se necessário;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em planilha de produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- Em caso de mulheres mastectomizadas a palpação deve ser realizada na parede do tórax, pele e incisão cirúrgica;
- Em caso de descarga papilar presente, independente do aspecto, proceder à coleta da secreção em uma lâmina, identificando a mama coletada. Preencher impresso específico para coleta de secreção papilar. Encaminhar ao laboratório e anotar procedimento no prontuário;
- O uso de luvas de procedimento é facultativo.

8.41. POP 41 - Realização de Eletrocardiograma

Definição

Registro gráfico de alterações em potencial elétrico da atividade cardíaca, cujo produto final resulta no eletrocardiograma.

Objetivo

Obter registro gráfico da atividade cardíaca para obtenção de diagnóstico, avaliação da terapêutica medicamentosa e evolução clínica.

Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Eletrocardiógrafo;

Papel milimetrado;

Cardioclip;

Eletrodo descartável ou eletrodo de sucção;

Álcool a 70%;

Algodão seco ou gaze;

Gel condutor;

Dispositivo para realização de tricotomia (se necessário);

Lençol.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Chamar o paciente, confirmando o nome, apresentando-se ao paciente e explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução
- Checar a prescrição;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
- Checar o funcionamento do eletrocardiográfico;
- Checar a integridade do cabo de força, fio terra e cabo do paciente;
- Solicitar a retirada e/ou retirar objetos metálicos e/ou eletrônicos;
- Solicitar e/ou posicionar o paciente em decúbito dorsal, com membros superiores e inferiores paralelos ao corpo, de forma não adjacente, relaxados;
- Solicitar e/ou expor tornozelos, punhos e tórax;
- Cobrir o paciente, com o auxílio do lençol, para que o mesmo não fique totalmente exposto;
- Conectar o eletrocardiógrafo à rede de energia, atentando-se à voltagem da tomada. Seguir as orientações de utilização, segundo o fabricante;
- Ligar o eletrocardiógrafo;
- Inserir papel milimetrado no local indicado.
- Solicitar ao paciente que permaneça em repouso, evite tossir ou conversar, enquanto o ECG está sendo registrado;
- Efetuar a remoção de gordura, com algodão embebido em álcool a 70%, das faces anteriores dos antebraços, na porção distal e das faces internas dos tornozelos (acima dos maléolos internos);
- Colocar cardioclip em membros superiores e membros inferiores, usando gel condutor ou outro material de condução (conforme orientação do fabricante), para obtenção dos registros das derivações monopolares e bipolares, seguindo

o seguinte arranjo com o cabo do paciente:

- **Cabo vermelho (RA)** em membro superior direito; **Cabo amarelo (LA)** em membro superior esquerdo; **Cabo preto (RL)** em membro inferior direito;
- **Cabo verde (LL)** em membro inferior esquerdo.
- Colocar os eletrodos de sucção (preferencialmente), ou eletrodos descartáveis no tórax, utilizando gel condutor ou outro material de condução (conforme orientação do fabricante) para os primeiros, para obtenção dos registros das derivações precordiais, seguindo o seguinte arranjo com o cabo do paciente:
- **Cabo vermelho (V1)** em 4º espaço intercostal, à direita do esterno;
- **Cabo amarelo (V2)** em 4º espaço intercostal, à esquerda do esterno; **Cabo verde (V3)** em 5º espaço intercostal, diagonalmente entre V2 e V4; **Cabo marrom (V4)** em 5º espaço intercostal, na linha média clavicular; **Cabo preto (V5)** em 5º espaço intercostal, na linha axilar anterior;
- **Cabo roxo (V6)** em 5º espaço intercostal, na linha axilar média.
- Verificar os Leds de alerta para: pilha/bateria, memória, saturação, ruído, eletrodo, filtro, ganho, velocidade, modo de operação, up/down, calibração e derivações e, caneta e haste de plotagem. Corrigir problemas que forem detectados;
- Apertar o botão “segue”;
- Avaliar se o registro efetuado pelo equipamento é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico;
- Aguardar o sinal sonoro, que indica o término da aquisição dos potenciais elétricos;
- Retirar eletrodos e cardioclips;
- Realizar limpeza do tórax, membros superiores e membros inferiores, principalmente quando utilizado o gel condutor;
- Retirar e/ou destacar folha do ECG;
- Identificar o ECG com: nome completo do paciente, idade, data de nascimento, data e hora da realização, carimbo e assinatura do profissional, nome da instituição;

- Deixar o paciente confortável;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em Planilha de Produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- paciente deve estar em repouso absoluto para a realização do procedimento, no mínimo 15 minutos e 30 minutos para quem estava fumando;
- Realizar tricotomia, caso seja necessário;
- Realizar limpeza imediata e eficaz das porções metálicas dos cardioclips e eletrodos de sucção, para não acumular sujidades e consequente alteração na capacidade de aquisição dos potenciais elétricos;
- Alertar o paciente quanto a possibilidade de pequenas lesões na utilização de eletrodos de sucção, que devem evoluir com regressão do hematoma em dois dias;
- Utilizar a convenção de programação com: ganho N, velocidade de aquisição de 25mm/s, modo automático e derivação DII;
- É possível alteração na disposição das derivações precordiais quando asmesmas estiverem voltadas para a direita (V1R, V2R, V3R, V4R, V5R, V6R) e com derivações posteriores à esquerda (V7, V8, V9, V10, V11, V12). Nos referidos casos, deve-se identificar as novas derivações no ECG;
- Em situações que o cardioclip não pode ser utilizado nos membros devido a amputações, imobilizações e/ou traumas, deve ser utilizado eletrodos descartáveis nas porções proximais dos membros;

8.42. POP 42 - Higienização simples das mãos

Definição

É a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde.

Objetivo

Remover a sujidade e outros resíduos;

Reduzir a microbiota transitória;

Prevenir a transmissão de microorganismos patogênicos.

Contraindicação

Não há contraindicação para realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Pia;

Papel toalha;

Almotolia de sabão líquido neutro ou soluções antissépticas.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Confirmar a presença dos materiais necessários para o procedimento;
- Retirar adornos;
- Arregaçar a manga do vestuário até altura do cotovelo, se necessário;
- Posicionar-se em frente a pia, sem encostar-se à mesma;
- Abrir a torneira;
- Molhar as mãos;
- Fechar a torneira;
- Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido neutro para cobrir toda superfície das mãos;

- Friccionar toda a superfície de 10 a 15 segundos:
- palma contra palma;
- palma direita sobre dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos;
- palma esquerda sobre o dorso da mão direita, entrelaçando os dedos;
- palma contra palma com os dedos entrelaçados, friccionando os espaços interdigitais;
- parte posterior dos dedos em oposição à palma, com movimentos de vai-vem;
- rotação dos polegares direito e esquerdo;
- friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda fechada em concha fazendo movimento circular e vice-versa;
- esfregar punho esquerdo com auxílio da palma da mão direita em movimento circular e vice-versa;
- Abrir a torneira;
- Enxaguar as mãos no sentido dos dedos para os punhos;
- Enxugar as mãos com papel toalha, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;
- Fecha a torneira com auxílio do mesmo papel toalha que enxugou as mãos e despreza-lo na lixeira de resíduos comuns.

Observação

- Segundo a NR32 não se deve usar adornos no local de trabalho;
- Os cinco momentos para a higienização das mãos são: antes de contato como paciente, antes da realização de procedimento asséptico, após risco de exposição a fluidos corporais, após contato com o paciente, após contato com as áreas próximas ao paciente;
- Manter unhas curtas e limpas e não utilizar unhas artificiais;
- Evite espirrar pois os microrganismos disseminam-se com maior facilidade em superfícies úmidas.

8.43. POP 43 - Higienização Pré-Operatória das Mãos

Definição

É a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde.

Objetivo

Eliminar a microbiota transitória da pele e reduzir a microbiota residente, além de proporcionar efeito residual na pele do profissional;

Prevenir a transmissão de microorganismos patogênicos.

Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Solução antisséptica degermante;

Escova cirúrgica estéril;

Compressa cirúrgica estéril;

Espátula caso seja necessário.

Descrição do procedimento

Utiliza-se a mesma técnica para a lavagem das mãos simples, substituindo-se o sabão por uma solução degermante.

Ação de enfermagem

- Confirmar a presença dos materiais necessários para o procedimento;
- Retirar adornos;
- Arregaçar a manga do vestuário até altura do cotovelo, se necessário;

- Posicionar-se em frente a pia, sem encostar-se à mesma;
- Abrir a torneira;
- Molhar as mãos, antebraços e cotovelos;
- Recolher com as mãos em concha, a solução antisséptica e espalhar nas mãos, antebraços e cotovelos. No caso de usar escova impregnada com antisséptico, pressionar a parte da esponja contra a pele e espalhar por todas as partes;
- Friccionar ou escovar, com a escova estéril, as mãos, antebraços e cotovelos, por 3 a 5 minutos, mantendo as mãos acima dos cotovelos;
- Limpar sob as unhas com as cerdas da escova ou com limpador (espátula);
- Enxaguar as mãos em água corrente, no sentido das mãos para os cotovelos, retirando todo o resíduo do produto usado;
- Manter as mãos em um nível mais alto que os cotovelos;
- Fechar a torneira com o cotovelo, se a torneira não for fotossensível;
- Enxugar as mãos e antebraços com compressa estéril, iniciando pelas mãos e seguindo por antebraço e cotovelo;
- Colocar a compressa estéril em local apropriado.

Observação

- Segundo a NR32 não se deve usar adornos no local de trabalho;
- Manter unhas curtas e limpas e não utilizar unhas artificiais;
- A degermação das mãos deve ser sempre realizada antes de procedimentos cirúrgicos ou invasivos;
- Antes de iniciar a degermação das mãos e antebraços, colocar a touca, a máscara cirúrgica e os óculos de proteção;
- Evitar o uso de água muito quente ou muito fria na lavagem das mãos para evitar ressecamento da pele.

8.44. POP 44 - Lavagem Gástrica

Definição

Procedimento realizado para diminuir a absorção de agentes tóxicos (por ingestão de alimentos ou medicamentos), bem como remover secreções irritantes à mucosa gástrica.

Objetivo

Diminuir a exposição dos agentes tóxicos por medidas de esvaziamento gástrico ou pela diminuição da absorção intestinal;

Drenar secreções da cavidade gástrica;

Limpar e remover secreções irritantes;

Diagnosticar e tratar hemorragia gástrica;

Obter conteúdos gástricos para análise laboratorial;

Esvaziar o estômago para preparo de exame endoscópico.

Contraindicação

Ingestão de substância corrosiva.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

Material

EPI (luva de procedimento);

Sonda nasogástrica calibrosa;

Gaze não estéril;

Gel hidrossolúvel;

Seringa de 20ml;

Soro Fisiológico 0,9%;

Equipo macro gotas;

Bolsa coletora.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Checar a prescrição;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
- Paramentar-se com o EPI;
- Proceder à técnica de SNG, se o paciente não estiver sondado (POP 61);
- Se estiver com sonda, conectar o equipo da solução na SNG e infundir lentamente;
- Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo elevado com cabeça fletida, diminuando a passagem do conteúdo gástrico para o duodeno durante a lavagem gástrica;
- Administrar volumes fracionados de SF 0,9% conforme prescrição médica, permitindo retorno do líquido infundido. Repetir o procedimento até que o líquido instilado retorne claro e não se observe resíduos;
- Retirar a sonda e recolher o material.
- Após a sondagem oferecer gargarejo para limpar a boca.
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde. ;
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em planilha de produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- Em crianças, utiliza-se SF 0,9% aquecido a 38°C para evitar hipotermia.
- Durante a lavagem, observar o volume de retorno, que deverá ser o mesmo do infundido.
- Checar a necessidade de coleta de material para análise laboratorial, que deve anteceder a lavagem gástrica.
- Observar continuamente qualquer alteração de nível de consciência e monitorar frequentemente os sinais vitais, pois a resposta vagal natural à intubação pode diminuir a frequência cardíaca do paciente.

8.45. POP 45 - Lavagem Intestinal

Definição

Lavagem intestinal consiste no processo de introdução no intestino de solução, medicamentosa ou não, por meio de sonda retal. O processo de lavagem intestinal também é denominado enteroclisma. Quando a quantidade de solução infundida é menor (de 50ml a 500ml) é denominada clister ou enema.

Objetivo

Auxiliar no amolecimento do conteúdo fecal viabilizando sua exteriorização, aliviando a constipação;

Preparo e realização de procedimento diagnóstico ou terapêutico.

Contraindicação

Portadores de apendicite;

Obstrução intestinal;

Hemorragia retal não diagnosticada;

Lesões intestinais.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

EPI (luvas de procedimento, óculos, avental)
Solução prescrita;
Sonda retal;
Equipo macrogotas;
Suporte de soro;
Comadre ou fralda descartável;
Xylocaína 2%, (se for necessário realizar toque retal);
Biombo se necessário.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente,explicando procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar execução;
- Checar a prescrição;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
- Aquecer a solução prescrita a 37º e conectar o equipo macrogotas e a sonda retal
- Paramentar-se com os EPIs;
- Posicionar o paciente em DLE, se possível, com MIE estendido e MID fletido
- Lubrificar a sonda retal com a própria solução a ser administrada ou utilize xylocaina 2%;
- Introduzir a sonda retal lentamente no ânus, cerca de 5 a 7cm nas

crianças e 10 a 13 cm nos adultos;

- Infundir a solução de acordo com a prescrição médica
- Após o término da infusão, retirar a sonda e comprimir as nádegas
- Oferecer a comadre, colocar fralda descartável ou encaminhar o paciente ao vaso sanitário, conforme condições clínicas;
- Deixar o paciente confortável;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em planilha de produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- Observar lesões de pele e mucosa antes e após o procedimento;
- Nunca forçar a introdução da sonda, em caso de resistência comunicar o enfermeiro ou médico, o toque retal é realizado de forma exclusiva pelo enfermeiro ou médico, com o consentimento prévio do médico, paciente e/ou família;
- Na ocorrência de desconforto abdominal, suspender o uso imediatamente;
- enfermeiro avalia os riscos e habilidade do cuidador para permanência ou não do profissional de enfermagem no domicilio até o final do gotejamento;
- cuidador deverá avisar a equipe por meio de ligação telefônica sobre o resultado do procedimento;
    - Combinar sempre que possível com o cuidador o melhor horário a ser realizado o procedimento, pois neste dia, os cuidados lhe tomarão mais tempo.

8.46. POP 46 - Limpeza, Desinfecção e Esterelização de Materiais

Definição

Processos realizados para remoção de sujidades, orgânicas e inorgânicas, reduzindo a carga microbiana, para que as etapas subsequentes sejam eficazes. Alguns artigos termossensíveis passarão pelo processo de desinfecção e os demais serão submetidos a esterilização

Objetivo

Garantir de modo sistematizado a desinfecção de materiais em quantidade, qualidade e condições adequadas para o uso, a fim de promover uma assistência segura e eficaz ao paciente e condições de biossegurança ao profissional.

Contraindicação

Não há.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material (por sala)

Expurgo: Descontaminação prévia/Limpeza:

EPIs (gorro, máscara, óculos de proteção, luvas de borracha, avental impermeável), sapato fechado.

Recipiente plástico de cor opaca com tampa;

Detergente enzimático;

Gaze não estéril;

Panos limpos e macios;

Escova de cerdas duras e finas;

Bucha não abrasiva;

Detergente neutro;

Preparo e esterilização de materiais

Luvas de procedimento, máscara cirúrgica, gorro, sapato fechado.

Embalagem: Papel grau cirúrgico, campo cirúrgico, saco plástico

Tesoura

Máquina seladora

Pacote teste desafio

Ampolas indicador biológico (ampola para teste e ampola controle)

Incubadora para indicador biológico

Caneta adequada para registro no papel grau cirúrgico

Etiqueta

Livro de registro para controle dos testes biológicos

Instrumento para controle dos parâmetros da autoclave/desinfecção química

Autoclave

Local para armazenamento (armários, recipientes com tampas, estantes)

Desinfecção de materiais termossensíveis

EPIs (luvas de borracha, máscara, óculos de proteção, gorro, avental impermeável), sapatos fechados;

Recipiente plástico de cor opaca e com tampa para solução química;

Recipiente plástico com tampa para a água potável corrente;

Recipiente plástico com tampa para armazenamento de materiais;

Detergente neutro;

Seringa de 20 ml;

Solução química (hipoclorito de sódio 1%);

Panos limpos e macios;

Bucha não abrasiva;

Fita adesiva para identificação dos recipientes com soluções (conter: nome do produto, validade da solução, nome do profissional e Coren).

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Expurgo: Descontaminação prévia/Limpeza:

- Higienizar as mãos (POP 42);
- Colocar os EPIs, proporcionando barreira física entre o profissional e os fluídos
- corporais e matéria orgânica;
- Separar os artigos que serão processados, desmontar peças que apresentam articulações, encaixes ou conexões;
- Remover o excesso de matéria orgânica visivelmente presente com auxílio de gaze, pois a presença de matéria orgânica protege os microrganismos do contato com agentes desinfetantes e esterilizantes, tornando o método ineficaz;
- Preparar recipiente com solução contendo detergente enzimático, conforme orientação de diluição do fabricante, colocando os materiais em imersão completa, sem sobreposição de material, mantendo o recipiente tampado, durante tempo recomendado pelo fabricante e não excedendo este tempo, para a solução não se tornar um substrato para as bactérias, propiciando um aumento da contaminação dos artigos
- Retirar os materiais e desprezar a solução com detergente enzimático, a qual deverá ser utilizada uma única vez;
- Enxaguar os materiais em água corrente para remoção da solução;
- Esta etapa deve ser feita com o artigo dentro de uma solução para que não haja dispersão de gotículas no ambiente. O uso do detergente enzimático não substitui a fricção dos artigos
- Realizar limpeza manual com auxilio de escova e detergente, com movimentos de fricção; A presença de ferrugem, crostas, umidade, oxidações, ranhuras comprometem a qualidade do processo de esterilização;
- Enxaguar novamente até completaremoção dos resíduos;
- Colocar os materiais sobre uma bancada forrada com pano limpo, para

secagem do material;

- Secar individualmente cada material com o auxílio de pano limpo e macio e realizar atenta inspeção a fim de identificar presença de resíduos, ranhuras, oxidações, umidade ou secreções. Caso perceba alguma inadequação do material, este deverá ser separado para novo processo de limpeza ou inutilização;
- Colocar os materiais secos em recipiente limpo e encaminhar para a sala de preparo e esterilização de materiais;
- Após o manuseio dos materiais, deixar o ambiente de trabalho em ordem (POP 54): hamper vazio, pia limpa e seca passando álcool 70% em todas as bancadas; caixas plásticas vazias e limpas, as luvas de borrachas lavadas;
- Realizar lavagem das mãos.
- Preparo e esterilização de materiais
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Realizar desinfecção das mesas, bancadas e armários com álcool a 70% antes de iniciar as atividades;
- Higienizar novamente as mãos;
- Colocar os EPIs - luvas de procedimento, gorro e mascara.
- Separar os materiais que serão embalados e observar limpeza, integralidade e funcionalidade.
- Montar kits para procedimentos conforme necessidade do serviço.
- Cortar o papel grau cirúrgico de modo que o material fique bem acondicionado, evitando pacotes muito grandes ou muito pequenos em relação ao material a ser acondicionado, garantindo uma embalagem que não comprometa o processo de esterilização (abertura e manuseio do material sem risco de contaminação). Ao utilizar embalagem dupla garantir que não apresentem dobras internas.
- Selar o pacote de modo que permita sua abertura sem contaminação do material estéril, garantindo que a selagem seja contínua, pois pequenas

falhas permitem a entrada de microorganismos

- Montar “pacotes teste desafio”, preparados para conter a ampola do indicador biológico, feitos com 40 gazes, sendo que exatamente no meio é inserido uma ampola, embalada em papel grau cirúrgico e selado);
- Dispor os artigos de modo vertical para facilitar a entrada e circulação do vapor. O acondicionamento adequado dos pacotes dentro da autoclave permite a circulação do ar e do vapor, garantindo que todos os materiais sejam expostos ao agente esterilizante, à temperatura e ao tempo previsto.
- Manter as paredes livres e espaços entre os pacotes, não ultrapassando 70% da capacidade da câmara. O papel grau cirúrgico ter ser posicionado o lado filme em contato com lado filme do outro pacote
- Posicionar o pacote teste desafio no local com maior dificuldade de circulação do vapor- em cima do dreno, no primeiro ciclo, diariamente, atentando para que as paredes da câmara permaneçam livres e também deixar espaço entre os pacotes;
- Ligar autoclave conforme orientações do fabricante e aguardar completar ciclo de esterilização, registrando os parâmetros do ciclo em impresso próprio
- Observar durante o ciclo de esterilização se temperatura e pressão foi atingida;
- Ao final do ciclo, aguardar o manômetro indicar ausência total de pressão e entreabrir a porta por dez minutos para saída do vapor;
- Quando os pacotes estiverem frios, higienizar as mãos e retira- los da câmara da autoclave;
- Observar integralidade dos pacotes e presença de umidade, manchas, sujidade, perfurações, rasgos. Caso ocorre alguma alteração, comunicar a enfermeira e reprocessar o material;
- Separar os pacotes teste desafio, colocar na incubadora para realizar leitura conforme orientação do fabricante e registrar em livro controle. Liberar os materiais para uso conforme resultado da leitura do teste. A

Incubadora deverá ser ligada 1 hora antes da incubação. As cargas não devem ser liberadas quando: houver alteração nos parâmetros físicos (tempo, temperatura e pressão); os indicadores químicos presentes no papel grau cirúrgico sugerem que os materiais não foram expostos à esterilização; indicador biológico der resultado positivo.

- Identificar os pacotes processados com a data da esterilização, data de validade, ciclo e funcionário responsável. As anotações podem ser feitas na parte do filme ou na aba de manuseio do material
- Armazenar em local limpo, seco e arejado os materiais esterilizados, evitando sobrecarga de peso, amassar os pacotes ou amarrar com fitas e elásticos, pois danificam a integridade do papel grau cirúrgico;
- Observar os materiais já estocados quanto a integralidade da embalagem e validade da esterilização, se necessário encaminhar para ser reprocessado;
- Manter a sala em ordem (POP 55).

Desinfecção de materiais:

- Higienizar as mãos (POP 42);
- Colocar os EPIs: luva borracha, máscara, gorro, óculos proteção;
- Desconectar todas as peças e lavar com água e detergente neutro. Se houver materiais tubulares, injetar a solução de água e detergente na luz do tubo com auxílio de seringa;
- Enxaguar bem os materiais em água corrente, inclusive a parte interna dos tubos com auxílio de seringa;
- Colocar sobre pano limpo os materiais para secar. Usar ar comprimido para secar as partes internas de tubos;
- Se necessário utilizar pano limpo e macio para completar a secagem dos materiais, garantindo que os materiais estejam secos antes de colocar na solução desinfetante para evitar que ocorra alteração na sua concentração;

- Imergir completamente todas as peças em recipiente opaco e com tampa contendo a solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos, pois é o tempo necessário para realização do processo de desinfecção uma vez que o produto sofre inativação quando exposto a radiação ultravioleta;
- Retirar os materiais da solução de hipoclorito;
- Enxaguar rigorosamente em água, até diminuir a impregnação do odor característico do agente químico;
- Retirar os materiais e colocar sobre pano limpo para escorrer e completar a secagem com pano limpo, seco e macio;
- Guardar as peças em recipiente com tampa;
- Após vencimento, desprezar solução de hipoclorito, lavar e secar recipiente (a solução de hipoclorito de sódio 1% deve ser desprezada a cada 6 horas, conforme necessidade ou no máximo em 24 horas).
- Manter a sala limpa e organizada.

Observações

- Alguns conceitos importantes:
- **Limpeza:** primeiro passo nos procedimentos técnicos de desinfecção e esterelização, sendo um processo mecânico de remoção de sujidade de artigos e superfícies, mediante o uso da água e detergente neutro ou detergente enzimático.
- **Desinfecção:** processo físico ou químico de destruição de microrganismos, exceto os esporulados, realizada através de água quente ou em ebulição (acima de 60°C). Quando utiliza produtos desinfetantes (hipoclorito de sódio, glutaraldeído, álcool 70%) é chamada desinfecção por meio químico.
- **Esterelização:** processo de destruição de todos os microrganismos, inclusive esporulados, não sendo mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão. A esterilização é realizada pelo calor, germicidas químicos, óxido de etileno, radiação e outros.

- **Pacote teste desafio**: é um pacote preparado para conter a ampola do teste biológico. É feito com 40 gazes, sendo que exatamente no meio é inserido a ampola, embalado em papel grau cirúrgico e selado. Dentro da autoclave deve ser colocado nos locais com maior dificuldade de circulação do vapor.
- Após retirar os pacotes da autoclave não colocar sobre superfícies frias, para evitar a condensação do vapor que ainda resta dentro deles.
- Fazer limpeza das autoclaves com pano umedecido em água diariamente e controlar seu funcionamento, mantendo caderno de registro dos parâmetros de cada ciclo da esterilização, verificando se o processo está dentro do padrão estabelecido.
- Ao condicionar os materiais na autoclave, colocar bacias, vidros e cubas sempre com sua abertura voltada para baixo.
- Não utilizar esponja de aço ou produtos abrasivos, pois danificam o material e facilitam sua corrosão.
- A solução de hipoclorito de sódio 1% deve ser desprezada a cada 6 horas ou conforme necessidade no máximo em 24 hs.
- Segundo APECIH, 2010 até o momento é impossível recomendar tempo de estocagem para itens estéreis, pois não há uma metodologia padronizada e universalmente aceita para determinação de prazos de validade. A determinação deste prazo está relacionado as condições de estocagem e integridade das embalagens.
- A Comissão de Processamento de Artigos Médico-Odontológicos- S.M.S, definiu como prazo de validade dos materiais - 07 dias, tendo em vista a diversidade de condições de estocagem.

8.47. POP 47 - Medida da Circunferência Abdominal

Definição

Técnica para avaliar aproximadamente a massa de gordura intra-abdominal e da gordura total do corpo.

Objetivo

Avaliar a distribuição de gordura nos indivíduos, visto que algumas complicações, como as doenças metabólicas crônicas, estão associadas à deposição da gordura abdominal.

Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Fita métrica não extensível/inelástica.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Reunir o material;
- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Solicitar ao paciente que fique em pé, ereto, abdome relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e as pernas paralelas, ligeiramente separadas;
- Afastar a roupa do paciente de forma que a região da cintura fique despida;
- Posicionar-se lateralmente ao paciente e localizar o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca;
- Segurar o ponto zero da fita métrica com uma mão e com a outra passar a fita ao redor da cintura sobre o ponto médio localizado;

- Verificar se a fita está no mesmo nível em todas as partes da cintura; não deve ficar larga, nem apertada;
- Pedir ao paciente que inspire e, em seguida, que expire totalmente.
- Realizar a leitura antes que a pessoa inspire novamente;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em planilha de produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

A medida não deve ser feita sobre a roupa ou cinto.

8.48. POP 48 - Medida da Circunferência do Quadril

Definição

Medida da circunferência do quadril obtida ao nível das espinhas ilíacas anteriores.

Objetivo

Indicar indiretamente a quantidade de gordura visceral no corpo quando relacionada com a circunferência abdominal do indivíduo.

Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Fita métrica não extensível/inelástica.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Reunir o material;
- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Orientar o paciente a permanecer em pé, ereto, com braços afastados do corpo e com mínimo de roupas possível;
- Colocar a fita métrica ao redor do quadril, ao nível das espinhas ilíacas anteriores, sem comprimir a pele, levando em consideração a porção mais volumosa do glúteo;
- Manter a fita métrica ajustada no mesmo nível em todas as partes;
- Realizar a leitura;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em planilha de produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

8.49. POP 49 - Medida de Estatura

Definição

Técnica para obtenção da altura dos indivíduos.

Objetivo

Obter o valor preciso da altura dos indivíduos para avaliação antropométrica.

Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Antropômetro

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Apresentar-se ao paciente/acompanhante e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

- Crianças menores de 2 anos:
- Deitar a criança no centro do antropômetro descalça e com a cabeça livre de adereços;
- Manter, com a ajuda da mãe/ responsável:
- a cabeça da criança, apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito;
- os ombros totalmente em contato com a superfície de apoio do antropômetro;
- os braços estendidos ao longo do corpo, as nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apoia o antropômetro;
- Pressionar, cuidadosamente, os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos, mantendo-os estendidos. Juntar os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas.

- Levar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés, com cuidado para que não se mexam;
- Realizar a leitura do comprimento quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada;
- Retirar a criança;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em planilha de produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).
- Crianças maiores de 2 anos, adolescentes e adultos:
- Posicionar o paciente descalço, com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento;
- Solicitar ao paciente que permaneça de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos;
- Solicitar ao paciente que encoste os calcanhares, ombros e nádegas em contato com o antropômetro/ parede;
- Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo;
- Solicitar ao paciente que desça do equipamento, mantendo o cursor imóvel;
- Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em planilha de produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

Antropômetro vertical deve estar fixado numa parede lisa e sem rodapé.

8.50. POP 50 - Medida do Perímetro Cefálico

Definição

Medida da circunferência fronte-occipital, correspondendo ao perímetro cefálico máximo.

Objetivo

Avaliar o desenvolvimento cerebral e detectar precocemente anomalias.

Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Fita métrica não extensível/inelástica.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Reunir o material;
- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Deitar a criança na maca e posicioná-la em decúbito dorsal;
- Passar a fita métrica por baixo da cabeça da criança posicionando-a sobre as proeminências occipital, parietal e frontal, para determinar a

circunferência máxima;

- Manter a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes da cabeça;
- Realizar a leitura;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em planilha de produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

Não incluir pavilhão auricular;

Podem ser necessárias várias medidas, selecionando-se a maior.

8.51. POP 51 - Medida do Perímetro Torácico

Definição

Medida da circunferência torácica obtida na altura dos mamilos.

Objetivo

Avaliar o desenvolvimento da criança comparando às outras medidas antropométricas.

Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Fita métrica não extensível/inelástica.

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem
- Reunir o material;
- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Colocar a criança deitada ou sentada caso já consiga permanecer nessa posição;
- Segurar a fita métrica, no ponto zero, passando-a pelo dorso, na altura dos mamilos;
- Manter a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes do tórax;
- Realizar a leitura;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em planilha de produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

A medida não deve ser feita sobre a roupa.

8.52. POP 52 - Medida do Peso Corporal

Definição

Método para obtenção da medida do peso corporal dos indivíduos.

Objetivo

Avaliar a evolução pondero-estatural do indivíduo.

Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Executante

Enfermeito, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Balança mecânica ou digital;

Papel toalha.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Reunir o material;
- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Forrar a base da balança com papel- toalha;
- Verificar as condições de a balança destravá-la, tarar e travá-la (mecânica) ou liga-la e verificar a tara (eletrônica);
- Pedir ao paciente para subir na balança após retirar os sapatos;
- Ler o valor obtido (balança eletrônica), ajustar os massores e verificar o peso (balança mecânica);
- Ajudar o paciente a descer da balança;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde.;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em planilha de produção.

- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- Aferir periodicamente as balanças;
- Calibragem: a agulha do braço e o fiel devem estar na mesma linha horizontal. Caso não esteja, girar lentamente o calibrador, observando a nivelação da agulha;
- Certificar que as balanças estão apoiadas sobre uma superfície plana, lisa e firme;
- Pesar os pacientes com a menor quantidade possível de roupas;
- Em crianças menores de 15 kg, deve-se utilizar a balança infantil (de bandeja), colocando a criança deitada com todo o corpo sobre a bandeja, com a mão próxima para evitar quedas;
- Deve-se despir totalmente a criança (inclusive calçados e fraldas) para evitar alteração de resultado;
- Crianças impossibilitadas de se movimentar devem ser pesadas no colo do
- profissional e descontar o peso do colaborador.

8.53. POP 53 - Movimentação em Bloco

Definição

Deslocar/rolar em bloco o paciente enquanto se mantém a estabilização manual, com mínimo movimento da coluna.

O rolamento em bloco é indicado para colocar o paciente na prancha longa, ou outro dispositivo que facilite o transporte do mesmo, e para virar o paciente com suspeita de trauma vertebromedular para examinar seu dorso.

Objetivo

Impedir a angulação da coluna cervical.

Contraindicação

Não há contraindicação para realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar/ de Enfermagem.

Material

Prancha longa;

Colar cervical.

Descrição do procedimento

- Para realizar este procedimento com segurança é necessário a presença de três socorristas.
- Ação de enfermagem
- Paciente em Decúbito Dorsal Horizontal ou Posição Supina:
- Realizar colocação do colar cervical adequada e eficiente, protegendo a coluna cervical de compressão. (POP 33);
- **Primeiro socorrista**: manter a cabeça do paciente estabilizada em posição neutra alinhada durante todo procedimento;
- **Segundo socorrista**: ajoelhar-se na altura da metade do tórax;
- **Terceiro socorrista**: ajoelha-se na altura dos joelhos do paciente;
- Esticar os braços do paciente e colocá- los juntos ao corpo com as palmas das mãos voltadas para o tronco, enquanto as pernas são colocadas em posição neutra alinhada;
- Segurar o paciente pelos ombros (segundo socorrista) e quadris (terceiro socorrista) de tal forma que se mantenha a posição neutra alinhada das extremidades inferiores;
- Rolar o paciente “em bloco”, ou seja, ao mesmo tempo, para decúbito lateral
- Posicionar a prancha longa, de forma que a borda inferior fique entre os

joelhos e os tornozelos do paciente e a borda superior se estenda além da cabeça do paciente;

- Manter a prancha longa contra o dorso do paciente, e deslocá-lo em bloco sobre a mesma, que deve ser abaixada ao chão com o paciente sobre;
- Logo após deve-se segurar o paciente firmemente pelos ombros, pelve e extremidades inferiores;
- Movimentar o paciente para cima e lateralmente sobre a prancha longa (a estabilização neutra alinhada é mantida sem puxar a cabeça ou o pescoço do paciente);
- Verificar se o paciente encontra-se posicionado na prancha longa com sua cabeça no topo da prancha e seu corpo centrado.
- Paciente em Decúbito Ventral ou Semipronação
- **Primeiro socorrista**: manter a cabeça do paciente estabilizada em posição neutra alinhada durante todo procedimento.
- **Segundo socorrista:** ajoelhar-se na altura da metade do tórax e segurar o ombro, o punho e a pelve do lado oposto.
- **Terceiro socorrista**: ajoelha-se na altura dos joelhos do paciente e segurar o punho, a pelve e as extremidades inferiores;
- Colocar a prancha longa na borda lateral e posicionada entre o paciente e os socorristas.
- Posicionar a prancha longa, de forma que a borda inferior fique entre os joelhos e os tornozelos do paciente e a borda superior se estenda além da cabeça do paciente;
- Após ter colocado o paciente deitado em posição supina sobre a prancha longa deve-se movimentar o paciente para cima e lateralmente sobre a prancha longa (a estabilização neutra alinhada é mantida sem puxar a cabeça ou o pescoço do doente);
- Após posicionar o paciente corretamente na prancha deve-se colocar o colar cervical correto e então fixá-lo na prancha longa.

Observação

- Os braços do paciente são posicionados prevendo-se a posição final que o este ficará após a rotação completa. No método do rolamento em bloco com o paciente em semipronação, o colar cervical só pode ser colocado com segurança quando o paciente estiver em posição supina alinhada sobre a prancha longa e nunca antes que isso ocorra;
- Sempre que possível, o paciente deve ser girado na direção oposta daquela para onde sua face está direcionada.

8.54. POP 54 - Oxigenoterapia

Definição

É a administração de oxigênio medicinal em concentrações maiores àquelas do ar ambiente, visando tratar ou prevenir os sintomas ou manifestações de hipóxia.

Objetivo

Melhorar a oxigenação, a perfusão tecidual e corrigir a acidose respiratória.

Contraindicação

Não há contra-ndicação absoluta para realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

EPI (luvas de procedimento)

Bandeja;

Kit cateter nasal e/ou kit máscara de Venturi e/ou kit máscara de nebulização;

Fonte de oxigênio;

Água bidestilada;

Fluxômetro.

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem
- Checar a prescrição;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Paramentar-se com o EPI;

Quando cateter

- Preencher o umidificador com água bidestilada até o nível recomendado pelo fabricante;
- Conectar o umidificador no fluxômetro de oxigênio;
- Conectar a extensão de silicone da mascara no umidificador de oxigênio;

Quando máscara de nebulização

- Preencher o umidificador com água bidestilada até o nível recomendado pelo fabricante;
- Conectar o umidificador no fluxômetro de oxigênio;
- Conectar a traqueia da máscara no umidificador de oxigênio;

Quando máscara de Venturi

- Conectar o umidificador, sem água bidestilada, no fluxômetro de oxigênio;
- Conectar a extensão de silicone da máscara no umidificador de oxigênio;
- Abrir válvula reguladora e do fluxo de oxigênio do fluxômetro, de acordo com a prescrição médica, certificando-se da sua permeabilidade;
- Retirar o EPI e higienizar as mãos (POP 42);
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);

- Registrar o procedimento em planilha de produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- kit cateter nasal é composto por: cateter com numeração adequada, extensor de silicone e umidificador;
- kit máscara de Venturi é composto por: máscara facial, extensor de silicone, traqueia, umidificador, regulador de fluxo de oxigênio e adaptador para nebulização;
- kit máscara de nebulização é composto por: máscara facial, traqueia, cadarço e umidificador;
- Observar a verificação da permeabilidade, ou seja, sem dobras, fixação do fluxômetro de oxigênio, fluxo de saída de oxigênio;
- Verificar se a fonte de oxigênio contem oxigênio suficiente para liberar a quantidade prescrita;
- Observar estado das mucosas e vias aéreas superiores do paciente a fim de evitar ressecamento das mesmas;
- Fornecer cuidados orais de higiene frequente;
- Ajustar corretamente e frequentemente a força da fita elástica e/ou outros dispositivos para fixação, fazendo o uso de protetores, se necessário, para evitar lesões;
- Registrar a liberação de oxigênio e o fluxo em litros, relatando a resposta do paciente à terapia e instruções dadas ao paciente e familiar.

8.55. POP 55 - Organização de Salas e Setores

Definição

Compreende a preparação da sala ou setor para as atividades de enfermagem a serem desenvolvidas no plantão. Inclui a desinfecção e conservação das superfícies fixas e equipamentos permanentes nas diferentes áreas de uma

unidade de saúde e a providencia dos materiais necessários para o desenvolvimento das atividades.

Objetivo

Preparar o ambiente para suas atividades, mantendo a ordem e conservando equipamentos e instalações, evitando principalmente a disseminação de microrganismos responsáveis pelas infecções relacionadas à assistência à saúde.

Contraindicação

Não há contraindicação para realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Luvas de borracha;
Álcool a 70%;
panos limpos;
Solução com hipoclorito de sódio 1% (para locais com presença de matéria orgânica);
Lista com os materiais a serem reabastecidos na sala ou setor.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Descartar materiais com validade vencida ou com a qualidade comprometida;
- Checar o funcionamento de todos os aparelhos e equipamentos do setor no início de cada plantão. Em caso de algum problema ou mau funcionamento, comunicar imediatamente o enfermeiro responsável;
- Higienizar as mãos (POP 42);

- Calçar as luvas;
- Umedecer o pano limpo com álcool 70% e realizar a limpeza com bastante pressão utilizando sempre o mesmo sentido, de uma extremidade para outra e do mais alto para o mais baixo;
- Se houver locais com presença de matéria orgânica, proceder primeiro a limpeza com hipoclorito de sódio 1%, aguardar 10 minutos e remover com água e sabão. Após, secar a superfície e limpar com álcool a 70% conforme descrição no item anterior;
- Verificar os materiais em falta no setor e providenciar a reposição.
- Ao término do plantão a unidade deve estar limpa, organizada e com os materiais repostos. Nas situações em que isso não for possível, comunicar as pendências ao profissional a assumir a unidade e registrar os motivos no livro de ocorrência;
- Após a realização de procedimentos em que haja contaminação da sala por secreções ou produtos, deve ser realizada uma limpeza sistemática, concorrente ou terminal de acordo com cada situação a ser definida pelo enfermeiro na rotina de cada serviço;
- Enfermeiro deve ser responsável por determinar a execução e a periodicidade do procedimento de limpeza a fim de garantir o atendimento seguro ao paciente e ao profissional;
- Para realização de limpeza concorrente e terminal utilizer o POP 45.

8.56. POP 56 - Pranchamento em Posição Supina

Definição

Imobilizar a coluna do paciente traumatizado e que deambula, e que tenha a indicação para imobilização da coluna.

Objetivo

Imobilização total do paciente em pé na prancha longa enquanto a cabeça e o pescoço são mantidos em posição neutra, diminuindo o risco de outras lesões.

Contraindicação

Não existe contraindicação para realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Prancha longa;

Colar cervical.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Três ou mais Socorristas

- Os socorristas devem realizar a estabilização e o alinhamento manuais tanto pela frente como por trás do paciente;
- Uma vez obtida a estabilização alinhada manual da cabeça e do pescoço do paciente, o colar cervical de tamanho correto pode ser colocado (POP 33);
- A prancha longa é colocada atrás do paciente e pressionada contra ele. Assim que a prancha estiver no lugar, mantém-se a estabilização manual por todo o procedimento e o paciente é fixado na prancha longa;
- Dois socorristas ficam em pé de cada lado do paciente, virados na direção do deste, e inserem a mão que se encontra mais próxima do paciente sob a axila dele, segurando a alça mais próxima sem movimentar o ombro do paciente. A outra mão segura a alça superior da prancha. Enquanto o alinhamento e a estabilização manuais são mantidos o paciente e a prancha são deitados no chão;
- Conforme o paciente é baixado ao chão, o socorrista, atrás dele, mantém a estabilização manual, rotacionando suas mãos;
- Os outros socorristas, posicionados um de cada lado da maca, precisam soltar sua porção superior e colocar as mãos sob o braço do profissional responsável pela estabilização manual da cabeça e do pescoço do

paciente;

- Com o paciente e a prancha no chão, este é imobilizado na prancha longa.

Dois Socorristas

- O primeiro socorrista faz e mantêm a estabilização manual da cabeça e do pescoço do paciente, enquanto o segundo socorrista verifica a medida e coloca o colar cervical de tamanho adequado (POP 33);
- Após a colocação do colar, o segundo socorrista posiciona a prancha atrás do paciente e na frente do primeiro socorrista;
- O segundo socorrista segura a prancha com a mão mais próxima a ela. Esse profissional agora põe a outra mão, com a palma e os dedos estendidos, na cabeça do paciente, e aplica uma leve pressão para auxiliar a manutenção da estabilização manual;
- O primeiro socorrista agora pode liberar a cabeça do paciente com as mãos mais próxima do segundo socorrista. Com sua outra mão, o socorrista se reposiciona ao lado da cabeça do paciente, aplicando pressão lateral enquanto se move e posiciona a prancha à altura da cabeça do paciente ou mais acima;
- O paciente e a prancha são colocados no chão, enquanto os dois socorristas mantêm a estabilização manual, exercendo igual pressão lateral na cabeça do paciente. Os socorristas responsáveis pelo atendimento pré- hospitalar precisam trabalhar juntos durante esse movimento, garantindo a máxima estabilização manual;
- Assim que o paciente e a prancha estiverem no chão, a estabilização manual pode ser mantida por um socorrista localizado acima da cabeça do individuo, até que este seja imobilizado na prancha longa;

Observação

Quando três ou mais socorristas não estão disponíveis, dois socorristas podem realizar a imobilização conforme descrito acima.

8.57. POP 57 - Realização de curativo

Definição

Curativo é o procedimento que compreende o processo de limpeza, desbridamento, seleção e aplicação da cobertura e/ou tratamento tópico da lesão proporcionando um meio adequado ao processo de cicatrização.

Objetivo

Promover a cicatrização, manter a ferida limpa, prevenir infecções e traumas físicos, aliviar a dor, promover isolamento térmico, promover conforto físico e psicológico, permitir trocas sem traumas a lesão, manter a umidade da ferida em lesões abertas, absorver/controlar o excesso de exsudato.

Contraindicação

É importante verificar se há contra indicações específicas da cobertura indicada ao tipo de tecido e/ou etiologia da lesão.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Mesa auxiliar ou bandeja

Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente-de-rato e uma pinça Kelly;

Cabo e lâmina de bisturi (se necessário);

Tesoura;

Pacote de gazes esterilizadas;

Atadura de rayon estéril;

Solução fisiológica 0,9% preferencialmente morno ou temperatura ambiente;

Agulha 25x1.2 ou 40x1.2;

Alcool 70%;

Luvas de procedimento e/ou estéril;
Micropore (R)/Esparadrapo;
Atadura de crepe;
Espátula;
Soluções, medicamentos e/ou coberturas conforme característica da lesão;
EPI (óculos, avental e máscara), se necessário;
Papel Toalha.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se ao paciente e explicar procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas, antes de iniciar execução
- Conferir a prescrição médica ou de enfermagem
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Reunir todo o material, conforme o ambiente (UBS/domicílio);
- Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
- Higienizar novamente as mãos;
- Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários;
- Observar o curativo anterior antes da remoção;
- Remover curativo anterior com cuidado, umedecer com SF 0,9% (s/n) para a
- retirada do micropore e desprendimento da cobertura;
- Observar a ferida com relação ao aspecto da lesão, tamanho, exsudato, pele ao redor e presença de edema, hiperemia, calor ou dor local e odor, documentando a evolução para subsidiar a avaliação do produto prescrito;
- Se necessário proceder a limpeza de membros, áreas próximas da ferida e pele periferida com sabonete neutro e água corrente tratada e secar

com gaze ou papel toalha;

- Retirar luvas e higienizar as mãos;
- Abrir o pacote de curativo utilizando técnica asséptica, arrumar as pinças no campo e abrir os pacotes de gazes e colocar junto às pinças;
- Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários;
- Perfurar o frasco de SF 0,9% com agulha 25X12 ou 40X12 realizando desinfecção prévia do local com ácool 70%;
- Com o auxílio das pinças limpar a pele circundante da ferida com gaze umedecida de SF 0,9%
- Limpar o leito da ferida irrigando com jatos de SF 0,9%, removendo detritos, bactérias, exsudatos, corpos estranhos, resíduos de agentes tópicos da superfície da ferida;
- Na presença de tecido desvitalizado solto ou não solicitar a avaliação do enfermeiro para remoção/desbridamento;
- Secar a pele peri-lesão com gaze;
- Realizar a mensuração da ferida com régua de papel e/ou registro fotográfico sempre que possível, semanal/quinzenal;
- Utilizar o produto e/ou cobertura primária prescrita pelo enfermeiro/médico* e ocluir o curativo conforme necessidade (gazes,rayon, cobertura secundária, atadura de crepe);
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em planilha de produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observações

- Todos curativos crônicos devem passar por uma primeira avaliação do Enfermeiro, que realizará a sistematização da assistência de

enfermagem que poderá delegar aos profissionais de nivel médio, a execução do procedimento, com a prescrição do cuidado e material a ser utilizado, mantendo a avaliação periódica e evolução da ferida.

- Para a realização de curativos, há a possibilidade de escolher a técnica estéril ou limpa considerando características da ferida, riscos de contaminação da lesão, características do paciente e local da realização do curativo.
- No domicílio recomenda-se a técnica limpa.
- Na unidade a técnica limpa pode ser utilizada sempre criteriosamente e recomenda-se o uso de instrumentais estéreis(pinças) ou utilizar luvas estéreis na ausência dos mesmos.
- A cobertura colocada diretamente sobre a lesão é denominada como primária e se houver outra cobertura, sobre o curativo primário, é chamado de secundário.
- A realização de curativo de imobilização ortopédica pode ser realizado por profissional de enfermagem (antes ou após a imobilização), sob indicação do médico (prescrição escrita do médico de referência para o procedimento ortopédico) e supervisão, direção e orientação do Enfermeiro, conforme parecer Coren 07/2015.
- *A indicação dos produtos/coberturas deve ser feita considerando o momento evolutivo da lesão, tipo de tecido, patologia, adesão ao tratamento, recursos disponíveis, materiais padronizados e protocolo de uso da Secretaria Municipal de Saúde. Consultar Guia de Tratamento de Feridas Out/2011 no site da SMS.

8.58. POP 58 - Retirada de Pontos

Definição

Retirada de fios colocados para aproximar as bordas de uma lesão (sutura).

Objetivo

Facilitar a cicatrização.

Contraindicação

Sinais de processos inflamatórios ou infecciosos.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

EPIs: luvas de procedimentos e avental;

Pacote de retirada de pontos: Tesoura de Íris, pinça Kelly, pinça anatômica, dente de rato ou Kocker;

Soro Fisiológico 0,9%;

Gazes (estéreis).

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Reunir o material;
- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Paramentar-se com os EPIs;
- Expor a área na qual o procedimento será feito e realizar limpeza local com soro fisiológico;
- Tracionar o ponto pelo nó com a pinça e cortar, em um dos lados, próximo a pele com a tesoura de Íris;
- Colocar os pontos retirados sobre uma gaze;
- Cobrir a ferida se houver necessidade;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos;

- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em planilha de produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- Certificar-se do tipo de fio utilizado na sutura. Em geral, suturas com fios absorvíveis não precisam ser retiradas;
- Nos casos em que houver sinais de processos inflamatórios ou infecciosos, solicitar avaliação do enfermeiro.
- Retirada de pontos de curativos Pós-Operatórios devem ter a supervisão do Enfermeiro e a prescrição médica (Parecer n° 39/2013 COREN/SP).
- Entendemos que o Parecer 39/2013 excetua a retirada de pontos de ferimentos leves corto-contusos e sem sinais flogisticos.

8.59. POP 59 - Realização Peak Flow

Definição:

O Peak Flow meter (debitómetro) é um instrumento que serve para medir a eficácia da função pulmonar e indicando permeabilidade vias respiratórias.

Objetivo:

Diagnosticar doenças respiratórias como: asma, bronquite crônica e enfisema.
Avaliar severidade das doenças;
Monitorizar a evolução das doenças e registrar dados objetivos, instrumentando o médico para intervenções específicas.
Verificar a resposta à medicação;
Prevenir crises.

Contraindicação:

Deficiência da capacidade cognitiva.

Afecções da cavidade bucal.

Algumas situações podem representar um potencial risco para o paciente devido às manobras forçadas realizadas durante o exame, sendo sempre necessário a avaliação médica para indicação do exame.

Executante:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem habilitado.

Material:

Peak Flow meter (debitómetro);

Planilha específica para registro dos dados pessoais do paciente;

Balança para mensurar altura e peso do paciente;

Planilha de Pico de Fluxo Expiratório (PFE);

Lápis;

Bocal descartável.

Descrição do procedimento:

Ação de enfermagem

- Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se, acolher o paciente e responsável com atenção.
- Receber a guia de requisição de exames, conferindo documentação do paciente e exames anteriores.
- Verificar se a guia de requisição está devidamente preenchida e com letra legível, contendo: nome completo do paciente, matrícula, número do cartão do SUS, data de nascimento ou idade, data da solicitação, identificação do profissional solicitante (nome, número do registro e carimbo).
- Orientar o paciente quanto ao procedimento a ser realizado.
- Mensurar peso e altura do paciente;

- Preencher a planilha de pico de fluxo expiratório com nome do paciente, idade, sexo, peso e altura.
- Solicitar ao paciente que realize o exame em pé.
- Certifique-se de que o "contador" está a zero;
- Encaixar o bocal no fluxômetro;
- Solicite ao paciente que inspire o mais profundamente possível;
- Posicione o bocal descartável, solicitando ao paciente que o aperte a boquilha com os lábios para evitar que o ar se escape para fora do medidor;
- Oriente o paciente a soprar o mais forte e rapidamente que conseguir, durante 2 segundos;
- Orientar o paciente a não tossir, nem bloqueiar a boquilha com saliva ou com a língua;
- Anote o valor obtido;
- Repita o processo mais duas vezes e aponte o valor mais elevado no seu registo (os três valores obtidos devem ser similares);

Observações:

Este procedimento é executado pelo profissional de enfermagem habilitado, porém o laudo médico é realizado pelo pneumologista.

8.60. POP 60 - Sondagem Nasoenteral

Definição

Introdução de uma sonda maleável, com fio guia metálico, flexível e radiopaco, através da narina até o intestino.

Objetivo

Permitir a administração de dietas e medicamentos de maneira mais segura, principalmente nos pacientes idosos, acamados, com reflexos diminuídos, inconscientes e/ou com dificuldade de deglutição.

Contraindicação

Pacientes com desvio de septo;

Pacientes com TCE, fraturas faciais e/ou suspeita de fratura de base de crânio;

Pacientes com relato e/ou que possuem documentação indicando varizes, lesões e/ou estenose/obstrução esofagiana;

Paciente com relato ou que possuem documentação indicando coagulopatia grave.

Executante

Enfermeiro.

Material:

EPIs (luva de procedimento, máscara e óculos);

Bandeja;

Sonda nasoenteral tipo Dobhoff;

Gel hidrossolúvel tópico (lubrificante);

Gaze não estéril;

Seringa de 20ml;

Esparadrapo ou adesivo hipoalergênico;

Estetoscópio;

Soro fisiológico 0,9%;

Toalha ou papel toalha;

Biombo (se necessário).

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Checar a prescrição;

- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar execução;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
- Posicionar o paciente em posição “Fowler” alta, a menos que haja contraindicação. Caso o paciente não possa ter a cabeceira elevada, mantêlo em decúbito dorsal horizontal, lateralizando a cabeça e inclinando-a para frente;
- Paramentar-se com os EPIs;
- Avaliar a desobstrução nasal e/ou desvio de septo
- Inspecionar a condição da cavidade oral do paciente e o uso de prótese dentaria;
- Colocar toalha ou papel toalha sobre o tórax do paciente;
- Higienizar narina com SF 0,9% quando necessário;
- Mensurar a sonda do ápice do nariz ao lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifóide adicionando 15 a 20 cm, marcando com fita adesiva;
- Lubrificar a sonda com gel hidrossolúvel;
- Introduzir a sonda na narina do paciente até sentir uma pequena resistência, que indica que a sonda atingiu a nasofaringe e nesse ponto, peça ao paciente para fletir ligeiramente a cabeça, ocorrendo o fechamento da traquéia e abertura do esôfago;
- Quando possível, solicitar a colaboração do paciente, pedindo para que faça movimentos de deglutição ;
- Continuar introduzindo a sonda, acompanhando os movimentos de deglutição do paciente até o ponto pré- marcado;
- Suspender a progressão da sonda caso o paciente apresente náuseas, vômitos, tosse, dispnéia e/ou cianose;
- Testar o posicionamento, injetando 20ml de ar com seringa. Auscultar

com estetoscópio simultaneamente a região epigástrica e/ou aspirar o conteúdo gástrico;

- A sonda deverá ser fixada adicionalmente na face, do mesmo lado da narina utilizada, com fita adesiva fina;
- Solicitar que o paciente permaneça em decúbito lateral direito, facilitando o posicionamento da sonda para o duodeno através dos movimentos peristálticos;
- Deixar o paciente confortável;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- Higienizar as mãos;
- Encaminhar o paciente para controle radiológico;
- Após confirmar a localização da sonda pela radiografia, retirar o fio guia e iniciar a nutrição/medicação;
- Guardar o mandril na embalagem original da sonda, adequadamente enrolado e identificado, para repassar a sonda se necessário;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em Planilha de Produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- Lubrificar a sonda internamente com 10 ml de água ou SF antes da passagem da sonda, para facilitar a saída do fio guia;
- Em pacientes com suspeita de TCE, é recomendado a sondagem orogástrica, sob suspeita de fratura de ossos da base do crânio;
- Em pacientes com suspeita de trauma raquimedular, não elevar o decúbito;

- No sistema de sondagem nasoenteral, o RX é considerado padrão ouro para verificar localização da sonda e segurança no procedimento, pelas Sociedades Americana, Européia e Brasileira de Terapia Nutricional (ASPEN, ESPEN, SBNPE). C;
- Aguardar 30 minutos para realizar a radiografia, devido ao tempo de migração da sonda para duodeno/jejuno;
- Checar a permeabilidade e o posicionamento da sonda antes de iniciar uma nova dieta e antes de administrar medicamentos;
- Realizar higiene oral a cada 6h;
- Manter o paciente posicionado em decúbito elevado a pelo menos 30 graus para evitar refluxo e broncoaspiração, se não houver contraindicação;
- Lavar a sonda com 40 ml de água após administração de medicação, para evitar obstrução da sonda;
- Trocar fixação da sonda a cada 24h (após banho), ou quando necessário, para evitar saída acidental;
- Higienizar as narinas do paciente pelo menos uma vez ao dia;
- Se houver resistência durante a passagem, girar a sonda e ver se ela avança. Se ainda houver resistência, retirar a sonda, deixar que o paciente descanse, lubrificar novamente a sonda, e passar pela outra narina;
- Deixar toalhas próximas do paciente, para o caso deste sentir náuseas por estimulação do nervo vago. Caso isso ocorra, interromper o procedimento temporariamente. Ocorrendo vômito, retirar a sonda e atender o paciente, retomando o procedimento mediante avaliação.

8.61. POP 61 - Sondagem Nasogástrica

Definição

Introdução de uma sonda maleável através da narina até o estômago.

Objetivo

Drenar conteúdo gástrico para descompressão, realizar lavagem gástrica e administração de medicação/alimento.

Contraindicação

- Pacientes com desvio de septo;
- Pacientes com TCE, fraturas faciais e/ou suspeita de fratura de base de crânio;
- Pacientes com relato e/ou que possuem documentação indicando varizes, lesões e/ou estenose/obstrução esofagiana;
- Paciente com relato ou que possuem documentação indicando coagulopatia grave;
- Pacientes com neoplasia de esôfago ou estômago;
- Pacientes com mal formação e/ou obstrução mecânica/ cirúrgica do trato gastrointestinal.

Executante

Enfermeiro, Técnicos / Auxiliares de Enfermagem.

Material

EPIs (luva de procedimento, máscara e óculos);
Bandeja;
Sonda nasogástrica tipo Levine;
Gel hidrossolúvel tópico (lubrificante);
Gaze não estéril;
Seringa de 20ml;
Esparadrapo ou adesivo hipoalergênico;
Estetoscópio;
Toalha ou papel toalha;
Coletor de secreção (se necessário);
Biombo (se necessário).

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Reunir o material;
- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Checar a prescrição;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
- Posicionar o paciente em posição “Fowler” alta, a menos que haja contra-indicação. Caso o paciente não possa ter a cabeceira elevada, mantê-lo em decúbito dorsal horizontal, lateralizando a cabeça e inclinando-a para frente;
- Paramentar-se com os EPIs;
- Avaliar a desobstrução nasal e/ou desvio de septo;
- Inspecionar a condição da cavidade oral do paciente e o uso de prótese dentária;
- Colocar toalha ou papel toalha sobre o tórax do paciente;
- Higienizar narina com SF 0,9% quando necessário;
- Mensurar a sonda do ápice do nariz ao lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifóide adicionando dois dedos, marcando com fita adesiva;
- Lubrificar a sonda com gel hidrossolúvel;
- Introduzir a sonda na narina do paciente até sentir uma pequena resistência, nesse ponto, peça ao paciente para fletir ligeiramente a cabeça;
- Quando possível, solicitar a colaboração do paciente, pedindo para que faça movimentos de deglutição;
- Continuar introduzindo a sonda, acompanhando os movimentos de deglutição do paciente até o ponto pré- marcado;

- Suspender a progressão da sonda caso o paciente apresente náuseas, vômitos, tosse, dispnéia ou cianose;
- Testar o posicionamento, injetando 20ml de ar com seringa. Auscultar com estetoscópio simultaneamente a região epigástrica e/ou aspirar o conteúdo gástrico;
- A sonda deverá ser fixada adicionalmente na face, do mesmo lado da narina utilizada, com fita adesiva fina;
- Acoplar a sonda ao coletor caso sonda tenha como objetivo a drenagem de conteúdo gástrico. Manter coletor abaixo do nível da cintura do paciente, a fim de possibilitar a drenagem;
- Deixar o paciente confortável;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em Planilha de Produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- Em pacientes com suspeita de TCE, é recomendado a sondagem orogástrica, sob suspeita de fratura de ossos da base do crânio;
- Em pacientes com suspeita de trauma raquimedular, não elevar o decúbito;
- Checar sempre a permeabilidade e o posicionamento da sonda antes de iniciar uma nova dieta e antes de administrar medicamentos;
- Realizar higiene oral a cada 6h;
- Manter o paciente posicionado em decúbito elevado a pelo menos 30

graus para evitar refluxo e broncoaspiração, se não houver contraindicação;

- Sempre lavar a sonda com 40 ml de água após administração de medicação, para evitar obstrução da sonda;
- Trocar fixação da sonda a cada 24h (após banho), ou quando necessário, para evitar saída acidental;
- Higienizar as narinas do paciente pelo menos uma vez ao dia;
- Deixar toalhas próximas, pois, durante a passagem da sonda, o paciente pode sentir náuseas por estimulação do nervo vago. Caso isso ocorra, interromper o procedimento temporariamente. Ocorrendo vômito, retirar a sonda e atender o paciente, retomando o procedimento mediante avaliação;
- Em caso de perda ou deslocamento da sonda em pacientes de pós-operatório de cirurgias de esôfago e estômago a sonda não pode ser repassada nem mesmo reintroduzida sem avaliação médica.

8.62. POP 62 -Transferência de Prontuário

Definição

Prontuário do paciente é o conjunto de documentos e informações relativos à assistência prestada a um Usuário. A instituição de saúde é a responsável legal pela guarda e conservação desses documentos. Transferência é o ato de deslocar/ movimentar esses documentos de um serviço de saúde para outro.

Objetivo

Realizar a movimentação de prontuário de usuários, de forma a preservar e conservar as informações nele contidas.

Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Executante

Administrativo com apoio de equipe multiprofissional da qual a equipe de enfermagem (Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem) faz parte.

Material

Guia de remessa específica
Envelope
Prontuário do paciente
Descrição do procedimento
Ação Administrativa
Solicitar ao usuário endereço antigo e endereço atual obrigatoriamente.
Verificar qual o CS destino da área de abrangência de transferência.

Descrição do procedimento:

Colocar as fichas individuais em pasta específica (para melhor organização interna) que será retirada na rotina do malote.

Profissional do Distrito, no ato da retirada do malote, assina de forma legível a primeira via da guia de remessa e a deixa no serviço.

Entrada de Prontuário

Verificar os prontuários (inclusive o conteúdo), assinar a planilha de controle do distrito, assinar a 2ª via da guia de remessa recebida e entregar para o profissional do distrito, devolvendo-a para a origem.
Guias de remessa (prontuários) sem endereço atual serão devolvidas para a unidade de origem.

Observação

- Recomenda-se que transferência do prontuário seja realizada pelo Agente Comunitário de Saúde da área de abrangência do Usuário, ou por outro profissional indicado pela gestão local.
- Recomenda-se que nas transferências entre municípios, seja realizada cópia do prontuário para transferência e o prontuário original fique arquivado na unidade.
- Recomenda-se que após o recebimento do prontuário, este seja incluído no arquivo da unidade.
- Recomenda-se que o prontuário não seja transferido pelo próprio usuário.

8.63. POP 63 - Terapia de Reidratação Oral

Definição

Terapia realizada através da administração de sais de reidratação oral para repor líquido e eletrólitos.

Objetivo

Corrigir o desequilíbrio hidroeletrolítico pela reidratação oral, prevenindo a desidratação e os seus agravos.

Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Envelope de Soro de Reidratação Oral – SRO;

Água filtrada ou fervida (fria);

Jarra de 1 litro (vidro ou plástico com tampa);

Copo descartável.

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem
- Reunir o material;
- Chamar o paciente, confirmer o nome, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Conferir prescrição de enfermagem ou médica;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Diluir um envelope de SRO em 1 litro de água;
- Ofertar ao paciente em curtos intervalos toda vez que ele desejar;
- Solicitar reavaliação do paciente após o término da terapia;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados garantindo a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em planilha de produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- Crianças poderão receber o SRO no volume de 50 a 100 ml/kg de peso, por um período máximo de 4 a 6h;
- Não apresentando melhora do quadro, solicitar a avaliação médica.

8.64. POP 64 - Teste de Gravidez

Definição

Exame realizado com fita reagente para identificação do hormônio gonadotrofina coriônica em uma amostra de urina, geralmente após 7 a 10 dias de atraso menstrual.

Objetivo

Detectar precocemente a gravidez; Publico alvo:

- Mulheres em idade fértil que apresentem atraso menstrual;
- Mulheres com atraso do MAC >3 dias.

Contraindicação

Mulheres em idade não fértil (acima de 49 anos) ou que não tenham atividade sexual;

Atraso menstrual acima de 15 a 16 semanas (Recomendado exame físico obstétrico).

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Luvas de procedimento;

Frasco limpo e seco de plástico ou vidro, sem nenhum conservante;

Tiras reagentes para Teste Rápido HCG urinário.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Chamar a paciente pelo nome completo e pedir para que a paciente se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;
- Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;
- Apresentar-se a paciente e explicar o procedimento a ser realizado, sanando as dúvidas antes de iniciar a execução;

- Questionar a paciente sobre o período de amenorreia e sintomas;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Oferecer o frasco ou copo descartável e encaminhá-la ao sanitário;
- Orientar a paciente a coletar uma pequena amostra de urina;
- Anotar o lote e validade no prontuário da paciente e abrir a embalagem do teste;
- Receber o material e proceder à realização do teste, introduzir a tira em posição vertical com as setas na posição vertical e para baixo;
- Emergir até a linha “Mark line” retire a tira após 10-15 segundos e colocar a tira sob material ou superfície não absorvente;
- Esperar as faixas coloridas aparecerem, aguardar tempo da reação completa de 5 minutos;
- Interpretar o resultado:
- **Negativo:** aparece apenas uma faixa na região do controle.
- **Positivo:** aparecem duas faixas iguais e separadas de cores na região do controle e do teste;
- Explicar o resultado a paciente;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão COREN-SP-DIR/001/2000 e conforme (POP 13);
- Registrar o procedimento em planilha de produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- A intensidade da cor das faixas do teste pode variar visto que estágios diferentes da gravidez têm concentrações diferentes do hormônio de hCG.
- É recomendado que o teste seja feito na Unidade Básica de Saúde, caso seja feito fora deve orientar o paciente a realizar um teste confirmatório

sob supervisão da equipe de enfermagem.

- enfermeiro deve estar atento a mudanças de marca utilizada e, após leitura da bula, capilarizar possíveis mudanças à equipe.
- Coletar preferencialmente a primeira urina da manhã, por conter maior concentração do hormônio.
- Poderá ser também utilizada outra amostra de qualquer período do dia, respeitando o intervalo entre micções recomendado pelo fabricante.
- Não há necessidade de realizar exame imunológico se atraso menstrual for acima de 15 a 16 semanas, confirmar com exame clinico com palpação e ausculta de batimentos cardíacos fetais.
- Preferencialmente acolher a usuária em sala que possua sanitário;
- Em caso de resultado positivo, o auxiliar / técnico de enfermagem deverá agendar o mais breve possível a primeira consulta de pré-natal;
- Caso a gravidez seja indesejada, a paciente deverá ser encaminhada para atendimento da equipe de referência e de IMEDIATO com o enfermeiro.
- Caso resultado negativo com manifestação de desejo de engravidar: agendamento de consulta de enfermagem programada

8.65. POP 65 - Teste Rápido para Hepatite B

Definição

Teste qualitativo utilizado na triagem da infecção pelo vírus da hepatite B, por meio da detecção do de antígeno do HBs (HBsAg) no soro, plasma ou sangue total.

Objetivo

Fornecer resultado no mesmo dia em uma variedade de situações e locais, fora do ambiente de laboratório, por pessoal capacitado;

Detectar precocemente a infecção, permitindo a antecipação do início do tratamento; Evitar a progressão hepática e suas complicações, como o câncer e a cirrose;

Contraindicação

Não deve ser utilizado em fase post-mortem;

Executante

Profissional de nível superior da área de saúde[1] capacitado pelo Departamento DST/AIDS e Hepatites virais do Ministério da Saúde

Material

Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;
Kit diagnóstico: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução tampão;
Manual de instrução;
Álcool 70%;
Algodão ou gaze não estéril;
Cronômetro ou relógio;
Caneta esferográfica;
Caneta de tinta permanente;
Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante;
Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos;
Folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos (anexo);
Laudo TR HBsAg (anexo);

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem
- Ler o manual de instrução;
- Observar as orientações de acordo com cada laboratório;

- Higienizar as mãos (POP 42);
- Colocar os EPIs;
- Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote (caixa do kit*) na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste;
- Cada componente do kit diagnóstico (dispositivo ou placa de teste, diluente, etc.) possui um número de lote. Sendo assim deve-se considerar o número de lote da embalagem do conjunto de kit.
- Deixar os reagentes atingirem a temperatura ambiente, antes de iniciar o teste;
- Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;
- Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras despreze esse material e recomece.
- Escrever as iniciais do nome do usuário, no dispositivo ou placa de teste;
- Recepcionar o usuário com atenção de forma acolhedora;
- Orientar o usuário quanto ao procedimento e sobre as limitações do teste;
- Realizar punção digital (POP 20);
- Fazer a coleta da amostra utilizando o tubo capilar ou pipeta.
- Para eficiente aspiração do sangue, mantenha o tubo capilar na posição horizontal e colete o sangue até o completo preenchimento do capilar, sem que haja a formação de bolhas de ar.

Pipeta Capilar

Tubo Capilar

- Colocar o tubo capilar na posição vertical e dispensar três gotas da amostra no poço (S) do dispositivo de teste.
- Adicionar uma gota de solução tampão no poço, sobre a amostra.
- Aguardar15 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado; Se resultado negativo aguardar mais 15 minutos.

- Se a linha na área de controle (C) não aparecer dentro do tempo máximo determinado pelo fabricante, mesmo que a linha vermelha apareça na área de teste (T), o teste será considerado **INVÁLIDO**. Armazene para análise técnica do problema. Comunique o ocorrido ao SAC do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais pelo e-mail *diagnostico@aids.gov.br*
- Descartar o material utilizado em recipiente apropriado para descarte de materiais com risco biológico;
- Retirar os EPIs;
- Realizar anotação na folha de trabalho, assinar e carimbar;
- Registrar o procedimento em planilha de produção ou sistema de informação (SIGA);
- Emitir o laudo diagnóstico em duas vias;
- Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- Um resultado não reagente no teste rápido não permite excluir uma infecção pelo vírus da hepatite B. Este resultado deve ser sempre interpretado em conjunto com outras informações clínicas disponíveis.
- Em casos de resultados reagentes, agendar atendimento para acompanhamento no ambulatório de hepatites virais, via sistema on-line.

8.66. POP 66 - Teste Rápido para Hepatite C

Definição

Teste qualitativo utilizado na triagem da infecção pelo vírus da hepatite C (HCV), por meio da detecção do anticorpo anti-HCV no soro ou sangue total

Objetivo

Fornecer resultado no mesmo dia em uma variedade de situações e locais, fora do ambiente de laboratório, por pessoal capacitado;

Detectar precocemente a infecção, permitindo a antecipação do início do tratamento;
Evitar a progressão hepática e suas complicações, como o câncer e a cirrose;

Contraindicação

Indivíduos infectados pelo HIV imunossuprimidos ou imunocomprometidos podem não produzir anticorpos contra o vírus;
Pacientes em hemodiálise, portadores de insuficiência renal crônica, pacientes com imunossupressão, pacientes já em tratamento da hepatite c, pacientes em uso de prednisolona, pessoas recentemente vacinadas, usuários de drogas ilícitas.

Executante

Profissional de nível superior da área de saúde capacitado pelo Departamento DST/AIDS e Hepatites virais do Ministério da Saúde

Material

Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;
Kit diagnóstico: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução diluente;
Manual de instrução;
Álcool 70%;
Algodão ou gaze não estéril;
Cronômetro ou relógio;
Caneta esferográfica;
Caneta de tinta permanente;
Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante;
Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos;
Folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos (anexo);
Laudo TR HCV (anexo);

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Ler o manual de instrução;
- Observar as orientações de acordo com cada laboratório;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Colocar os EPIs;
- Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote (caixa do kit*) na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste;
- Cada componente do kit diagnóstico (dispositivo ou placa de teste, diluente, etc.) possui um número de lote. Sendo assim deve-se considerar o número de lote da embalagem do conjunto de kit.
- Deixar os reagentes atingirem a temperatura ambiente, antes de iniciar o teste;
- Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;
- Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras despreze esse material e recomece.
- Escrever as iniciais do nome do usuário, no dispositivo ou placa de teste;
- Recepcionar o usuário com atenção de forma acolhedora;
- Orientar o usuário quanto ao procedimento e sobre as limitações do teste;
- Realizar punção digital (POP 20);
- Fazer a coleta da amostra utilizando o tubo capilar ou pipeta.
- Para eficiente aspiração do sangue, mantenha o tubo capilar na posição horizontal e colete o sangue até o completo preenchimento do capilar, sem que haja a formação de bolhas de ar.
- Colocar o tubo capilar na posição vertical e dispensar uma gota da amostra no poço do dispositivo de teste.
- Adicionar três gotas de solução tampão no poço, sobre a amostra.
- Aguardar 15 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado;

Fazer a interpretação conforme:

Se aparecer apenas uma linha vermelha na área de controle, a amostra será considerada **NÃO REAGENTE**.

Se aparecer a linha vermelha na área de teste e vermelha na área de controle, a amostra será considerada **REAGENTE**.

Se a linha na área de controle (C) não aparecer dentro do tempo máximo determinado pelo fabricante, mesmo que a linha vermelha apareça na área de teste (T), o teste será considerado **INVÁLIDO**. Armazene para análise técnica do problema. Comunique o ocorrido ao SAC do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais pelo e-mail *diagnostico@aids.gov.br*

- Descartar o material utilizado em recipiente apropriado para descarte de materiais com risco biológico;
- Retirar os EPIs;
- Realizar anotação na folha de trabalho, assinar e carimbar;
- Registrar o procedimento em planilha de produção ou sistema de informação (SIGA);
- Emitir o laudo diagnóstico em duas vias;
- Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

Em casos de resultados reagentes, agendar atendimento para acompanhamento no ambulatório de hepatites virais, via sistema on-line.

8.67. POP 67 - Teste Rápido Duplo Percurso para HIV com Amostra de Fluido Oral

Definição

Diagnóstico da infecção pelo HIV por meio da detecção de anticorpos contra o vírus no fluído oral.

Objetivo

Ampliar o acesso da população em geral, principalmente das populações mais vulneráveis, ao diagnóstico da infecção pelo HIV;

Detectar precocemente a infecção, permitindo a antecipação do início do tratamento;

Fornecer resultado no mesmo dia em uma variedade de situações e locais, fora do ambiente de laboratório, por pessoal capacitado.

Diminuir o risco de transmissão vertical.

Contraindicação

Indivíduos infectados pelo HIV imunossuprimidos ou imunocomprometidos podem não produzir anticorpos contra o vírus;

Uso prolongado de antirretroviral;

Crianças menores de 02 anos, filhos de mãe soropositiva.

Executante

Profissional de nível superior da área de saúde capacitado pelo Departamento DST/AIDS e Hepatites virais do Ministério da Saúde

Material

Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;

Kit diagnóstico: Coletor de amostras de fluido oral, frasco para eluição da amostra, com dosador e tampa, suporte de teste HIV e frasco com solução-tampão de corrida;

Manual de instrução;

Gaze não estéril;

Cronômetro ou relógio;

Caneta esferográfica;

Caneta de tinta permanente;

Recipiente para descarte de material biológico;

Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos;
Folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos;
Laudo TR DPP HIV Fluído Oral;

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Ler o manual de instrução;
- Observar as orientações de acordo com cada laboratório, pois a quantidade de sangue e diluente utilizados poderá ser modificada conforme fabricante.
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Colocar os EPIs;
- Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote (caixa do kit*) na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste;
- Cada componente do kit diagnóstico (dispositivo ou placa de teste, diluente, etc.) possui um número de lote. Sendo assim deve-se considerar o número de lote da embalagem do conjunto de kit.
- Deixar os reagentes atingirem a temperatura ambiente, antes de iniciar o teste;
- Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;
- Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras ou na plataforma de duplo percurso não for visível duas linhas, uma na área de controle e outra na área do teste, despreze esse material e recomece.
- Escrever as iniciais do nome do usuário, no dispositivo ou placa de teste e no frasco de eluição, com caneta de tinta permanente;
- Abrir o frasco para eluição da amostra.
- Recepcionar o usuário com atenção de forma acolhedora;

- Orientar o usuário quanto ao procedimento e sobre as limitações do teste;
- Questionar o usuário, antes de iniciar o teste, para saber se ele comeu, fumou, bebeu, inalou qualquer substância, escovou os dentes ou praticou qualquer atividade oral 30 minutos antes do teste. Em caso afirmativo, orientar o usuário a lavar a boca com água e aguardar 30 minutos para fazer a coleta de fluido oral.
- Solicitar a retirada total de batom antes do teste, fornecendo gaze não estéril;
- Orientar o usuário a inserir o coletor acima dos dentes, no espaço que fica entre o final da gengiva e o começo da bochecha, realizar ligeira fricção, passando o coletor gentilmente, quatro vezes, tanto na arcada superior quanto na arcada inferior;
- Inserir o coletor no frasco de eluição, identificado, quebrar a haste, fechar o frasco e agitar suavemente por 10 segundos;
- Retirar a tampa do dosador e, com o frasco na posição vertical, colocar duas gotas na área 01; Realizar novo teste, caso ocorra a formação de bolhas no poço;
- Aguardar 05 minutos (relógio ou cronômetro) e verificar, na área de leitura se as linhas nas áreas T e C desapareceram;
- Pegar o tampão na posição vertical e derramar quatro gotas na área 03;
- Aguardar10 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado;

Fazer a interpretação conforme:
Se aparecer a linha rosa ou roxa somente na área de controle, a amostra será considerada **NÃO REAGENTE**.

Se aparecer a linha rosa ou roxa na área de teste e na área de controle, a amostra será considerada **REAGENTE**.
Se a linha na área de controle (C) não aparecer dentro do tempo máximo determinado pelo fabricante, mesmo que a linha vermelha apareça na área de teste (T), o teste será considerado **INVÁLIDO**. Armazene para análise técnica do

problema. Comunique o ocorrido ao SAC do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais pelo e-mail *diagnostico@aids.gov.br*

Observação

Se o resultado do exame for considerado **REAGENTE** para a infecção pelo HIV, realize um segundo teste rápido, de outro fabricante para confirmação do diagnóstico;

Após confirmação, encaminhar o usuário para o Centro de Referência DST/AIDS com referência/contrarreferência, em horário comercial de segunda à sexta.

Em casos de resultados discordantes, encaminhe amostra de sangue para o Laboratório Municipal (formulário LMC campo 06 HIV).

8.68. POP 68 - Teste Rápido para HIV com Amostra de Sangue

Definição

Diagnóstico da infecção pelo HIV I e II por meio da detecção qualitativa de anticorpos contra o vírus no sangue total venoso, soro e plasma. Existem vários formatos de TR, os mais frequentemente disponibilizados pelo Ministério da Saúde, utilizam como método a imunocromatografia, com plataforma de fluxo lateral ou plataforma de duplo percurso (DPP);

Objetivo

Ampliar o acesso da população em geral, principalmente das populações mais vulneráveis, ao diagnóstico da infecção pelo HIV;

Detectar precocemente a infecção, permitindo a antecipação do início do tratamento.

Fornecer resultado por pessoal capacitado no mesmo dia em uma variedade de situações e locais, fora do ambiente de laboratório;

Diminuir o risco de transmissão vertical.

Contraindicação

Indivíduos infectados pelo HIV imunossuprimidos ou imunocomprometidos podem não produzir anticorpos contra o vírus;

Uso prolongado de antirretroviral.

Crianças menores de 02 anos, filhos de mãe soropositiva;

Executante

Profissional de nível superior da área de saúde capacitado pelo Departamento DST/AIDS e Hepatites virais do Ministério da Saúde

Material

Material Geral:

Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;

Manual de instrução;

Álcool 70%;

Algodão ou gaze não estéril;

Cronômetro ou relógio;

Caneta esferográfica;

Caneta de tinta permanente;

Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante;

Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos;

Folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos (anexo);

Laudo TR HIV (anexo);

Material Específico:

Kit diagnóstico – imunocromatografia em plataforma de fluxo lateral: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução diluente;

Kit diagnóstico – imunocromatografia em plataforma de duplo percurso: lanceta para punção digital, alça coletora descartável, frasco para eluição da amostra, com

dosador e tampa, plataforma de teste DPP Sífilis e frasco com solução-tampão de corrida;

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Ler o manual de instrução;
- Observar as orientações de acordo com cada laboratório;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Colocar os EPIs;
- Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote (caixa do kit*) na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste;
- * Cada componente do kit diagnóstico (dispositivo ou placa de teste, diluente, etc.) possui um número de lote. Sendo assim deve-se considerar o número de lote da embalagem do conjunto de kit.
- Deixar os reagentes atingirem a temperatura ambiente, antes de iniciar o teste;
- Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;
- Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras ou na plataforma de duplo percurso não for visível duas linhas, uma na área de controle e outra na área do teste, despreze esse material e recomece.
- Escrever as iniciais do nome do usuário, no dispositivo ou placa de teste e no frasco de eluição, com caneta de tinta permanente;
- Abrir o frasco para eluição da amostra se for realizar o teste de duplo percurso.
- Recepcionar o usuário com atenção de forma acolhedora;
- Orientar o usuário quanto ao procedimento e sobre as limitações do teste;
- Realizar punção digital (POP 20);

- Fazer a coleta da amostra utilizando o tubo capilar, alça coletora ou pipeta capilar evitando a formação de bolhas. Realizar nova coleta, caso ocorra a formação de bolhas.

Realização do Teste:

- Colocar a pipeta capilar na posição vertical e dispensar uma gota da amostra no poço do dispositivo de teste A. Realizar novo teste, caso ocorra a formação de bolhas no poço;
- Adicionar quatro gotas de diluente no poço em que foi colocada anteriormente a amostra;
- Aguardar 20 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado.
- Inserir a alça coletora no frasco de eluição, identificado, quebrar a alça coletora, fechar o frasco e agitar suavemente por 10 segundos;
- Retirar a tampa superior do dosador e, com o frasco na posição vertical, colocar duas gotas na área 01. Realizar novo teste, caso ocorra a formação de bolhas no poço;
- Aguardar 05 minutos (relógio ou cronômetro) e verificar, na área de leitura se as linhas nas áreas T e C desapareceram;
- Pegar o tampão na posição vertical e derramar quatro gotas na área 03;
- Aguardar10 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado.

Interpretação do teste:

Se aparecer a linha rosa ou roxa somente na área de controle, a amostra será considerada **NÃO REAGENTE**.

Se aparecer a linha rosa ou roxa na área de teste e na área de controle, a amostra será considerada **REAGENTE**.

Se a linha na área de controle (C) não aparecer dentro do tempo máximo

determinado pelo fabricante, mesmo que a linha vermelha apareça na área de teste (T), o teste será considerado **INVÁLIDO**. Armazene para análise técnica do problema. Comunique o ocorrido ao SAC do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais pelo e-mail *diagnostico@aids.gov.br*

Não interpretar o teste após o período padronizado para a realização da leitura;

- Descartar o material utilizado em recipiente apropriado para descarte de materiais com risco biológico;
- Retirar os EPIs;
- Realizar anotação na folha de trabalho, assinar e carimbar;
- Registrar o procedimento em planilha de produção ou sistema de informação (SIGA);
- Emitir o laudo diagnóstico em duas vias;
- Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- Se o resultado do exame for considerado **REAGENTE** para a infecção pelo HIV, realize um segundo teste rápido, de outro fabricante para confirmação do diagnóstico;
- Após confirmação, encaminhar o usuário para o Centro de Referência DST/AIDS com referência/contrarreferência, em horário comercial de segunda à sexta.
- Nos casos de resultados discordantes, encaminhe amostra de sangue para o Laboratório Municipal (formulário LMC campo 06 HIV).
- Alguns fatores podem intervir no resultado ou gerar resultado **falso negativo**:
- Paciente em janela imunológica;
- Amostra coagulada ou lipêmica;

- Volume incorreto de amostra e tempo incorreto de leitura.
- Alguns fatores podem intervir no resultado ou gerar resultado **falso positivo**:
- Doença autoimmune;
- Vacina influenza;
- Transplantes.

8.69. POP 69 - Teste Rápido para Sífilis

Definição

Teste Rápido (TR) utilizado para triagem da infecção pelo *Treponema pallidum*, que permite a detecção dos anticorpos específicos anti-*T. pallidum* no soro ou sangue total. Existem vários formatos de TR, os mais frequentemente disponibilizados pelo Ministério da Saúde, utilizam como método a imunocromatografia, com plataforma de fluxo lateral ou plataforma de duplo percurso (DPP);

Objetivo

Fornecer resultado no mesmo dia em uma variedade de situações e locais, fora do ambiente de laboratório, por pessoal capacitado;

Ampliar o diagnóstico e detectar precocemente a infecção, agilizando a resposta aos indivíduos e permitindo o rápido encaminhamento para assistência médica e início de tratamento;

Previnir a transmissão vertical.

Contraindicação

Não deve ser utilizado no controle de tratamento e/ou suspeita de reinfecção;

Executante

Profissional de nível superior da área de saúde capacitado pelo Departamento DST/AIDS e Hepatites virais do Ministério da Saúde

Material

Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;
Manual de instrução;
Álcool 70%;
Algodão ou gaze não estéril;
Cronômetro ou relógio;
Caneta esferográfica;
Caneta de tinta permanente;
Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante;
Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos;
Folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos (anexo);
Laudo TR Sífilis (anexo);

Material Específico:

Kit diagnóstico – imunocromatografia em plataforma de fluxo lateral: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução diluente;

Kit diagnóstico – imunocromatografia em plataforma de duplo percurso: lanceta para punção digital, alça coletora descartável, frasco para eluição da amostra, com dosador e tampa, plataforma de teste DPP Sífilis e frasco com solução-tampão de corrida;

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Ler o manual de instrução;
- Observar as orientações de acordo com cada laboratório;

- Higienizar as mãos (POP 42);
- Colocar os EPIs;
- Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote (caixa do kit*) na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste;
- Cada componente do kit diagnóstico (dispositivo ou placa de teste, diluente, etc.) possui um número de lote. Sendo assim deve-se considerar o número de lote da embalagem do conjunto de kit.
- Deixar os reagentes atingirem a temperatura ambiente, antes de iniciar o teste;
- Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;
- Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras ou na plataforma de duplo percurso não for visível duas linhas, uma na área de controle e outra na área do teste, despreze esse material e recomece.
- Escrever as iniciais do nome do usuário, no dispositivo ou placa de teste e no frasco de eluição, com caneta de tinta permanente;
- Abrir o frasco para eluição da amostra se for realizar o teste de duplo percurso.
- Recepcionar o usuário com atenção de forma acolhedora;
- Orientar o usuário quanto ao procedimento e sobre as limitações do teste;
- Realizar punção digital (POP 20);
- Fazer a coleta da amostra utilizando o tubo capilar, alça coletora ou pipeta capilar evitando a formação de bolhas. Realizar nova coleta, caso ocorra a formação de bolhas.

<u>Realização do Teste:</u>

- Colocar a pipeta capilar na posição vertical e dispensar uma gota da amostra no poço do dispositivo de teste A. Realizar novo teste, caso ocorra a formação de bolhas no poço;

- Adicionar quatro gotas de diluente no poço em que foi colocada anteriormente a amostra;
- Aguardar 20 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado.
- Inserir a alça coletora no frasco de eluição, identificado, quebrar a alça coletora, fechar o frasco e agitar suavemente por 10 segundos;
- Retirar a tampa superior do dosador e, com o frasco na posição vertical, colocar duas gotas na área 01. Realizar novo teste, caso ocorra a formação de bolhas no poço;
- Aguardar 05 minutos (relógio ou cronômetro) e verificar, na área de leitura se as linhas nas áreas T e C desapareceram;
- Pegar o tampão na posição vertical e derramar quatro gotas na área 03;
- Aguardar10 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado.

Interpretação do teste:

Se aparecer a linha rosa ou roxa somente na área de controle, a amostra será considerada **NÃO REAGENTE**.

Se aparecer a linha rosa ou roxa na área de teste e na área de controle, a amostra será considerada **REAGENTE**.

Se a linha na área de controle (C) não aparecer dentro do tempo máximo determinado pelo fabricante, mesmo que a linha vermelha apareça na área de teste (T), o teste será considerado **INVÁLIDO**. Armazene para análise técnica do problema. Comunique o ocorrido ao SAC do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais pelo e-mail *diagnostico@aids.gov.br*

Não interpretar o teste após o período padronizado para a realização da leitura;

- Descartar o material utilizado em recipiente apropriado para descarte de materiais com risco biológico;
- Retirar os EPIs;

- Realizar anotação na folha de trabalho, assinar e carimbar;
- Registrar o procedimento em planilha de produção ou sistema de informação (SIGA);
- Emitir o laudo diagnóstico em duas vias;
- Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- Um resultado não reagente no teste rápido não permite excluir uma infecção pelo Treponema pallidum. Este resultado deve ser sempre interpretado em conjunto com outras informações clínicas disponíveis (janela imunológica).
- Em casos de resultados reagentes, encaminhe amostra de sangue para o Laboratório Municipal (formulário LMC campo 06 sífilis).

8.70. POP 70 - Troca de Bolsa de Estomia

Definição

Higienização e troca da bolsa coletora de efluentes intestinais ou urinários em pacientes portadores de colostomia, ileostomia ou urostomia.

Objetivo

Reter/coletar os efluentes;
Manter a higienização do estoma;
Proporcionar o conforto e bem estar ao paciente;
Prevenir possíveis infecções e lesões de pele.

Contraindicação

Não há contraindicação para realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

EPIs (luvas de procedimento, máscara cirúrgica);
Comadre;
Tesoura curva;
Soro fisiológico 0,9%;
Gaze ou papel higiênico;
Sabão de uso habitual;
Bolsa de estomia indicada ao paciente;
Escala de medida do estoma;
Placa da bolsa se houver (dispositivo de duas peças);
Protetor de pele (se necessário);
Pasta de resina sintética (se necessário).

Descrição do procedimento

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Promover a privacidade do paciente expondo apenas a área do estoma, colocando-o em decúbito dorsal;
- Paramentar-se com os EPIs;
- Esvaziar a bolsa coletora, observando o aspecto do material coletado (cor, consistência, quantidade, odor) e desprezar na comadre ou no vaso sanitário;
- Umedecer a região do adesivo da bolsa ou da placa com gaze embebida em SF 0,9% aquecido e remover cuidadosamente da pele, evitando lesões na pele periestoma e facilitar a remoção da bolsa ou da placa;

- Limpar o estoma e região periestomal com gaze, água e sabão ou SF 0,9%, observando as condições da pele e mantendo-a seca para aplicação do dispositivo. Utilizar gaze sobre o mesmo para evitar drenagem de urina ou fezes enquanto prepara a nova bolsa coletora;
- Medir o estoma com escala de medidas, traçar molde no verso da bolsa, deixando área de segurança de 1mm e recortar. Estoma irregular, preparar molde sob medida;
- Colocar a pasta de resina sintética (se necessário), preenchendo os espaços vazios na região periestoma. Aplicar pó protetor na pele periestoma em caso de sinais de irritação local;
- Retirar o papel protetor da base adesiva da bolsa ou da placa;
- Adaptar a nova bolsa coletora, ajustando sua abertura ao estoma, pressionando suavemente contra a parede abdominal. Colocar o clamp/presilha no dispositivo e fechar. A bolsa drenável pode ser lavada com água e sabão e reutilizada várias vezes;
- Em caso de dispositivo com duas peças (placa mais bolsa coletora), traçar o molde no verso da placa e recortar conforme medida. Após, adaptar a placa a abertura do estoma e pressionar a placa para baixo sobre a pele periostomal. Fixar a bolsa sobre os bordos da placa;
- Deixar o paciente confortável;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em planilha de produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).
- Observação
- Existem estomias intestinais e urológicas, deve ser utilizada bolsa coletora específica para cada caso.
- As bolsas coletoras podem ser de peça única (na mesma peça está a

bolsa coletora e a barreira protetora de pele) ou de duas peças (bolsa coletora e barreira protetora de pele/placa separadas).

- As bolsas coletoras podem ser abertas (reutilizáveis) ou fechadas (uso único). A bolsa aberta é drenável e deve ser lavada com água e sabão e mantida enquanto houver boa aderência à pele.
- Remover o sistema de bolsas se o paciente reclamar de queimação ou coceira sob ele ou se houver drenagem purulenta ao redor do estoma.
- Se o dispositivo for de duas peças, conectar a bolsa à base de modo que facilite o esvaziamento, levando-se em conta a preferência do paciente.
- Usar apenas soro fisiológico ou água e sabão na pele ao redor do estoma para realizar limpeza.
- Reservar o clamp/presilha para ser reutilizado após limpeza.
- A bolsa coletora deve ser esvaziada sempre que o efluente atingir um terço ou, no máximo, metade da sua capacidade, a fim de evitar vazamento ou desprendimento da bolsa.
- esvaziamento e a higienização regular da bolsa coletora aumenta sua durabilidade, o conforto e evita constrangimento ao paciente.
- Orientar o paciente para eliminar o gás através da abertura do clamp.

8.71. POP 71 - Troca de Gastrostomia

Definição

Gastrostomia é uma abertura feita cirurgicamente no estômago para o meio externo, com finalidade de facilitar a alimentação enteral para o paciente e administração de líquidos ou medicamentos, quando a mesma está impossibilitada por via oral. Dentre os cuidados necessário com o cateter da gastrostostomia está a necessidade de troca rotineira. De acordo com protocolo o tempo de troca fica estabelecido a cada 3 meses, de acordo com a indicação do fabricante ou ainda se necessário, visto peculiaridades individuais.

Objetivo

Proporcionar uma alternativa de via nutricional

Contraindicação

Hemorragias e vômitos persistente.

Executante

Enfermeiro

Material

EPIs (luva de procedimento, avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção);

Sonda foley com número ou gastrostomia adequada.

Gel de lidocaina 2%

Seringa de 20 ml.

Água destilada – ampola.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Chamar o paciente confirmando o nome, apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Posicionar o paciente adequadamente em decúbito dorsal;
- Paramentar-se com os EPIs;
- Retirar o Cateter antigo e rapidamente;
- Lubrificar a ponta da sonda com lidocaína 2%;
- Introduzir a sonda delicadamente na abertura do estoma cerca de 12cm
- Insuflar o balonete com água destilada (aproximadamente 10 ml), ou de acordo com recomendação do fabricante e fixar o cateter.
- Aplique curativo no local da inserção, fixando-os com micropor, a fim de evitar que ele se movimente para dentro e para fora. E retirar os EPIs e higienizar as mãos;

- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em planilha de produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

8.72. POP 72 -Troca de Traqueostomia

Definição

O termo traqueostomia refere-se à operação que realiza uma abertura e exteriorização da luz traqueal. O paciente traqueostomizado mantém uma via aérea artificial e, consequentemente, necessita de cuidados para evitar complicações relacionadas à presença do *cuff*, lesões e infecção local, ressecamento das secreções pulmonares, obstrução da cânula, risco de broncoaspiração e desenvolvimento de pneumonia associada à ventilação mecânica.

Objetivo

Facilitar o processo respiratório

Contraindicação Dispnéia severa.

Executante Enfermeiro

Material

EPIs (luva de procedimento, avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção);

Compressas de gazes

Traqueostomia com numero adequado ao procedimento

Cadarço de fixação

Gel de lidocaina 2%

Soro fisiológico 0,9%

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Reunir o material;

- Higienizar as mãos (POP 42);
- Chamar o paciente confirmando o nome, apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Posicionar o paciente adequadamente em decúbito dorsal;
- Paramentar-se com os EPIs;
- Retirar a traqueostomia antiga e rapidamente;
- Lubrificar a nova traqueostomia com lidocaína 2%;
- Introduzir a traqueostomia delicadamente na abertura do estoma.
- Retire a cânula suavemente e introduza a nova cânula e fixe-a. Troque as gazes entre a pele e o tubo traqueal.
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em planilha de produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- Respeitar a privacidade do paciente, mesmo que este esteja inconsciente;
- Quanto a realização de aspiração de secreção do estoma traqueal ou da cânula de traqueostomia definitiva no ambiente domiciliar, pode ser realizado por um cuidador familiar não remunerado, desde que capacitado pelo Enfermeiro, devendo o paciente ser acompanhado sistemático e supervisionado do Enfermeiro na execução dos procedimentos citados.
- profissional Enfermeiro tem competência técnico-científica para a execução da troca da cânula de traqueostomia (externa e interna), tanto no ambiente hospitalar como no ambiente domiciliar. Obs: Traqueostomia deve ser trocada apenas por uma de mesmo material.

8.73. POP 73 -Troca de Sonda de Cistostomia

Definição

É a introdução de um cateter urinário estéril é introduzido e mantido em uma abertura cirúrgica (cistostomia supra púbica ou vesicostomia), formando um trajeto alternativo para a saída da urina contida na bexiga.

Objetivo

Drenar a urina contida na bexiga.

Contraindicação Pós operatório imediato.

Executante

Enfermeiro.

Material

EPIs (luva de procedimento, avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção);

Kit sondagem (cuba rim, pinças, cuba redonda, gazes esterilizadas e campo fenestrado);

Sonda foley ou de silicone de duas vias com calibre adequado;

Bolsa drenagem de urina sistema fechado (Bolsa coletora);

Luva estéril;

Gaze estéril;

Duas seringas de 20ml;

Agulha para aspiração;

Ampola de água destilada;

Lidocaína gel 2%;

Solução aquosa clorexidina 0,2%;

Fita hipoalergênica (micropore(R));

Biombo.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Reunir o material;
- Chamar o paciente/confirmar o nome, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Promover a privacidade do paciente;
- Posicionar o paciente adequadamente em decúbito dorsal;
- Paramentar-se com os EPIs;
- Abrir os materiais descartáveis (sonda, seringa, agulha, gaze estéril e sistema
- coletor fechado) e adicioná-los aocampo estéril com técnica asséptica;
- Abrir a ampola de água destilada sobre a mesa de cabeceira do paciente;
- Desprezando o primeiro jato, colocar solução de Clorexidina 0,2% nas gazes estéreis que se encontram na cuba redonda;
- Abrir a bisnaga de lidocaína gel 2% e colocar um pouco em local estéril;
- Com auxilio de uma seringa de 20ml desinsufle o balonete da sonda que esta no paciente e retire-a. Desprezar sonda e bolsa no lixo adequado;
- Calçar um par de luvas estéreis (POP 51);
- Com auxílio de uma seringa de 20ml e uma agulha de aspiração, sem contaminar as mãos, aspirar água destilada necessária para insuflar o balonete. Testar o balonete introduzindo toda a água, após o teste reservar a seringa com água no campo estéril;
- Com auxílio da pinça, proceder antissepsia do estoma;
- Colocar o campo fenestrado sobre o estoma;
- Lubrificar a ponta da sonda com lidocaína 2%;
- Introduzir a sonda delicadamente no estoma cerca de 20cm e insuflar o balonete com água destilada;
- Conectar a bolsa coletora

- Tracionar lentamente a sonda até sentir resistência;
- Retirar o campo fenestrado sem desconectar a bolsa coletora;
- Proteger o estoma e a base da sonda com gaze estéril e ocluir com fita hipoalergênica;
- Prender a bolsa coletora na parte inferior da cama após colocar a data, hora e nome do executante;
- Deixar o paciente confortável. Lavar e secar a área perineal conforme for necessário;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos;
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em planilha de produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- Respeitar a privacidade do paciente, mesmo que este esteja inconsciente;
- Trocar a sonda a cada 30 dias, ou de acordo com orientação médica ou característica da sonda ou do sistema fechado;
- Nunca trocar somente a bolsa coletora;
- Existem sondas de calibre (6 a 12FR) para crianças e (14 a 24FR) para adultos;
- Insuflar balonetes com 3 a 5ml de água em crianças e 10 a 15ml em adultos;
- Clampear a extensão quando for necessário elevar o coletor acima do nível da bexiga;
- Realizar o curativo do estoma a cada 24 horas;
- Utilizar PVPI tópico na ausência de clorexidina 0,2% aquosa.

8.74. POP 74 - Uso de Luvas Esteréis

Definição

É a colocação e retirada adequada das luvas esterilizadas com a finalidade de evitar contaminação.

Objetivo

Evitar contaminação de procedimentos assépticos e contaminação das mãos na retirada da luva.

Contraindicação

Procedimentos que não necessitem de tal material.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Luvas esterilizadas na numeração adequada.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Higienizar as mãos (POP 42);
- Abrir a embalagem externa pela borda de abertura até o final;
- Retirar a embalagem interna, colocando-a sobre uma superfície limpa;
- Abrir as dobras horizontais do envelope;
- Abrir os dois lados das dobras verticais do papel pelas abas presentes nestas, expondo as luvas de forma a não contaminar o campo estéril;
- Segurar com o polegar e indicador da mão não dominante a dobra do punho da luva da outra mão, expondo a abertura da mesma;
- Unir os dedos da mão dominante, com a palma da mão voltada para cima e introduzi-la na abertura da luva, tracionando a luva com a mão não

dominante em direção ao punho, até calçá-la por completo, desfazendo a dobra do punho;

- Ajustar os dedos da mão que estão dentro da luva na medida em que a traciona;
- Colocar os dedos da mão enluvada por baixo da dobra do punho da luva da outra mão, expondo a abertura;
- Unir os dedos da mão não dominante e introduzir na abertura da luva com a palma da mão voltada para cima, tracionando a luva em direção ao punho até calça-la por completo, desfazendo a dobra do punho;
- Ajustar as luvas de ambas às mãos;
- Manter a mão enluvada longe do corpo e outras superfícies;
- Desprezar o papel envelope da luva apenas após término do procedimento asséptico a ser realizado.
- RETIRAR AS LUVAS
- Segurar com o polegar e o indicador de uma das mãos a luva da outra mão, próximo ao punho desta;
- Puxar a luva em direção aos dedos, virando-a para o lado avesso, a medida que vai sendo retirada;
- Segurar a luva retirada com a mão que encontra-se com luva; Permitir a retirada das luvas, evitando a contaminação das mãos e do ambiente;
- Repetir o procedimento na outra mão, encapando a luva que era segurada;
- Desprezar as luvas na lixeira correta (lixo comum ou infectante), dependendo da quantidade de sangue/secreção contida nestas;
- Higienizar as mãos.

<u>Observação</u>

- Higienizar as mãos antes e depois de calçar as luvas. As luvas não oferecem proteção completa contra a contaminação, razão que justifica a importância da correta higienização das mãos antes de calçar as luvas;

- Utilizar luvas esterilizadas sempre que for manipular campos/materiais estéreis.

8.75. POP 75 - Vacinação - rotinas

Definição

Determinação das normas e procedimentos necessários na organização do trabalho em sala de vacina.

Objetivo

Garantir a máxima segurança na administração de imunobiológico;
Prevenir infecções cruzadas;
Manter ambiente limpo e agradável;
Proporcionar conforto e segurança ao paciente e ao profissional de saúde.

Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Controle da temperatura da geladeira
Termômetro de refrigerador (digital de máxima e mínima);
Mapa de controle diário da temperatura. Limpeza concorrente
Panos limpos;
Água e sabão;
Álcool a 70%. Organização dos insumos
Geladeira de estoque;
Geladeira de uso diário;
Planilha de baixa de estoque (vacina, lote, validade e quantidade).

Material de insumo médico-hospitalar;

Recipiente rígido para acondicionamento de material pérfuro-cortante.

Atendimento ao paciente

Bandeja;

Seringas e agulhas;

Imunobiológicos;

Cartão de vacina;

Cartão espelho;

Carimbo;

Mapa diário de doses aplicadas.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Controle da temperatura da geladeira
- Verificar e anotar a temperatura da geladeira de estoque e de uso diário no início de cada plantão, certificando que as vacinas estejam na temperatura adequada;
- Anotar os valores da temperatura máxima, mínima e do momento em impresso próprio e mantendo o registro;
- Comunicar o enfermeiro se houver alteração na temperatura, evitando o uso do imunobilológico, comunicando a VISA Regional sobre o caso e não utilizando estas vacinas até liberação das mesmas, mantendo-as separadas e em temperatura adequada.
- Limpeza concorrente
- Realizar a limpeza concorrente das superfícies com água e sabão e após desinfecção com álcool a 70%.

Organização dos insumos

- Higienizar as mãos (POP 42);
- Checar e repor os materiais necessários para o atendimento, verificando o prazo de validade;

- Retirar um fraco de cada tipo de vacina, checando o lote e a validade, da geladeira de estoque e armazenar na geladeira de uso;
- Anotar na planilha de baixa de estoque;
- Checar capacidade do recipiente de pérfuro-cortante e trocá-lo se necessário;
- Devolver no final do dia as vacinas não utilizadas da geladeira de uso para a de estoque.

Atendimento ao paciente

- Chamar o paciente pelo nome, pedir para que o paciente ou acompanhante que se identifique dizendo o seu nome (dupla checagem, atentando para nomes semelhantes e homônimos);
- Solicitar a apresentação da carteira de vacinação;
- Explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução e orientar sobre a vacina a ser administrada e a importância da mesma;
- Verificar se o paciente encontra-se em situação de adiamento da vacinação (seguir o Manual de Vacinação);
- Informar sobre os eventos adversos, orientando retornar à unidade sempre que necessário (seguir Manual de Eventos Adversos);
- Orientar quanto a não utilização de pomadas ou compressas no local da aplicação;
- Registrar no cartão do paciente e no cartão espelho: vacina administrada, nº de lote e data de validade e assinar com letra legível;
- Anotar no cartão do paciente e no cartão espelho a data de retorno para próxima vacinação, conforme calendário vacinal e faixa etária;
- Higienizar as mãos;
- Preparar o imunobiológico conforme sua especificidade (temperatura, via de administração, dose e local de aplicação de acordo com a faixa etária);
- Lavar com água e sabão o local de aplicação caso apresente sujidade;

- Solicitar à mãe ou responsável que segure a criança de forma adequada, garantindo uma imobilização segura;
- Não massagear o local de aplicação, fazer apenas uma leve compressão com algodão seco;
- Desprezar os materiais pérfuro- cortantes em recipiente adequado.
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- Identificar no cartão do cliente e cartão espelho, o local de aplicação, quando aplicações simultâneas;
- Registrar no mapa diário a dose aplicada;
- Arquivar o cartão espelho, no mês de retorno da próxima vacina a ser aplicada;
- Higienizar as mãos;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).
- Observação
- Solicitar vacinas conforme o calendário/cronograma estabelecido pela VISA Regional;
- Em caso de inutilização de imunobilológico, preencher e enviar planilha específica;
- Realizar consolidado mensal das doses de vacinas aplicadas e encaminhar a VISA;
- Realizar convocação de faltosos mantendo arquivo organizado;
- Solicitar ao zelador que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal da sala de vacina ou conforme necessidade;
- Realizar a limpeza da geladeira mensalmente, antes da chegada dos imunobiológicos;
- Verificar o tempo de uso recomendado após a diluição de cada vacina e identificar no frasco a validade;

- Notificar a VISA em caso de eventos adversos utilizando ficha específica.
- Eventos graves e/ou inusitados devem ser notificados imediatamente por telefone;
- Solicitação de imunobiológicos especiais deve ser feita em impresso próprio e encaminhada a VISA.

8.76. POP 76 - Verificação de Frequência Cardíaca

Definição

Determinar a resposta cardíaca expressa pelo batimento de uma artéria pressionada sobre uma saliência óssea. Envolve os critérios de frequência, volume e ritmo avaliados por 1 (um) minuto.

Objetivo

Verificar e estado geral da saúde cardiovascular e a resposta ao organismo a outros desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas;
Avaliar estado geral do paciente;
Auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações.
Contraindicação
Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Relógio com marcador de segundos;
Estetoscópio se necessário.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Chamar o paciente, confirmer o nome, apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Manter o paciente em posição confortável;

Verificação de Pulso Apical

- Expor a região torácica;
- Posicionar o estetoscópio devidamente higienizado com álcool a 70% na região torácica (3º a 5º espaço intercostal à D);
- Auscultar as bulhas cardíacas por 60 segundos ininterruptos (avaliar quanto à fonética, ritmo e frequência);

Verificação de Pulso Arterial

- Posicionar os dedos indicador e médio sobre a artéria escolhida, pressionando levemente contra saliência óssea;
- Enumerar as pulsações por 60 segundos ininterruptos (avaliar quanto a volume, ritmo e frequência);

Ao final do procedimento

- Higienizar as mãos (POP 42);
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em planilha de produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- Comunicar ao enfermeiro qualquer alteração;
- Considerar se o paciente realiza atividade física regular, neste caso, a frequência padrão pode ser inferior.

8.77. POP 77 - Verificação de Frequência Respiratória

Definição:

Determinar a resposta pulmonar expressa pelos movimentos respiratórios envolve os critérios de frequência, amplitude/profundidade, ritmo e simetria que devem ser avaliados por 1 (um) minuto.

Objetivo:

Avaliar resposta do organismo a desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas.

Avaliar estado geral do paciente/cliente, auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações. Acompanhar a evolução da doença.

Contraindicação:

Não há.

Executante:

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

Material:

Relógio com marcador de segundos

Estetoscópio se necessário

Descrição do procedimento:

Ação de enfermagem

- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

- Higienizar as mãos (POP 42);
- Reunir o material e levá-lo para próximo do cliente;
- Apresentar-se e explicar o procedimento ao cliente e/ou acompanhante;
- Manter o paciente em posição confortável;
- Colocar a mão no pulso do cliente simulando a verificação do pulso;
- Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax – os dois movimentos (inspiratório e expiratório) somam um movimento respiratório;
- Contar os movimentos respiratórios por 60 segundos;
- Higienizar as mãos;
- Realizar desinfecção dos materiais utilizados com álcool a 70%;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Comunicar enfermeiro se alterações.
- Registrar o procedimento em Planilha de Produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55) e desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde.

Observações:

- Observar os padrões de frequência respiratória:

IDADE	Batimentos por minuto*
Recém-Nascido	35-40
Lactentes (06 meses)	30-50
Crianças que começam a andar	25-32
Crianças	20-30
Adolescentes	16-19
Adultos	14-20

* valores conforme referência no repouso (acordado ou dormindo).

8.78. POP 78 - Verificação de Temperatura Corpórea

Definição

Determinar a temperatura corpórea (da superfície da pele).

Objetivo

Avaliar resposta do organismo a desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas;
Avaliar estado geral do paciente;
Auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações;
Acompanhar a evolução da doença.

Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Algodão;
Álcool a 70%;
Termômetro coluna de mercúrio ou digital.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Reunir o material;
- Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Manter o paciente em posição confortável;

- Realizar desinfecção do termômetro zerando a temperatura armazenada anteriormente (para crianças preferir o termômetro digital);
- Selecionar local apropriado, livre de lesões (preferencialmente região axilar);
- Aguardar por 03 minutos (termômetro de mercúrio) ou até a emissão de sinal sonoro (termômetro digital);
- Realizar desinfecção dos materiais utilizados com álcool a 70% e zerar a temperatura armazenada;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- Registrar o procedimento em planilha de produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

<u>Observação</u>

- Comunicar ao enfermeiro qualquer alteração;
- Em crianças observar se vestimenta adequada à estação do ano ou temperatura ambiente ou fatores externos que possam alterar a temperatura.

9. PROTOCOLO PARA AS ATIVIDADES DO SERVIÇO DE ODONTOLOGIA BÁSICA E ESPECIALIZADA

Acerca desse protocolo, esclarecemos que o Ministério da Saúde possui diretrizes padrão de Política Nacional de Saúde Bucal, de modo que qualquer empresa ou entidade que venham a prestar esses serviços devem segui-las. Para tanto transcreveremos abaixo os referido protocolos que serão seguidos pelo o Instituto Alpha.

Diretrizes da política nacional de saúde bucal – ministério da saúde

9.1. Introdução

As diretrizes aqui apresentadas apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco — pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais.

A produção do cuidado traz consigo a proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde. Implica a responsabilização dos serviços e dos trabalhadores da saúde, em construir, com os usuários, a resposta possível às suas dores, angústias, problemas e aflições de uma forma tal que não apenas se produzam

consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender venha a produzir conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário.

Assim, as ações e serviços devem resultar de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade para, a partir disso, construir uma prática efetivamente resolutiva. É imprescindível, em cada território, aproximar-se das pessoas e tentar conhecê-las: suas condições de vida, as representações e as concepções que têm acerca de sua saúde, seus hábitos e as providências que tomam para resolver seus problemas quando adoecem bem como o que fazem para evitar enfermidades.

Ponto de partida para o exercício da cidadania, a construção da consciência sanitária implica, necessariamente, tanto para gestores e profissionais quanto para os usuários, a consciência dos aspectos que condicionam e determinam um dado estado de saúde e dos recursos existentes para sua prevenção, promoção e recuperação.

O estímulo à construção de uma consciência sanitária, em que a integralidade seja percebida como direito a ser conquistado permitirá, com as formas possíveis de participação, desenvolver o processo de controle social das ações e serviços em saúde bucal.

Para a organização deste modelo é fundamental que sejam pensadas as “linhas do cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso), com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra-referência). Onde o usuário, através de um acesso que não lhe deve ser negado, saiba sobre cada lugar que compõe a estrutura do serviço a partir da sua vivência nele: como uma pessoa que o conhece e se sente parte dele, e que é capaz de influir em seu andamento. A linha do cuidado implica um

redirecionamento do processo de trabalho onde o trabalho em equipe é um de seus fundamentos mais importantes. Constituída assim, em sintonia com o universo dos usuários, esta linha tem como pressuposto o princípio constitucional da intersetorialidade e, por seu potencial de resolutividade, possibilita o surgimento de 3 laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aprofundar a humanização das práticas.

Em consequência, os profissionais da equipe de saúde bucal devem desenvolver a capacidade de propor alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas ações desenvolvidas com as áreas de saneamento, educação, assistência social, cultura, transporte, entre outras.

No âmbito da assistência essas diretrizes apontam, fundamentalmente, para a ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção.

9.2. Pressupostos

A reorientação do modelo de atenção em saúde bucal tem os seguintes pressupostos:

2.1. Assumir o compromisso de qualificação da atenção básica, garantindo qualidade e resolutividade, independentemente da estratégia adotada pelo município para sua organização;

2.2. Garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável dessa;

2.3. Assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência;

2.4. Utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento — deve-se buscar que as ações sejam precedidas de um diagnóstico das condições de saúde-doença das populações, através da abordagem familiar e das relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde;

2.5. Acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, o que implica a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos;

2.6. Centrar a atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúdedoença, atuação intersetorial e ações sobre o território;

2.7. Incorporar a Saúde da Família como uma importante estratégia na reorganização da atenção básica; 4 2.8. Definir política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação para que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS. Estabelecer responsabilidades entre as esferas de governo, com mecanismos de cooperação técnica e financeira, visando à formação imediata de pessoal auxiliar, para possibilitar a implantação das equipes de saúde bucal na ESF. Nos Estados em que os Pólos de Educação Permanente estiverem implantados, a educação continuada dos trabalhadores em saúde bucal deve ser dar através deles; 2.9. Estabelecer política de financiamento para

o desenvolvimento de ações visando à reorientação do modelo de atenção. 2.10. Definir uma agenda de pesquisa científica com o objetivo de investigar os principais problemas relativos à saúde bucal, bem como desenvolver novos produtos e tecnologias necessários à expansão das ações dos serviços públicos de saúde bucal, em todos os níveis de atenção.

9.3. Princípios norteadores das ações

- ✓ O desenvolvimento de ações na perspectiva do cuidado em saúde bucal tem os seguintes princípios, além dos expressos no texto constitucional (universalidade, integralidade e eqüidade):
- ✓ Gestão Participativa: definir democraticamente a política de saúde bucal, assegurando a participação das representações de usuários, trabalhadores e prestadores, em todas as esferas de governo;
- ✓ Ética: assegurar que toda e qualquer ação seja regida pelos princípios universais da ética em saúde;
- ✓ Acesso: buscar o acesso universal para a assistência e dar atenção a toda demanda expressa ou reprimida, desenvolvendo ações coletivas a partir de situações individuais e vice-versa e assumindo a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população de um determinado espaço geográfico. Prioridade absoluta deve ser dada aos casos de dor, infecção e sofrimento.

- ✓ Acolhimento: desenvolver ações para o usuário considerando-o em sua integralidade bio-psico-social. Acolhimento pressupõe que o serviço de saúde seja organizado de forma usuário-centrada, garantido por uma equipe multiprofissional, nos atos de receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar. Significa a base da humanização das relações e caracteriza o primeiro ato de cuidado junto aos usuários, contribuindo para o aumento da resolutividade.

- ✓ Vínculo: responsabilizar a unidade ou serviço de saúde na solução dos problemas em sua área de abrangência, através da oferta de ações qualificadas, eficazes e que permitam o controle, pelo usuário, no momento de sua execução. O vínculo é a expressão-síntese da humanização da relação com o usuário e sua construção requer a definição das responsabilidades de cada membro da equipe pelas tarefas necessárias ao atendimento nas situações de rotina ou imprevistas. O vínculo é o resultado das ações do acolhimento e, principalmente, da qualidade da resposta (clínica ou não) recebida pelo usuário.

- ✓ Responsabilidade Profissional: implicar-se com os problemas e demandas dos usuários, garantindo respostas resolutivas, tornando-se co-responsável pelo enfrentamento dos fatores associados com o processo saúde-doença em cada território. Corresponde ao desenvolvimento de práticas profissionais baseadas no respeito à identidade do usuário, conhecimento do contexto familiar e laboral, disponibilizando o tempo necessário à escuta da queixa e ao atendimento e providências

pertinentes, criando suportes para a atenção integral à saúde e às necessidades dos diferentes grupos populacionais.

9.4. Processo de trabalho em saúde bucal

A adequação do processo de trabalho ao modelo de atenção que se está propondo requer:

- ✓ Interdisciplinaridade e Multiprofissionalismo: a atuação da equipe de saúde bucal (ESB) não deve se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico–odontológico. Ademais de suas funções específicas, a equipe deve interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo, atenta ao contexto sócioeconômico-cultural no qual ele está inserido. A troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções deve acontecer permanentemente entre todos os profissionais de saúde para possibilitar que aspectos da saúde bucal também sejam devidamente apropriados e se tornem objeto das suas práticas. A ESB deve ser — e se sentir — parte da equipe multiprofissional em unidades de saúde de qualquer nível de atenção.

- ✓ Integralidade da Atenção: a equipe deve estar capacitada a oferecer de forma conjunta ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto coletivo.

- ✓ Intersetorialidade: as ações de promoção de saúde são mais efetivas se a escola, o local de trabalho, o comércio, a mídia, a indústria, o governo, as organizações não-governamentais e outras instituições estiverem envolvidas. A intersetorialidade neste sentido implica envolver no planejamento os diferentes setores que influem na saúde humana: entre outros a educação, agricultura, comunicação, tecnologia, esportes, saneamento, trabalho, meio ambiente, cultura e assistência social.

- ✓ Ampliação e Qualificação da Assistência: organizar o processo de trabalho de forma a garantir procedimentos mais complexos e conclusivos, de forma a resolver a necessidade que motivou a procura da assistência evitando o agravamento do quadro e futuras perdas dentárias e outras seqüelas. Para isso, os serviços precisam disponibilizar tempo de consulta suficiente e adequado à complexidade do tratamento. Nessa organização sugere-se:

a) maximizar a hora-clínica do CD para otimizar a assistência – 75% a 85% das horas devem ser dedicadas à assistência. De 15% a 25% para outras atividades (planejamento, capacitação, atividades coletivas). As atividades educativas e preventivas, ao nível coletivo, devem ser executadas, preferencialmente pelo pessoal auxiliar. O planejamento, supervisão e avaliação implicam participação e responsabilidade do CD;

b) garantir o atendimento de urgência na atenção básica e assegurar cuidados complementares a esses casos em outras unidades de saúde (pronto

atendimento, pronto socorro e hospital) de acordo com o Plano Diretor de Regionalização;

c) Adequar a disponibilidade de recursos humanos de acordo com o fluxo de demanda da realidade local.

- ✓ Condições de Trabalho: para assegurar a plena utilização da capacidade instalada da rede de serviços, propõe-se o desenvolvimento de políticas de suprimento de instrumentos e material de consumo e de conservação, manutenção e reposição dos equipamentos odontológicos, de modo a garantir condições adequadas de trabalho. É indispensável, neste aspecto, observar estritamente as normas e padrões estabelecidos pelo sistema nacional de vigilância sanitária.

- ✓ Parâmetros: os parâmetros para orientar o processo de trabalho devem ser discutidos e pactuados entre as coordenações de saúde bucal (nacional e estaduais; e estaduais e municipais), com o objetivo de garantir a dignidade no trabalho para profissionais e usuários, a qualidade dos serviços prestados e observando as normas de biossegurança.

9.5. Ações

O conceito ampliado de saúde, definido no artigo 196 da Constituição da República deve nortear a mudança progressiva dos serviços, evoluindo de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um

modelo de atenção integral à saúde, onde haja a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação.

Para melhor identificar os principais grupos de ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde a serem desenvolvidas prioritariamente, é necessário conhecer as características do perfil epidemiológico da população, não só em termos de doenças de maior prevalência, como das condições sócio-econômicas da comunidade, seus hábitos e estilos de vida e suas necessidades de saúde — sentidas ou não —, aí incluídas por extensão a infra-estrutura de serviços disponíveis.

As ações de saúde bucal devem se inserir na estratégia planejada pela equipe de saúde numa inter-relação permanente com as demais ações da Unidade de Saúde.

Ações de Promoção e Proteção de Saúde – esse grupo de ações pode ser desenvolvido pelo sistema de saúde, articulado com outras instituições governamentais, empresas, associações comunitárias e com a população e seus órgãos de representação. Tais ações visam à redução de fatores de risco, que constituem ameaça à saúde das pessoas, podendo provocar-lhes incapacidades e doenças. Neste grupo situam-se, também, a identificação e difusão de informações sobre os fatores de proteção à saúde. Esse grupo compreende um elenco bastante vasto e diversificado de ações de natureza eminentemente educativo-preventivas.

A promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva. Significa a construção de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas da comunidade, como políticas que gerem oportunidades de acesso à água tratada,

incentive a fluoretação das águas, o uso de dentifrício fluoretado e assegurem a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados. Ações de promoção da saúde incluem também trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabete, hipertensão, obesidade, trauma e câncer) tais como: políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes.

A busca da autonomia dos cidadãos é outro requisito das ações de promoção de saúde. A equipe de saúde deve fazer um esforço simultâneo para aumentar a autonomia e estimular práticas de autocuidado por pacientes, famílias e comunidades. Também é recomendável trabalhar numa linha de combate a automedicação, medicalização, e dependência excessiva dos profissionais ou serviços de saúde.

As ações de proteção à saúde podem ser desenvolvidas no nível individual e /ou coletivo. Para as ações que incidem nos dois níveis, deverá garantir-se acesso a escovas e pastas fluoretadas. Além disso, os procedimentos coletivos são ações educativopreventivas realizadas no âmbito das unidades de saúde (trabalho da equipe de saúde junto aos grupos de idosos, hipertensos, diabéticos, gestantes, adolescentes, saúde mental, planejamento familiar e sala de espera), nos domicílios, grupos de rua, escolas, creches, associações, clube de mães ou outros espaços sociais, oferecidos de forma contínua e compreendem:

Fluoretação das águas

Entende-se que o acesso à água tratada e fluoretada é fundamental para as condições de saúde da população. Assim, viabilizar políticas públicas que garantam a implantação da fluoretação das águas, ampliação do programa aos municípios com sistemas de tratamento é a forma mais abrangente e socialmente justa de acesso ao flúor. Neste sentido, desenvolver ações intersetoriais para ampliar a fluoretação das águas no Brasil é uma prioridade governamental, garantindo-se continuidade e teores adequados nos termos da lei 6.050 e normas complementares, com a criação e/ou desenvolvimento de sistemas de vigilância compatíveis. A organização de tais sistemas compete aos órgãos de gestão do SUS.

Educação em Saúde

Compreende ações que objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal, assim como a possibilitar ao usuário mudar hábitos apoiando-o na conquista de sua autonomia.

A atenção à saúde bucal deve considerar tanto as diferenças sociais quanto às peculiaridades culturais, ao discutir alimentação saudável, manutenção da higiene e autocuidado do corpo, considerando que a boca é órgão de absorção de nutrientes, expressão de sentimentos e defesa.

Os conteúdos de educação em saúde bucal devem ser pedagogicamente trabalhados, preferencialmente de forma integrada com as demais áreas. Poderão ser desenvolvidos na forma de debates, oficinas de saúde, vídeos, teatro, conversas em

grupo, cartazes, folhetos e outros meios. Deve-se observar a lei federal nº 9394/96, que possibilita a estruturação de conteúdos educativos em saúde no âmbito das escolas, sob uma ótica local, com apoio e participação das equipes das unidades de saúde.

Estas atividades podem ser desenvolvidas pelo cirurgião-dentista (CD), técnico em higiene dental (THD), auxiliar de consultório dentário (ACD) e agente comunitário de saúde (ACS) especialmente durante as visitas domiciliares. As escolas, creches, asilos e espaços institucionais são locais preferenciais para este tipo de ação, não excluindo qualquer outro espaço onde os profissionais de saúde enquanto cuidadores possam exercer atividades que estimulem a reflexão para maior consciência sanitária e apropriação da informação necessária ao autocuidado.

Considerando a importância de que o trabalho do CD não se restrinja apenas a sua atuação no âmbito da assistência odontológica, limitando-se exclusivamente à clínica, sugere-se cautela no deslocamento freqüente deste profissional, para a execução das ações coletivas. Estas devem ser feitas, preferencialmente, pelo THD, pelo 9 ACD e pelo ACS. Compete ao CD planejá-las, organizá-las, supervisioná-las e avaliá-las sendo, em última instância, o responsável técnico-científico por tais ações.

Higiene Bucal Supervisionada

A higiene bucal é um componente fundamental da higiene corporal das pessoas. Mas realizá-la adequadamente requer aprendizado. Uma das possibilidades para esse aprendizado é o desenvolvimento de atividades de higiene bucal supervisionada (HBS), pelos serviços de saúde, nos mais diferentes espaços sociais. A HBS visa à prevenção

da cárie – quando for empregado dentifrício fluoretado – e da gengivite, através do controle continuado de placa pelo paciente com supervisão profissional, adequando a higienização à motricidade do indivíduo. Recomenda-se cautela na definição de técnicas “corretas” e “erradas”, evitando-se estigmatizações. A HBS deve ser desenvolvida preferencialmente pelos profissionais auxiliares da equipe de saúde bucal. Sua finalidade é a busca da autonomia com vistas ao autocuidado.

Aplicação Tópica de Flúor

A aplicação tópica de flúor (ATF) visa à prevenção e controle da cárie, através da utilização de produtos fluorados (soluções para bochechos, gel-fluoretado e verniz fluoretado), em ações coletivas.

Para instituir a ATF recomenda-se levar em consideração a situação epidemiológica (risco) de diferentes grupos populacionais do local onde a ação será realizada. A utilização de ATF com abrangência universal é recomendada para populações nas quais se constate uma ou mais das seguintes situações:

a) exposição à água de abastecimento sem flúor;

b) exposição à água de abastecimento contendo naturalmente baixos teores de flúor (até 0,54 ppm F);

c) exposição a flúor na água há menos de 5 anos;

d) CPOD maior que 3 aos 12 anos de idade;

e) menos de 30% dos indivíduos do grupo são livres de cárie aos 12 anos de idade;

9.5.1. Ações de Recuperação

Esse grupo de ações envolve o diagnóstico e o tratamento de doenças.

O diagnóstico deve ser feito o mais precocemente possível, assim como o tratamento deve ser instituído de imediato, de modo a deter a progressão da doença e impedir o surgimento de eventuais incapacidades e danos decorrentes. Por isso, os serviços de saúde, especialmente os do nível primário da assistência, devem buscar o adequado desempenho dessas duas ações fundamentais de recuperação da saúde – diagnóstico e tratamento.

Em relação ao diagnóstico, destaca-se a inclusão nas rotinas de assistência, de métodos que aprimorem a identificação precoce das lesões (biópsias e outros exames complementares).

A identificação precoce das lesões da mucosa bucal deve ser priorizada, garantindo-se, na rede assistencial, atendimento integral em todos os pontos de atenção à saúde, para acompanhamento e encaminhamento para tratamento nos níveis de maior complexidade.

O tratamento deve priorizar procedimentos conservadores — entendidos como todos aqueles executados para manutenção dos elementos dentários — invertendo a lógica que leva à mutilação, hoje predominante nos serviços públicos.

Na lista de insumos da farmácia da Saúde da Família serão incluídos alguns insumos odontológicos estratégicos, com vistas a superar dificuldades freqüentes para sua aquisição em muitos municípios — inviabilizando muitas vezes a realização de procedimentos elementares da assistência odontológica e comprometendo a continuidade de ações coletivas (como é o caso do mercúrio, da limalha de prata, da

resina fotopolimerizável, do ionômero de vidro e, também, das escovas e pastas de dentes, além de outros itens adequados à realidade local de produção de serviços odontológicos básicos).

9.5.2. Ações de Reabilitação

Consistem na recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e a sua atividade profissional.

9.6. Critérios Gerais para Referência ao Centro Regional de Especialidades Odontológicas

- Encaminhar preferencialmente pacientes em tratamento nas Unidades Básicas de Saúde, ou nas Unidades Básicas do PSF. A porta de entrada para atendimento do CEO é sempre a UBS;
- Verificar com o paciente o seu real interesse no tratamento odontológico especializado antes do seu encaminhamento;
- O paciente deve ser encaminhado com eliminação da dor e com ações realizadas para controle da infecção bucal (adequação do meio bucal, terapia periodontal básica, remoção dos focos de infecção e selamento provisório das cavidades de cárie);

- Os casos de urgência devem ser solucionados nas Unidades Básicas ou no Pronto-Atendimento;
- O agendamento deve ser realizado respeitando os critérios: A Unidade Básica de Saúde (UBS) deve encaminhar o paciente com a Guia de Encaminhamento, devidamente agendada, preenchida e assinada pelo responsável pelo agendamento e Guia de Protocolo de Encaminhamento Clínico devidamente preenchida com a identificação da UBS de origem e telefone, identificação do paciente, solicitação do serviço com os campos devidamente preenchidos, assinada e carimbada pelo profissional que fez a solicitação;
- O encaminhamento deverá ser feito através de formulários de referência/contra-referência, acompanhados ou não de exames complementares e radiografias. A Guia de Encaminhamento deverá ser referenciada juntamente com o paciente para o CEO em 2 vias (o paciente leva): 1 fica no arquivo do CEO e 1 volta para a UBS de origem preenchida pelo CEO via malote;
- Orientar o paciente para respeitar o horário de agendamento e quanto ao tempo de espera para o atendimento (ordem de agendamento; sendo primeiro atendidos os pacientes de retorno, e após os pacientes novos);
- Após o término do tratamento, o paciente será encaminhado para a unidade de saúde de origem para conclusão do tratamento e manutenção, com o

formulário de contra-referência devidamente preenchido onde conste a identificação do profissional e tratamento realizado;

- Nos casos de falta do paciente às consultas nos Centros de Especialidades, este deve remarcar a consulta no setor de agendamento do seu município.
- As necessidades encaminhadas que incluam duas ou mais especialidades para sua resolução devem ser resolvidas através de inter-consultas no CEO. Ex: aumento de coroa clínica prévia ao tratamento endodôntico, cirurgia pré-protética.
- Pacientes com estado de saúde geral que comprometa o tratamento odontológico devem primeiramente ser estabilizados na Unidade Básica de Saúde para posterior encaminhamento para o Centro de Especialidade.

Observar se a ficha de encaminhamento está respeitando os critérios estabelecidos neste protocolo.

9.6.1. Prótese

Próteses removíveis (total e/ ou parcial)

São os seguintes os critérios a serem seguidos para o encaminhamento dos pacientes

a) Para prótese total:

- O paciente deverá ter concluído o tratamento clínico e cirúrgico, se for o caso.

- Extrações dentárias devem ser realizadas com pelo menos 30 dias antes dos encaminhamentos.

- Condições de rebordos adequados, principalmente para o arco inferior

- Ausência de hiperplasias gengivais ou em regiões da bochecha.

- Não apresentar lesões ou alterações na mucosa ou nos rebordos.

- Indicações de pacientes que apresentem problemas da ATM, decorrentes da falta de próteses.

São os seguintes os critérios a serem seguidos para o encaminhamento dos pacientes

b) Para prótese parcial removível (com grampos):

- Pacientes que apresentarem ausência de no mínimo 2 elementos dentários.

- Pacientes que apresentarem arcada com extremidade livre uni ou bilateral, desde que haja dentes-pilares hígidos ou em condições favoráveis para retenção e estabilidade da prótese.

- Pacientes devem ter tido todo o tratamento clínico concluído, tratamento de canal realizado, cirurgia pré-protética realizada se caso for necessário.

- Paciente deverá apresentar rebordo alveolar regular compatível com a confecção e estabilidade da prótese.

- Paciente deve apresentar elementos dentários em condições de saúde endodôntica, periodontal e em número suficiente para permitir a estabilidade e longevidade da prótese.

- Paciente deve estar sem lesões bucais de qualquer natureza que prejudique a sua saúde e a estabilidade da prótese.

Fica inviabilizado o encaminhamento para o serviço de próteses totais e próteses parciais removíveis (com grampos):

- os pacientes que apresentam alteração motora, psiquiátrica ou nervosa severa, pois estes distúrbios impossibilitam a moldagem, confecção, bem como a utilização posterior da prótese.

- os pacientes que apresentem hiperplasia de mucosa ou que necessitem de aumento do rebordo alveolar devem ser encaminhados anteriormente para a cirurgia pré-protética no CEO.

- Presença de elementos dentários de número ou forma que impossibilite a confecção da prótese parcial removível, comprometendo sua estabilidade e longevidade.

Observações:

- Caso o paciente ao ser avaliado pelo Especialista em Prótese não apresentar os requisitos necessários, este paciente será reencaminhado ao CD da ESB ou Unidade Básica com a justificativa feita na Contra- Referência.

- Pacientes que já apresentam prótese dentária deverão ser avaliados quanto a real necessidade da confecção de outra prótese.

- O paciente terá o prazo de até 3 meses após a entrega da prótese para realizar o ajuste da mesma.

O serviço de referência irá atender os serviços descritos no item 6.1 deste Plano de trabalho.

9.6.2. Endodontia

No encaminhamento dos usuários para este serviço, o tratamento endodôntico deve ser priorizado em relação ao retratamento endodôntico.

Critérios de encaminhamento das Unidades Básicas de Saúde:

- Encaminhar somente dentes permanentes (monorradiculares, birradiculares ou multirradiculares);
- Encaminhar com radiografia inicial;
- Remover toda a cárie do dente a ser tratado e verificar:

1. se a coroa clínica será restaurável após o tratamento endodôntico;

2. condições de receber isolamento absoluto, caso necessário encaminhar previamente para o serviço de Periodontia para a realização de aumento de coroa clínica;

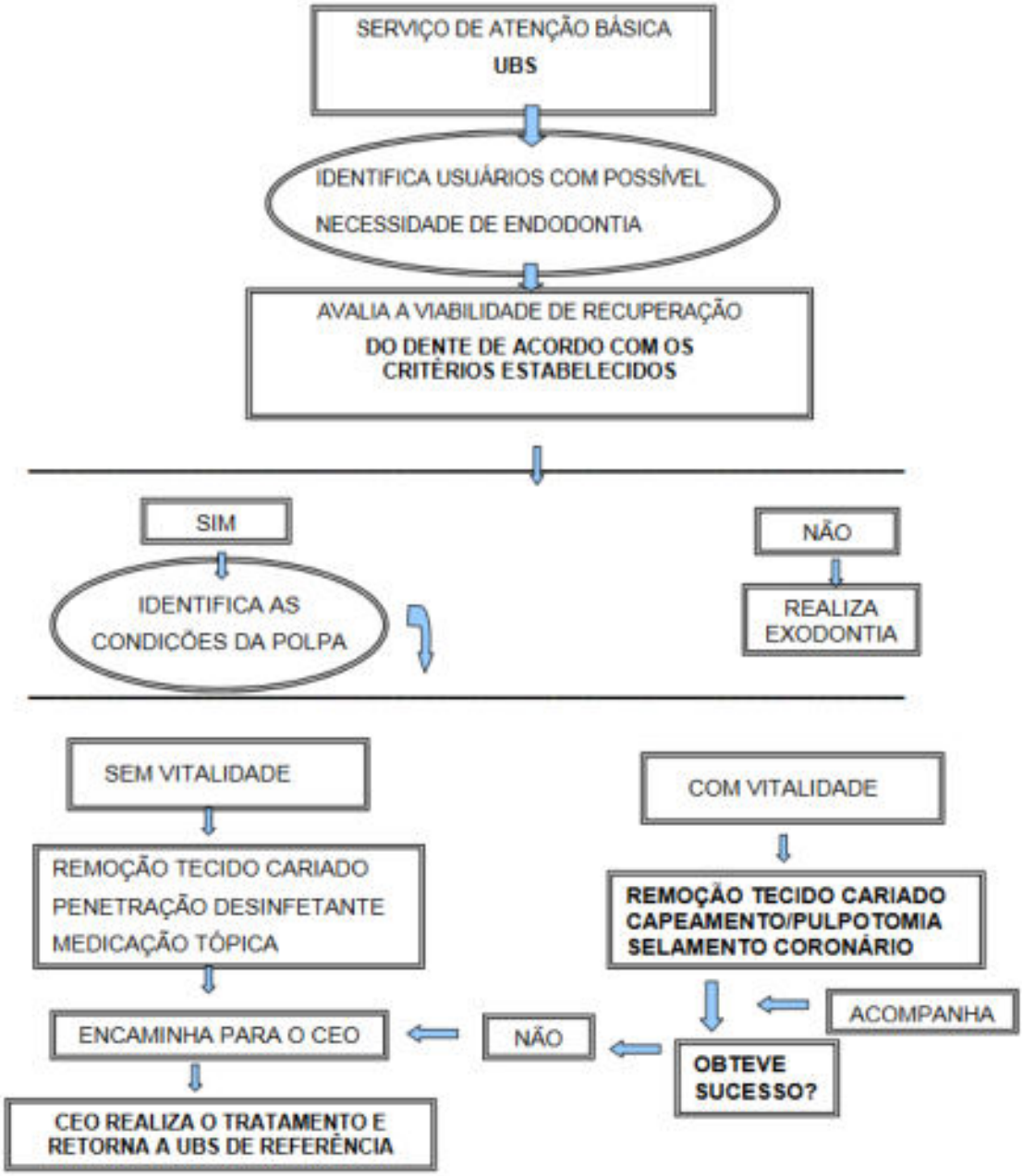
3. se o dente necessitar de prótese (provisório, coroa ou prótase fixa), após o tratamento endodôntico, orientar o paciente que este tipo de

prótese não esta disponível no CEO e nem na UBS, portanto terá que ser realizado em particular (que terá um custo);

- Estabelecer diagnóstico diferencial entre dor de origem endodôntica ou periodontal antes de encaminhá-lo ao serviço especializado;
- Dente com evidência clínica de abcesso com tumefação facial e/ou dor, realizar a devida intervenção e medicação anti-infecciosa com o intuito de aliviar os sintomas do paciente antes de encaminhá-lo ao serviço especializado;
- Não encaminhar dentes com:
    1. o periodonto severamente agravado (com grande perda de estrutura de sustentação e alto grau de mobilidade horizontal e vertical);
    2. envolvimento de furca ou coroa destruída abaixo do nível ósseo é contra-indicado para o tratamento;
- As emergências (com dores agudas) pós tratamento endodôntico devem ser encaminhados para o serviço que realizou o tratamento, para que o especialista avalie a condição do processo instalado;
- Não existe a obrigatoriedade dos pacientes encaminhados, apresentarem o tratamento odontológico concluído, porém, o paciente deve estar com os dentes ao menos com adequação ao meio, terapia periodontal básica realizada, inclusive com orientações de higiene bucal;
- Analisar com critério a articulação ou importância de sua presença na cavidade oral, os terceiros molares antes de encaminhar para o serviço.

O serviço de referência irá atender os serviços descritos no item 6.1 deste Plano de trabalho.

FLUXOGRAMA PARA REFERÊNCIA AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE ENDODONTIA



9.6.3. Cirurgia oral menor

A UBS deve encaminhar o paciente com:

- A guia de encaminhamento preenchida pelo cirurgião dentista;
- Encaminhar com radiografia inicial;

Encaminhar para a especialidade:

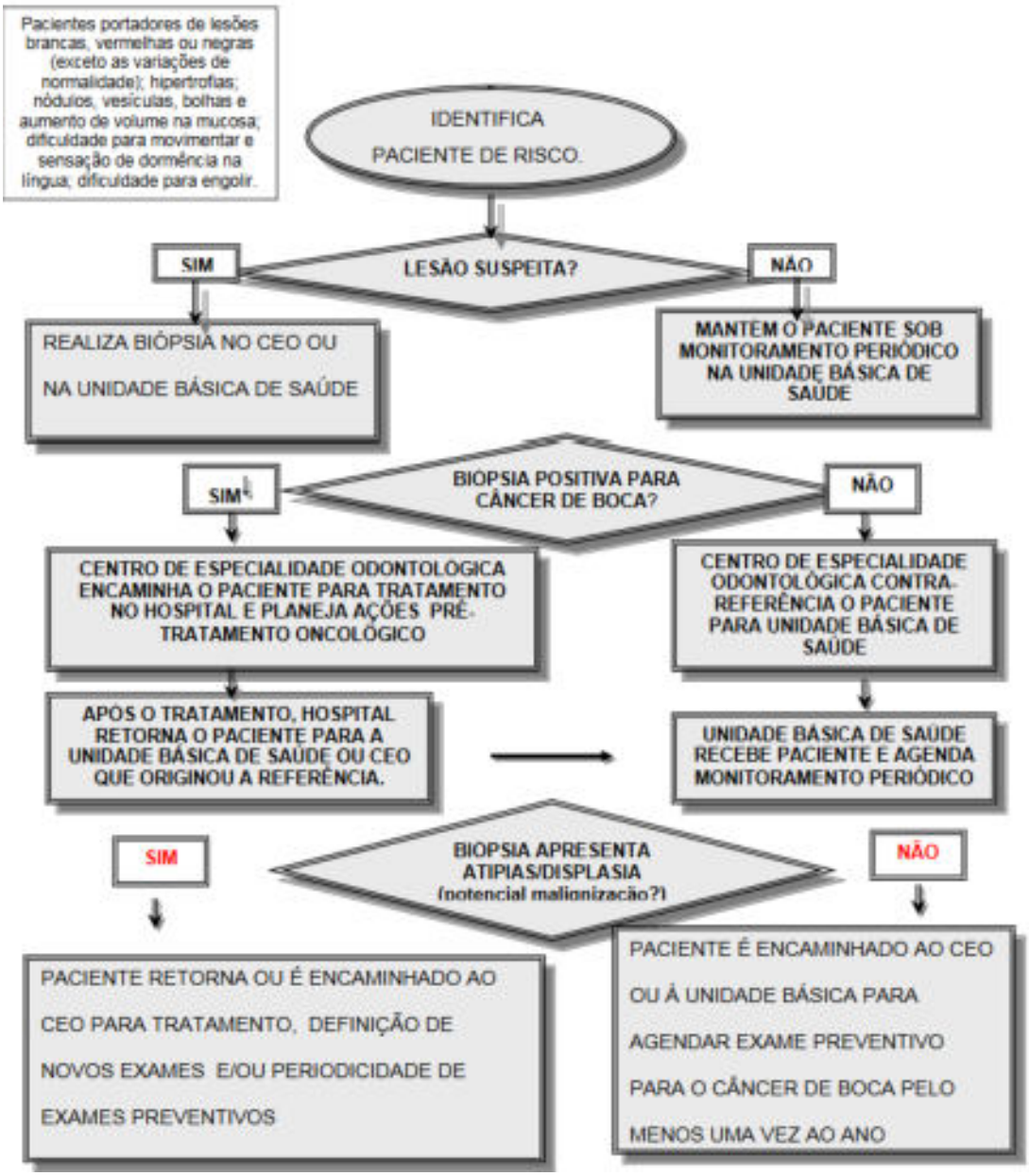
- Cirurgia de dentes inclusos/semi-inclusos (terceiros molares);
- Dentes anquilosados;
- Hiperplasia tecidual anormal;
- Lesões brancas (leucoplasia, líquen plano, ceratose actínea);
- Lesões vermelhas (eritroplasias);
- Lesões ulceradas;
- Todas as lesões que persistirem mais de 2-3 semanas acompanhadas de endurecimento ou sangramento (deve ser realizada a biópsia);
- Lesões malignas (carcinomas, tumores de glândulas salivares, sarcomas, melanomas, nevos);
- Apicetomias (com tratamento endodôntico prévio).

* a UBS poderá remover os pontos das cirurgias realizadas no CEO, exceto, quando o dentista responsável orientar o paciente para retornar no CEO para avaliação e retirada pelo próprio profissional.

Importante: Nos casos de ulcerações, remover o agente causal como: arestas de dentes, raízes residuais e prótese mal adaptada. Reavaliar o caso antes do encaminhamento para a especialidade.

O serviço de referência irá atender os serviços descritos no item 6.1 deste Plano de trabalho.

FLUXOGRAMA – DIAGNÓSTICO ORAL



9.6.4. Periodontia

A UBS deve encaminhar pacientes com idade entre 15 e 50 anos, com:

- Raspagem supragengival e polimento realizados;
- Encaminhar com radiografia inicial;
- Respeitar a vontade do paciente, e este deve estar motivado para o tratamento e sua manutenção;
- Orientações de higiene bucal e controle de placa;
- Remoção de fatores retentivos de placa (adequação do meio oral com ionômero de vidro ou IRM);
- Tratamento de processo periodontal agudo efetuado (parte emergencial) – drenagem de abcessos, gengivite necrotizante aguda, pericoronarite, prescição terapêutica;

O serviço de referência irá atender:

- Tratamento não cirúrgico de periodontia avançada (com bolsas acima de 4 mm);
- Cirurgia periodontal – por elemento ou segmento (com bolsas acima de 4mm);
- Cirurgia pré-protética – aumento de coroa clínica, para restaurações ou próteses (dentes que apresentem fraturas ou cárie subgengival, e casos de prótese anterior ou posterior, e em que o paciente tenha condições de arcar com o custo da mesma);

- Frenectomia – de freio lingual e em casos onde o freio labial é bem desenvolvido causando diastemas. Este procedimento será realizado após a erupção dos incisivos superiores;
- Bridectomia – quando sua inserção dificultar a higienização e/ou estiver causando recessão gengival;
- Splintagem – em caso de mobilidade severa dos dentes causada por doença periodontal avançada;
- Cunha distal ou mesial – nos casos de bolsas com mais de 4 mm, onde se verifica hiperplasia gengival que impossibilite a higienização ou restauração adequada;
- Gengivoplastia e gengivectomia – onde exista hiperplasia gengival, inclusive medicamentosa.

Importante:

* não encaminhar dentes condenados (com mobilidade vertical e raiz residual);

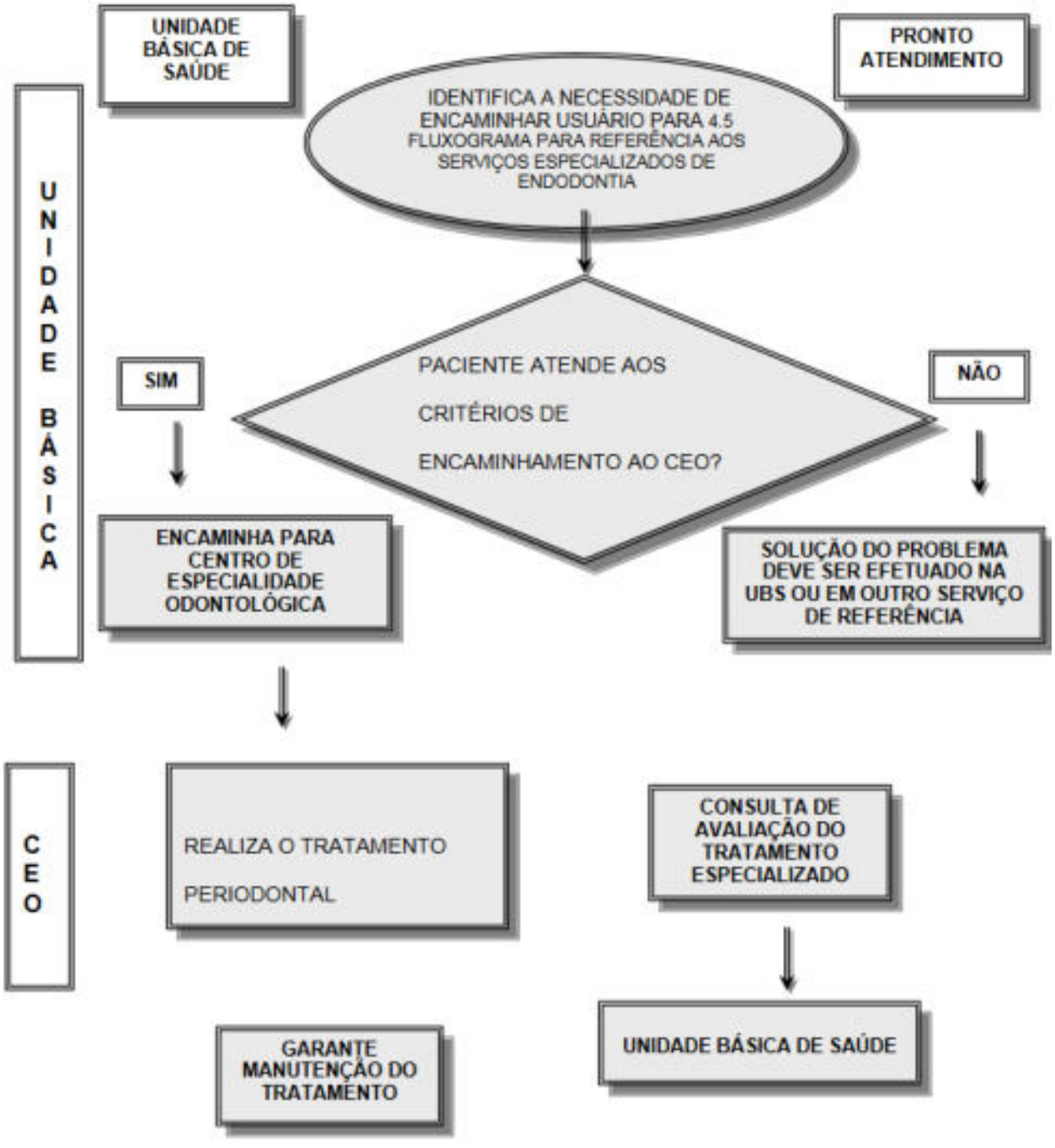
* extrair os dentes condenados para o início do tratamento dos demais;

* a UBS poderá remover os pontos das cirurgias realizadas no CEO, exceto, quando o dentista responsável orientar o paciente para retornar no CEO para avaliação e retirada pelo próprio profissional;

* a UBS é responsável pela manutenção do tratamento periodontal.

O serviço de referência irá atender os serviços descritos no item 6.1 deste Plano de trabalho.

FLUXOGRAMA DE REFERÊNCIA PARA PERIODONTIA*



9.6.5. Pacientes com necessidades especiais

- Deverá ser encaminhado pacientes que passaram pela Unidade Básica de Saúde, e foram avaliados pelo cirurgião-dentista quanto a necessidade de tratamento odontológico, e que não permitiram o atendimento clínico ambulatorial convencional;
- No Centro de Especialidades o especialista avaliará a necessidade ou não de atendimento hospitalar sob anestesia geral;
- Encaminhar o paciente com: avaliação médica com laudo, relatório do diagnóstico e avaliação clínica geral (sistêmica) do paciente; deverão ser encaminhados ao CEO acompanhados de relatório detalhado, justificando a referência e assinado pelo profissional.
- Pacientes com limitações motoras, deficientes visual, deficientes auditivo, deficientes de fala, gestantes, bebês, diabéticos, cardiopatas, 3ª idade, HIV, pacientes com disfunção renal, defeitos congênitos ambientais e transplantados, **sem outras limitações**, deverão ser atendidos nas unidades básicas de saúde.

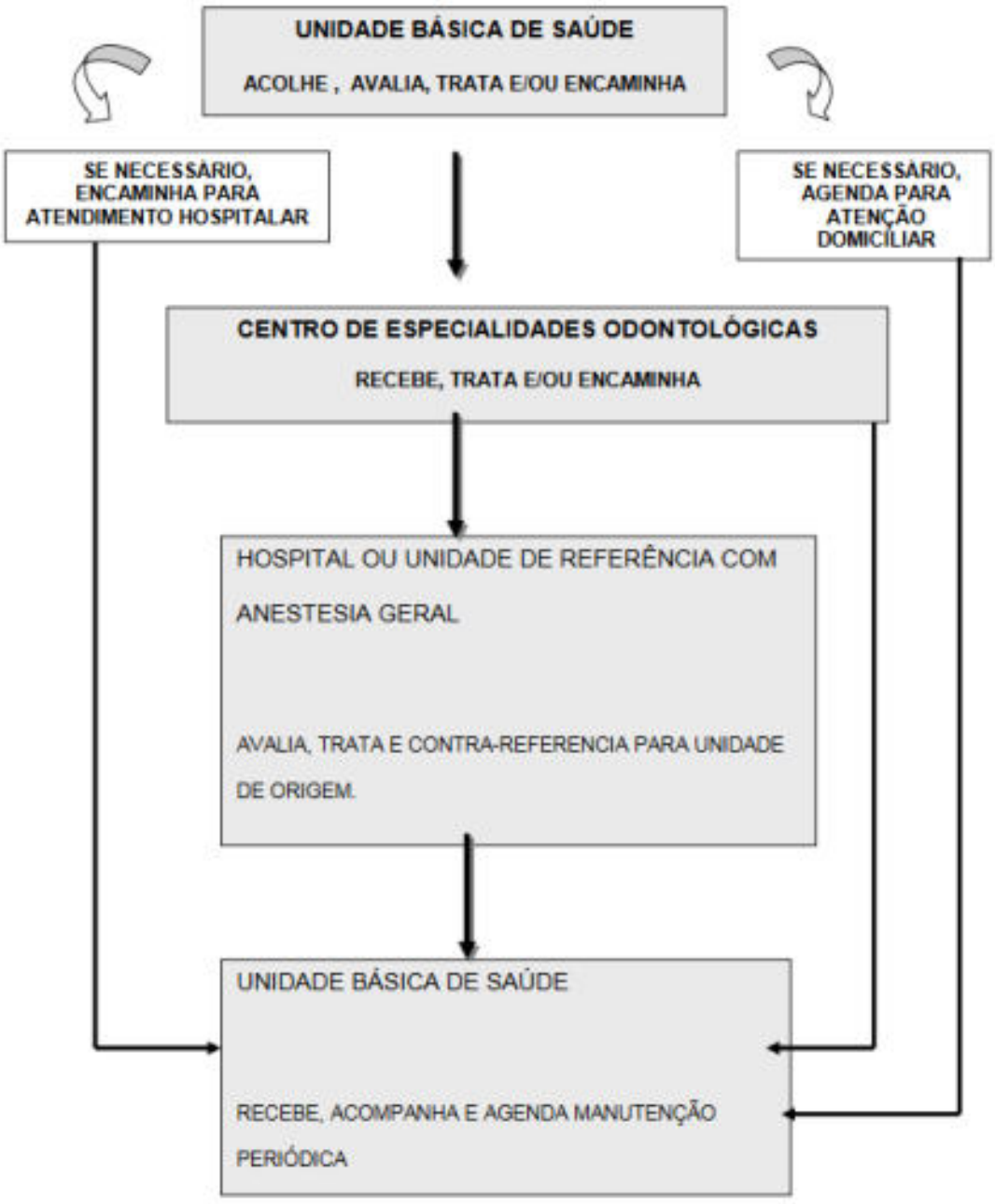
A UBS deve encaminhar:

- Pacientes com movimentos involuntários que coloquem em risco a sua integridade física e aqueles cuja história médica e condições complexas necessitem de uma atenção especializada;

- Portadores de sofrimento mental que apresentam dificuldade de atendimento nas unidades básicas de saúde, após duas tentativas frustradas de atendimento;
- Paciente com deficiência mental, ou outros comprometimentos que não responde a comandos, não cooperativo, após duas tentativas frustradas de atendimento na rede básica;
- Deficientes sensoriais e físicos, quando associados aos distúrbios de comportamento, após duas tentativas frustradas de atendimento na unidade básica;
- Pessoas com patologias sistêmicas crônicas, endócrino-metabólicas, alterações genéticas e outras, quando associadas ao distúrbio de comportamento;
- Deficiente neurológico “grave” (ex. paralisia cerebral);
- Doenças degenerativas do sistema nervoso central, quando impossibilitados de atendimento no centro de saúde;
- Paciente autista;
- Outros desvios comportamentais que tragam alguma dificuldade de condicionamento;
- Outras situações não descritas que podem ser pactuadas com o profissional de referência e definidas pelo nível local, mediante relatório detalhado e assinatura do profissional.

O serviço de referência irá atender os serviços descritos no item 6.1 deste Plano de trabalho.

FLUXOGRAMA PARA REFERÊNCIA DOS PACIENTES COM DEFICIÊNCIA



10. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PARA AS ESPECIALIDADES MÉDICAS

10.1. Cardiologia

Motivos mais comuns:

- Hipertensão Arterial

Somente encaminhar com prioridade ao especialista os casos de hipertensão arterial de alto e muitoalto grau de risco, hipertensão arterial resistente e suspeita de hipertensão arterial secundária.

Encaminhar com exames propedêuticos já realizados (Rx de tórax, ECG, glicemia de jejum, Creatinina, lipidograma e urina rotina) , além de quaisquer relevantes na avaliação do quadro.

- Insuficiência Coronariana / Dor torácica / Precordialgia:

Encaminhar com exames de Rx de tórax, ECG, glicemia de jejum, lipidograma e ácido úrico, além de quaisquer outros já realizados;

- Insuficiência cardíaca / Dispnéia / Cansaço:

Encaminhar com Rx de tórax e ECG, além de quaisquer outros exames já realizados.

- **Valvulopatias / Sopros:**

Informar as características do sopro, descartando o funcional na vigência de febre, anemia e hipertireoidismo; se em crianças, informar se a mesma foi avaliada em condições de febre e se persiste após episódio. Encaminhar com Rx de tórax e ECG já realizados.

- **Arritmias:**

Encaminhar os pacientes com diagnóstico estabelecido de arritmia cardíaca, síncope ou pré-síncope e história de marca-passo permanente.

- **Avaliação para atividade física:**

Os pacientes que iniciarão suas atividades físicas ou que já tem alguma prática farão avaliação cardiológica uma vez por ano, com o **generalista.**

- **Risco Cirúrgico:**

Encaminhar com a devida classificação de prioridade cirúrgica, e exames já realizados. Exames mínimos necessários: ECG (Eletrocardiograma), Rx de Tórax em incidência Póstero Anterior (PA), Hemograma Completo, Glicemia de Jejum, Colesterol Total e Frações, Triglicérides, Creatinina/Uréia, Função Hepática e Potássio; sorologia para Doença de Chagas nos casos suspeitos, T4 Livre e TSH em caso de Arritmias, Coagulograma em caso de Risco Cirúrgico/Valvulopatias.

Classificação de situação cardiológica:

Os estágios de Insuficiência Cardíaca (New York Heart Association):

- **Classe I (leve)**

Sem limitações para atividade física. Atividade usual não causa fadiga inapropriada, palpitação ou dispnéia.

- **Classe II (leve)**

Limitação discreta das atividades. Confortável em repouso, mas atividade física usual em resulta fadiga, palpitação ou dispnéia.

- **Classe III (moderada)**

Limitação marcante da atividade física. Confortável em repouso, mas atividade física mais leve que a usual gera fadiga, palpitações e dispnéia.

- **Classe IV (grave)**

Limitação marcante da atividade física. Confortável em repouso, incapaz de fazer qualquer atividade física sem desconforto Sintomas de Insuficiência Cardíaca no repouso. Quando é iniciada qualquer atividade física agrava o desconforto.

Classificação da canadian cardiovascular society (ccs) para angina pectoris:

- **Classe I**

Atividade física usual para caminhar, subindo escadas não causa Angina. Angina ocorre com esforços extenuantes, exercício rápido ou prolongado.

- **Classe II**

Limitação discreta da atividade usual. Angina ocorre ao subir escadas rapidamente, caminhar em ladeira, caminhar ou subir escadas após refeições ou no frio ou no vento ou sob estresse emocional, ou apenas durante algumas horas após despertar.

- **Classe III**

Limitações marcantes das atividades físicas usuais. Angina ocorre caminhando um a dois quarteirões no plano e subindo um andar e escada em ritmo normal.

- **Classe IV**

Incapaz de fazer qualquer atividade física sem sentir Angina, Angina pode estar presente em repouso.

Classificação de prioridades

1) Prioridade I (Alta)

a) Hipertensão arterial sistêmica de alto e muito alto grau de risco, conforme diretrizes para a Organização da Rede; hipertensão arterial resistente e suspeita de hipertensão arterial secundária;

b) IC evoluindo com sinais de descompensação e/ou grau III/IV;

c) História recente de atendimento em urgência ou internação por Insuficiência Cardíaca Descompensada ou Síndrome Coronariana Aguda (pós-Infarto Agudo do Miocárdio e Angina Instável);

d) Arritmias / Extrassistolias sintomáticas;

e) Síncopes com suspeita principal de origem cardíaca;

f) Portadores de valvulopatias diagnosticadas previamente e evoluindo para descompensação.

2) Prioridade II (Média)

a) IC crônica assintomática;

b) Quadro típico de Angina Estável

c) Pós-operatório tardio de cirurgias cardiológicas em pacientes que reiniciem intomas (Valvulopatias, Pós Revascularização Miocárdica, Portadores de Marca-passo e Cardioversor Desfibrilador Implantável (CDI)

d) Arritmias/ Extrassistolias assintomáticas

e) Pós-operatório tardio de cirurgia cardíaca de pacientes assintomáticos e que estavam sem controle;

f) Portadores de valvulopatias assintomáticos

3) Prioridade III (Baixa)

a) Avaliação de sopros em pacientes assintomáticos;

b) Pacientes portadores de Síndrome Metabólica;

c) Síncopes sem suspeita principal de origem cardíaca;

10.2. Cardiologia Pediátrica

Cardiopatias ou suspeita de cardiopatia congênita

Encaminhar todos os casos

Sintomas cardíacos em crianças previamente hígidas

Encaminhar todos os casos

Hipertensão arterial Sistêmica de qualquer causa em crianças

Encaminhar todos os casos

Hipercolisterolemia infantil

Priorizar os casos com historia familiar associadas

Risco Cirúrgico:

Encaminhar com a devida classificação de prioridade cirúrgica, e exames já realizados.

Síndrome de Down com malformação cardiovascular

Encaminhar os casos identificados de síndrome de DOW que apresentem mal formação cardiovascular grave

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES

1) Prioridade I (Alta)

a) Crianças sabiamente cardiopatas ou suspeita de cardiopatia congênita;

b) Sintomas cardíacos em crianças hígidas previamente;

c) Hipertensão arterial sistêmica de qualquer causa em crianças.

d) Síndrome de DOW que apresentem má formação cardiovascular grave

2) Prioridade II (Média)

a) Obesidade infantil com comorbidades;

b) Hipercolesterolemia infantil;

c) Sintomas atípicos em crianças hígidas;

d) Risco cirúrgico em criança com comorbidades.

e) Sintomas atípicos em crianças hígidas;

3) Prioridade III (Baixa)

10.3. Cirurgia Geral

Observação:

- Sempre observar relatos de sintomas urinários (prostáticos), obstipação intestinal e doenças pulmonares (especialmente DPOC).

- Caso haja doenças prostáticas, pulmonares ou intestinal (constipação), estas deverão ser tratadas antes de encaminhar o paciente ao cirurgião geral.

- Todos os pacientes com indicação cirúrgica deverão levar os exames pré-operatórios e a avaliação cardiológica ao especialista.

Motivos mais comuns

- Hérnia Inguinal

Encaminhar todos os casos

- Hérnia Epigástrica / Hérnia Umbilical

Encaminhar todos os casos

- Hérnia Incisional

Encaminhar todos os casos

- Colelitíase / Coledocolitíase

Encaminhar todos os casos. Nos pacientes com coledocolitíase o cirurgião deverá avaliar a necessidade de realização de colangiopancreatografia endoscópica

retrógrada (CPRE). Regular para Hospitais que dispõem de aparato para realização de colangiografia intra-operatória (serviço ainda indisponível em nossa rede).

- Pólipos da Vesícula Biliar

Habitualmente os pólipos com mais de **1,0 cm** de diâmetro são removidos cirurgicamente, devido ao risco de malignização.

Os pólipos maiores que **5,0 mm** necessitam de acompanhamento ultrassonográfico a cada seis meses.

- Divertículos Intestinais

Divertículo de Meckel e Doença Diverticular Colônica deverão ser encaminhados em casos de complicação (infecção / sangramento)

- Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) / Esofagite Grave com Complicações

Encaminhar todos os pacientes com DRGE complicada com esofagite grave

- Megaesôfago

Encaminhar todos os pacientes com disfagia e repercussão nutricional

- Úlcera Péptica com Estenose Pilórica

Encaminhar todos os pacientes com quadro de estenose pilórica

Observação: Paciente com ulceração gástrica deverão ser submetidos a Endoscopia Digestiva Alta (EDA) com biópsia e encaminhados com o resultado do exame histopatológico.

- Neoplasias Benignas do Estômago e Intestino Delgado

Encaminhar todos os pacientes

Classificação de prioridades

1) Prioridade I (Alta)

a) Hérnia inguinal, epigástrica, umbilical ou incisional encarcerada;

b) Colelitíase com cálculos sintomáticos com ou sem icterícia;

c) Pólipos de vesícula com suspeita de neoplasia;

d) Doença diverticular com anemia, história de melena ou sangramento oculto;

e) DRGE em pacientes com comprometimento nutricional e esofagite grave;

f) Megaesôfago com disfagia e repercussão nutricional;

g) Úlcera péptica com estenose pilórica com comprometimento nutricional (emagrecimento);

h) Neoplasias benignas do estômago e intestino delgado com dor recorrente e comprometimento nutricional (emagrecimento).

2) Prioridade II (Média)

a) DRGE / Esofagite grave com complicações;

b) Colelitíase assintomática;

3) Prioridade III (Baixa)

a) Hérnia inguinal;

b) Hérnia Epigástrica;

c) Hérnia Umblical;

d) Hérnia Incicional;

e) Pólipos da vesícula biliar.

Cirurgia ambulatorial

Motivos mais comuns

Verrugas;

*segundo critério clinico encaminhar pra dermatologista Cisto Sebáceo;

Fibroadenoma;

Lipoma;

Tumores benignos e malignos de Pele;

Dentre outros.

Descrever detalhadamente a evolução e característica da lesão, relatando doenças associadas e citando, SEMPRE, hipótese diagnóstica e motivo do encaminhamento (Exemplo: biópsia, retirada da lesão). Além disso, descrever tratamentos já realizados.

Observação: Os pacientes encaminhados para realizar Cirurgia Ambulatorial devem estar clinicamente estáveis quanto às suas doenças de base, se existir (Hipertensão Arterial, Diabetes, por exemplo); esses deverão ser encaminhados com relatório clínico do médico assistente.

10.4. Cirurgia pediátrica

Motivos mais comuns

Todos os casos abaixo deverão ser encaminhados

Hérnia epigástrica

Hérnia umbilical

Hérnia inguinal

Cisto de supercílio

Rânula

Restos branquiais

Cisto tireoglosso

Hemangioma

Higroma

Hidrocele

Varicocele

Fimose

Criptorquidia uni ou bilateral

Hipospádia

Epispádia

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES

1) Prioridade I (Alta)

a) Hérnia inguinal sintomática uni ou bilateral em menores de 1 ano;

b) Hérnia inguinal uni ou bilateral acima de 1 ano;

c) Crianças com hérnia (qualquer tipo) sintomática abaixo de 2 anos de idade e acima de 2 anos pela

idade (quanto mais novo maior a prioridade);

d) Criptorquidia uni ou bilateral, com idade cirúrgica de 2 anos ou em qualquer idade com hérnia

inguinal sintomática;

e) Hipospádia;

f) Epispádia;

g) Varicocele.

2) Prioridade II (Média)

a) Hérnia umbilical acima de 3 anos de idade sintomática ou não desde o nascimento e hérnia epigástrica;

b) Cisto tireogloso;

c) Higroma;

d) Varicocele;

e) Fimose

f) Cisto supercílio;

g) Rânula;

3) Prioridade III (Baixa)

a) Umbilical assintomática acima de 03 anos de idade;

b) Hérnia Epigástrica.

10.5. Cirurgia plástica

Motivos mais comuns

Todos os pacientes encaminhados para Cirurgia plástica deverão estar clinicamente estáveis e acompanhados dos exames correspondentes.

Fratura de face

Cicatriz hipertrófica / Quelóide;

Queimaduras / Seqüelas de queimaduras

Úlceras de decúbito

Fissura lábio palatino

Orelhas em abano

Hipertrofia mamária

Ginecomastia;

Tumor de pele (Melanoma, Carcinoma Basocelular, Carcinoma Espinocelular)

Deformidades da pálpebra como lagoftalmo, ectrópio, entrópio e ptose deverão ser avaliados pelo Oftalmologista

Classificação de prioridades

1) Prioridade I (Alta)

a) Fissura palatina;

b) Lesão tendinosa de mão, punho e antebraço;

c) Fratura de face;

d) Queimaduras de maior gravidade (pós-estabilização inicial do paciente em serviços de urgência e emergência/hospitalares);

e) Deformidades de pálpebra em crianças;

f) Tumores de pele.

2) Prioridade II (Média)

a) Queimaduras (seqüelas de maior gravidade);

b) Úlceras de Decúbito.

3) Prioridade III (Baixa)

a) Cicatriz hipertrófica / Quelóide;

b) Orelhas em abano;

c) Hipertrofia mamária não estética;

d) Deformidades de pálpebra em adultos.

10.6. Endocrinologia

Motivos mais comuns

- Diabetes tipo I

Encaminhar todos os pacientes para que sejam acompanhados pelo especialista.

- Diabetes tipo II

Manter o controle na UBS (Unidade Básica de saúde) para os pacientes em uso de hipoglicemiantes, bem controlados, sem comorbidades e complicações.

Encaminhar TODAS as Gestantes e TODOS os pacientes tipo II com dificuldade de controle.

Observações:

Ressaltamos a necessidade de aferição das glicemias capilares para diabético principalmente tipo I constando HORA E DATA.

Encaminhar sempre com exames de glicemia de jejum e HBA1C (hemoglobina glicada) além de quaisquer exames já realizados (insulina, fundo de olho, anti-GAD, microalbuminária, peptideo C e outros).

- **Doença da Tireóide**

Observar necessidade de exames de imagem e outros laboratoriais

Encaminhar sempre com exames de TSH e T4 livre, e quaisquer exames já realizados (T3, TRAB, Anti –TPO, Ultrassom e outros).

Quando suspeitar de hipotireodismo, solicitar TSH e T4 livre. Primariamente o hipotireodismo deve ser tratado na UBS, com orientações dietéticas e mudanças de estilo de vida.

Encaminhar todos os casos de Hipertireoidismo.

- **Obesidade**

Encaminhar SEMPRE com relatório constando a avaliação clínica e exames complementares básicos solicitados pelo profissional médico assistente.

Observações:

- Encaminhar os casos de obesidade grau I com comorbidades, grau II e grau III sempre com exame de glicemia de jejum, HBA1C e lipidograma.
- Para grau II e III realizar exame de cortisol após dexametasona.
- Quando encaminhar, **citar o motivo** e qual a conduta desejada (nutrição, cirurgia bariátrica, outros).
- Ressaltamos que os sobrepesos devem ser acompanhados por profissionais da medicina, Enfermagem estar sendo orientados por profissionais da saúde.

- **Cirurgia Bariátrica**

*O paciente será encaminhado ao ambulatório de Obesidade Grave SUS/BH.

Para agendamento de consulta especializada em Obesidade Grave junto à Central de Marcação de Consultas da SMS/SUS e o mesmo se dará conforme portaria nº 425 de 19 de março de 2013 e as diretrizes do Caderno de Atenção Básica número 38 – Estratégicas para o Cuidado com Doença Crônica - Obesidade, publicado em 2014, os pacientes deverão ser acompanhados pelas equipes de Saúde da Família por um período de **dois anos**, antes do encaminhamento para o ambulatório especializado de obesidade clínica.

Este acompanhamento deverá obedecer à padronização de ações envolvendo as equipes da Saúde da Família, NASF, Academia da Cidade e outras iniciativas de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde.

*O paciente que apresentar IMC maior do que 50, está dispensado deste acompanhamento, mediante encaminhamento/relatório médico detalhado, emitido pelo Endocrinologista.

- **Alterações no Crescimento:**

Encaminhar paciente com curva de crescimento com **acompanhamento de no mínimo seis meses, com pelo menos duas medidas feitas pelo mesmo examinador** e relato de peso / estatura atual e dos pais.

Além disso, realizar sempre exame de EPF, hemograma, urina rotina e rx punho E, pois o mesmo deve ser encaminhado após exclusão de patologias mais comuns: parasitoses, anemia, ITU, fator carencial / desnutrição e hipotireodismo.

Cuidados na avaliação:

- Aparecimento de sinais puberais com idade **MENOR de oito anos nas meninas e MENOR de nove anos nos meninos.**

- Avanço de idade óssea > 2 anos em relação à idade cronológica.

- Velocidade de crescimento > 4-6 cm/ano.

- Avanço rápido e progressivo dos caracteres sexuais.

- Prognóstico de estatura fora do canal de seus pais.

Solicitar exame complementar Igf-1 e Igfbp-3.

- **Telarca e Pubarca Precoces**

História sucinta constando a descrição dos caracteres sexuais secundários: pêlos, mamas e em outras partes levando-se em conta que telarca e pubarca após os nove anos é considerado normal.

- **Disfunção das Glândulas Supra- Renais**

Qualquer paciente com suspeita deve ser encaminhado: obesidade central, hiper ou hipotensão, hipertricose, alopecia, estrias violáceas, hiperpigmentação de mucosas, amenorréia, anorexia, astenia ou redução em pilificação do corpo.

- **Distúrbios do Cálcio:**

Osteoporose confirmada ou alterações do cálcio em exames complementares (Cálcio iônico, Cálcio

Total, Urina Rotina, TSH e outros).

- **Dislipidemias:**

Alterações do colesterol e triglicérides resistentes a tratamentos convencionais devem ser encaminhados com HBAIC, PCR, ultrassom abominal total.

- **Reposição Hormonal da Menopausa, Distúrbios da Menstruação e Andropausa**:

Disfunção sexual, cansaço, diminuição da força muscular em homens, alterações em exames ou sinais e sintomas característicos em ambos os sexos, devem ser encaminhados para investigação e tratamento.

- **Excesso de Pêlos**:

Alterações em mulheres devem ser investigadas;

- **Doenças da Hipófise**:

Presença de leite em mamas fora do período de amamentação, distúrbios da visão, dores de cabeça, aumento do número do sapato e alterações de face devem ser encaminhados;

Exames mínimos necessários: glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicérides, Creatinina e urina rotina, ou complementares de acordo com a hipótese.

Exames complementares necessários para suspeitas de:

- **Cushing:** Glicemia, hemograma, Na e K plasmáticos, cortisol sérico e urinário, ACTH, Rx de crânio, ultrassonografia da adrenal.

- **Addison**: Na, K, glicemia, cortisol sérico e urinário.

- **Hiperandrogenismo:** Testosterona, FSH, LH, K urinário, 17OH progesterona, Prolactina, DHEA, SDHEA, androstenediona, cortisol plasmático, USG;

- **Hiperaldosteronismo**: Aldosterona sérica, excreção urinária de potássio, Na, K, relação Aldo/APR (atividade plasmática de renina);

- **Neoplasias hipofisárias**: Prolactina, cortisol sérico ou urinário, IgF1, ACTH, TSH, T4 livre, FSH, LH.

- **Hiperprolactinemia:** dosagem de prolactina e prova de função tireoidiana.

- **Supra-renais e hipófise:** revisão laboratorial bioquímica e hormonal.

Observação: Os agendamentos das primeiras consultas deverão ser realizados mediante exames já citados atualizados (máximo três meses). Os retornos deverão ser agendados mediante exames solicitados pelos especialistas.

Classificação de prioridades

1) Prioridade I (Alta)

a) Todos (as) pacientes com Diabetes tipo;

b) Usuárias com Diabetes gestacionais;

c) Diabetes Mellitus em criança;

d) Diabetes tipo II de difícil controle:

- Diabetes *mellitus* tipo II de alto e muito alto grau de risco, conforme critérios de encaminhamento da Rede Hiperdia Minas, os quais incluem casos como internações, complicações, acometimento de órgãos-alvo ou controle glicêmico **muito ruim - HBA1C maior que 9**, especialmente se em uso da insulina ou se em uso de antidiabético oral em dose plena e insulinização impossível de ser realizada na APS; usuário recém-diagnosticado + indicação de insulinização (glicemia acima de 300mg/dl) + insulinização impossível de ser realizada na APS.

- Diabéticos com baixa de acuidade visual repentina.

- Usuários com *Diabetes Mellitus* tipos I e II com diagnóstico de perda de sensibilidade protetora plantar confirmada e/ou alterações na avaliação vascular dos pés

e) Diabetes Insipidus;

f) Hipertireoidismo descompensado e/ou não responsivo ao tratamento medicamentoso.

g) Tumefação/nódulo tireoidiano aguda/recente

h) Distúrbios osteometabólicos;

i) Doença de Basedow-Graves;

j) **Suspeita** de neoplasia em Endocrinologia;

k) Genitália ambígua;

l) Puberdade Precoce;

m) Patologias de Glândulas Supra-Renais;

n) Feocromocitomas;

o) Hipoparatireoidismo / Hiperparatireoidismo;

p) Disfunções hipofisárias;

q) Acromegalia;

r) Hipotireoidismo central;

s) Nódulo tireoidiano;

t) Bócio com compressão do trato respiratório;

2) Prioridade II (Média)

a) Telarca e Pubarca precoce (antes de 08 anos);

b) Hiperprolactinemia;

c) Hiperaldosteronismo Primário;

d) Hipoglicemia;

e) Hipertireoidismo sem complicações;

f) Hiperplasia congênita de Supra-Renal.

3) Prioridade III (Baixa)

a) Alterações de crescimento;

b) Obesidade de difícil controle e necessidade de medicação e/ou indicação cirúrgica (obesidade grau

1 com comorbidades, grau 2 e grau 3);

c) Obesidade infantil e dislipidemia;

d) Dislipidemia de difícil controle em adulto;

e) Síndrome Metabólica;

f) Disfunções tireoidianas subclínicas ou nódulo antigo;

g) Bócio (>6 meses), exceto se compressão do trato respiratório;

h) Puberdade retardada;

i) Ginecomastia;

j) Hirsutismo;

10.7. Gastroenterologia

Motivos mais comuns

- **Epigastralgia / Úlcera:**

Citar historia sucinta, tempo de evolução da dor características, hábito intestinal e sintomas concomitantes, encaminhando com exames de EPF (Duas amostras em MIF) e em caso de úlcera.

Relatar SEMPRE tratamentos prévios e medicamentos em uso no momento.

- **Diarréia crônica:**

Citar história sucinta com tempo de evolução, hábito intestinal e sintomas concomitantes. Realizar EPF (Três amostras em MIF), HMG, sangue oculto nas fezes e Kato-Katz. Relatar tratamentos e medicações em uso.

- **Dor abdominal:**

Citar história sucinta, tempo de evolução da dor e características, além de sintomas associados. Relatar tratamentos já realizados e medicamentos em uso no momento. Encaminhar com realização de Hemograma e VHS além de EPF (Duas amostras em MIF).

- **Achado sorológico positivo para Hepatite viral após doação de sangue:**

Encaminhar à infectologia da rede municipal, conforme fluxo existente.

- **Colelitíase:**

Deve-se encaminhar para a Cirurgia Geral.

Classificação de prioridades

1) Prioridade I (Alta)

a) Neoplasias;

b) Pancreatite e Hepatites crônicas;

c) Cirrose hepática.

2) Prioridade II (Média)

a) Úlcera Péptica atual ou história de úlcera gástrica/duodenal Úlcera Péptica atual ou história de úlcera gástrica/duodenal ou tratada com recidiva de sintomas.

b) Gastrite não responsiva a tratamento medicamentoso adequado (manutenção de sintomas por mais de 4x na semana após tratamento adequado).

c) Gastrite atrófica diagnosticada por Endoscopia Digestiva Alta

d) Doenças Inflamatórias Intestinais*: Doença de Crohn, Colite Ulcerativa. Priorizar os pacientes já tratados e com sintomas recorrentes e/ou descompensados;

e) Doenças do refluxo gastro esofágico*: Hérnia de hiato, esofagite de refluxo, Esôfago de Barret.

1) Prioridade III (Baixa)

a) Síndrome do Cólon irritável;

b) Constipação intestinal crônica sem outros sintomas associados;

c) Diarréia crônica não complicada;

10.8. Infectologia

Motivos mais comuns

- AIDS e infecção pelo HIV
- Leishmanioses
- Tuberculose
- Hanseníase
- Hepatites virais
- Doenças sexualmente transmissíveis

- Exposição a agentes infecciosos com necessidade de profilaxia

- Lesões cutâneas de origem infecciosa

- ITU de repetição

Classificação de prioridades

1) Prioridade I (Alta)

a) AIDS e infecção pelo HIV com sintomas;

b) Hanseníase

c) Tuberculose

d) Leishmaniose visceral

e) Ulceras genitais, corrimento uretral

f) Exposição a agentes infecciosos com necessidade de profilaxia;

g) Hepatites virais

h) Herpes Zoster

2) Prioridade II (Média)

a) Leishmaniose tegumentar

b) Lesões cutâneas de origem infecciosa

c) Lesões vasculares complicadas após avaliação pela angiologia

d) Osteomielite crônica

e) Verrugas genitais

f) Hepatites virais sem sintomas

3) Prioridade III (Baixa)

a) Imunodeficiências primárias

b) Sinusite de repetição após avaliação da otorrinolaringologia

c) ITU de repetição

d) Dermatofitoses

e) Screening para as DST

10.9. Neurologia

Motivos mais comuns

- Cefaléia

Conforme avaliação clínica, o generalista deverá encaminhar os pacientes com cefaléia juntamente com os exames já realizados, especial atenção deve ser dada as cefaléias de difícil controle, associadas a distúrbios do comportamento, convulsões, agravamento progressivo ou instalação súbita e constante.

- Epilepsia, Convulsões e "desmaios"

Descrever de forma completa o motivo do encaminhamento, evolução, doença associadas e hipoglicemia.

No caso de convulsão febril em crianças deve-se tratar o quadro de base e depois encaminhar ao neurologista. Caso a medicação termine antes do retorno

ao especialista e estando o paciente sob controle, a prescrição poderá ser mantida pelo médico da UBS até o retorno ao neurologista.

- Distúrbios de Aprendizagem, Atraso Psicomotor

Especificar qual distúrbio neuropsicomotor foi observado, qual distúrbio do comportamento, tempo de evolução e dados sobre o parto e primeiro ano de vida.

- Seqüela de AVC

A prescrição e o acompanhamento de reabilitação fisioterápica devem ser feitos pelo generalista ou pelo neurologista. A avaliação de déficit motores de seqüelas de AVC ou trauma para fins de obtenção de benefícios ou passe livre deve ser feita pelo neurologista.

- Hidrocefalia, mielomeningocele e cranioestenose

Encaminhar ao neurologista para avaliação.

Ao encaminhar, sempre relatar a historia clinica e evolução, curva do perímetro cefálico (PC), presença de déficit neurológico e formato do crânio. Raios-X de crânio se há suspeita de cranioestenose será necessário.

- Manifestações Psicossomáticas

Manifestações orgânicas ou queixas subjetivas que compõem síndrome depressiva ou ansiedade devem ser motivos para encaminhamento à saúde mental.

Exames mínimos necessários: os compatíveis com a clínica apresentada.

Classificação de prioridades

1) Prioridade I (Alta)

a) Ataque isquêmico transitório (AIT);

b) Epilepsia de difícil controle;

c) Convulsões e/ou Epilepsia de início recente;

d) Doenças neurometabólicas no 1º ano de vida;

e) Doença neuromuscular;

f) Suspeita de má-formação cerebral

g) Paciente com cefaléia e alterações neurológicas ao exame físico;

h) Cefaléia de início recente em paciente idoso;

i) Tonturas com sintomas cerebelares;

j) Esclerose lateral primária;

k) Acompanhamento do tratamento de meningite;

l) Suspeita de neoplasia de sistema nervoso;

m) Fraturas vertebrais;

n) Mioclonias;

o) Epilepsia com crise convulsiva recente a despeito do uso correto de anticonvulsivantes;

p) Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA);

q) Neurocisticercose com sintomas neurológicos;

r) Demência de início recente;

s) Recidiva de AVC;

t) Cefaléia de difícil controle ou causa desconhecida;

u) Doença do disco intervertebral (hérnia de disco;)

v) Convulsão febril;

w) Miastenia Gravis;

x) Esclerose múltipla

2) Prioridade II (Média)

a) Controle de epilepsia;

b) Hipotonias;

c) Distonias;

3) Prioridade III (Baixa)

a) Doença de Alzheimer;

b) Enxaqueca e cefaléia sem critérios de gravidade;

c) Hiperatividade;

d) Distúrbios de aprendizagem/ Déficit de atenção;

e) Distúrbios do sono/ Distúrbios de conduta;

f) Nevralgia do trigêmeo;

g) Neuralgia herpética;

h) Paralisia de Bell.

i) Desordens do controle motor;

j) AVC (seqüelas);

k) Neuropatias periféricas;

l) Doença de Parkinson;

m) Malformação do SNC - seqüelas neurológicas de prematuridade;

n) Paralisia cerebral - seqüela de hipoxia periparto ou outras;

10.10. Oftalmologia

Orientar a trazer os óculos, receitas antigas e todos os exames oftalmológicos se tiver e/ou laboratoriais que possam informar doenças associadas ex: Diabetes , hipertensão.

Motivos mais comuns

- Dificuldade visual

Descrever a historia clinica completa nos pacientes com relato de déficit visual ou queixas oculares como prurido, lacrimejamento, dentre outros (citar presença de outras patologias) Pacientes com queixas agudas, de forte intensidade com sintomas associados, deverão ser sempre encaminhados as urgências clinicas para avaliação inicial.

- Baixa Acuidade Visual (BAV)

Não se esquecer de colocar doenças associadas principalmente diabetes e hipertensão e tratamentos anteriores.

Observação: Os pacientes com queixa de déficit visual devem ser submetidos pelo médico clínico ou outro profissional habilitado, sempre que possível, ao teste de Snellem para ver a gravidade ou prioridade.

- Conjuntivite, Dor ocular e Olho vermelho

Lembrar de colocar sintomas relacionados com o ardor, lacrimejamento, hiperemia ocular, “cansaço visual”, diplopia, dor periorbitária, história familiar de glaucoma (encaminhar para a urgência quando pertinente)

- **Retinopatia diabética e/ou Hipertensiva**

Informar o valor da pressão arterial, levar exame de glicemia de jejum, e HbA1C e relatórios oftalmológicos prévios.

- Cefaléia

Encaminhar os pacientes relacionadas a problema oftalmológico com cefaléia persistente, frontal (após período escolar ou após esforços visuais), **sem outras causas aparentes** (ex.: sinusite, inflamações dentarias e enxaquecas).

Obs.: Cefaléia matinal ou no meio da noite provavelmente não está relacionada a problemas oculares.

- **Catarata:**

Informar medicamentos em uso e doenças concomitantes, além do tempo de doença ou de sintomas e sinais, bem como as condições clínicas. Também estão incluídas cataratas traumáticas e de origem metabólica e leucocoria (pupila esbranquiçada), independente da idade.

- **Estrabismo**

Encaminhar pacientes com desvio ocular e compensação do estrabismo pela posição da cabeça (diagnóstico diferencial do torcicolo congênito)

- **Glaucoma**

Encaminhar pacientes com história familiar de glaucoma. Deformidades da pálpebra como lagoftalmo, ectrópio, entrópio e ptose deverão ser avaliados pelo Oftalmologista conforme orientação do TFD/SMS/Belo Horizonte sendo encaminhado pelo fluxo do Departamento da plástica ocular.

Observações

- Crianças quando menor de sete anos com estrabismo é urgente prioridade
- BAV súbito – emergência
- Olho vermelho – urgência

* Queixa principal

* História Pregressa

- Hipertensão Arterial, Diabetes mellitus, Alteração da tireóide, informar sempre o medicamento em uso e o colírio correspondente, se usar.

*História Pregressa ocular

- Cirurgias ou traumas prévios

- Qualquer problema ocular prévio

*Ao nascer – Teste do olhinho – Cartão de vacina

*04 anos – Exame

Classificação de prioridades

1) Prioridade I (Alta)

a) Glaucoma

b) Criança menor de 7anos com BAV

c) Paciente portador de Diabetes Mellitus de alto a muito alto grau de risco (conforme estratificação de risco da SES/MG) ou baixa de acuidade visual repentina

d) Estrabismo em crianças menores de 5 anos de idade

e) Retinopatia Diabética e Hipertensão arterial

2) Prioridade II (Média)

a) Estrabismo em crianças maiores de cinco anos

b) Perda de óculos em quem já fazia uso

c) Pacientes com Diabetes Mellitus de baixo e moderado grau de risco

d) Pacientes com catarata bilateral

e) Dificuldade visual - priorizar pacientes entre 09 anos e com mais de 40 anos para consulta de 1ª vez

3) Prioridade III (Baixa)

a) Controle de refração anual

b) Pterígio

c) Calázio (Tersol)

d) Catarata unilateral em idoso

Observação

Os exames oftalmológicos e as cirurgias que serão executadas pelos serviços conveniados ao SUS/SMS (Município de referência) somente serão autorizados se estiverem vinculados ao nº da consulta emitida pela Central de Marcação de Consultas da Secretaria de Saúde de Laranjal.

10.11. Ortopedia

Motivos mais comuns

- Dores na coluna vertebral – Cervicalgia, Dorsalgias e Lombalgia

Realizar sempre Rx da área afetada (Rx de coluna lombar necessita de preparo intestinal); deformidades ósseas (membros inferiores, hipercifose, escoliose)

para deformidades na coluna solicitar Rx de coluna tóraco-lombar em AP e Perfil.

- **Deformidades ósseas em crianças (genu valgo, cambota, pé torto posicional, pé plano, quedas, perna torta)**

Só devem ser encaminhados após os dois anos de idade, já que até essa idade é normal a existência desses casos. A deformidade que estiver em progressão (piora) deve ser acompanhada pelo ortopedista.

- **Dor musculoesquelética localizada a esclarecer**

Descrever de maneira completa o motivo do encaminhamento.

- **Seqüela de fratura**

Descrever a localização e evolução, os tratamentos prévios, encaminhar com Raios-X do local afetado e, AP e perfil.

- **Dor articular, algias ósseas, calcaneoalgias, artrose de Joelho e coxo-femoral**

Encaminhar com Rx da articulação acometida em duas incidências. Em caso de suspeita de esporão do calcâneo a incidência é lateral, se o acometimento for de ombro a incidência é AP e AXIAL;

- **Lesões de Ligamentos e Articulações**.

- **Lesão tendinosa da mão, punho e antebraço**

Classificação de prioridades

1) Prioridade I (Alta)

a) Tumor ósseo

b) Escoliose idiopática Juvenil

2) Prioridade II (Média)

a) Ruptura do manguito rotador

b) Entorse subaguda

c) Lombalgia, Dorsalgia e Cervicalgia

d) Seqüela de fratura

e) Osteomielite crônica

f) Síndrome do túnel do carpo, com limitação funcional;

g) Lesões ligamentosas dos Joelhos e meniscos

h) Gota

i) Dor musculoesquelética localizada a esclarecer

3) Prioridade III (Baixa)

a) Tendinite

b) Artrose

c) Cisto sinovial

d) Deformidades ósseas

e) Epicondilite

f) Deformidade do hálux valgo

g) Fasceíte plantar (esporão)

h) Bursite

i) Síndrome do túnel do carpo, sem limitação funcional

10.12. Ortopedia Pediátrica

Encaminhar os casos abaixo conforme os motivos mais comuns e classificação das prioridades

Classificação de prioridades

1) Prioridade I (Alta)

a) Displasia acetabular, displasia do desenvolvimento do quadril (luxação congênita) instabilidade hormonal do quadril do RN até quatro semanas – SINAL DE ORTOLANI. Ao exame físico: qualquer deformidade óssea / muscular congênita (ex: pé torto, torcicolo muscular, escapula alta, escoliose e outros.)

b) Escoliose idiopática e paralítica

c) Dorso curvo postural (corcunda)

d) Cifose juvenil progressiva

e) Lombalgia em criança e adolescente

f) Paralisia cerebral espástica

g) Seqüela de mielomeningocele

h) Deformidades do antebraço por bloqueio da prono-supinação

i) Deformidade angular dos ossos do antebraço

j) Ressalto (estalido) doloroso do joelho

k) Geno valgo acentuado e/ou assimétrico

l) Geno valgo progressivo após 2 anos de idade

m) Pés planos pronados, rígidos e dolorosos

n) Geno varo após 18 meses - Doença de Blunt

o) Quadril doloroso de 4 a 10 anos de idade com claudicação – Doença de Perthes

p) Epifisiólise proximal do fêmur de 10 a 14 anos

q) Claudicação na criança até 3 anos

r) Distrofia muscular progressiva Duchene / Weber

s) Paralisia Braquial (seqüela de parto)

t) Tumores ósseos e de partes moles

u) Síndrome de Down com malformação osteo muscular

v) Cervicalgia na criança e no adolescente

w) Hipercifose dolorosa na criança tuberculosa

x) Luxação congênita da patela

y) Osteocondrite femoral distal

z) Síndrome de hiperpressão patelar

2) Prioridade II (Média)

a) Navicular acessório tarsal

b) Fratura de clavícula do RN

c) Deformidades ósseas fisiológicas (pés planos, geno valgo 4 a 6 anos, geno varo até 2 anos ou posturais (pé torto postural ao nascimento)

d) Polegar em gatilho

e) Tratamento ambulatorial de fraturas (seguimento-retorno)

f) Hálux valgus juvenil

g) Artrite reumatóide infantil e Juvenil

h) Exostoses ósseas

i) Cisto de menisco

j) Osteocondrites (Osgood, Sever, Iselin)

k) Sinovite do tornozelo

l) Costocondrodistrofias

m) Tíbia vara do adolescente

3) Prioridade III (Baixa)

a) Tenossinovite inespecífica

b) Anomalia congênita dos dedos das mãos e dos pés

c) Pubalgia e tibialgia do adolescente/ crescimento

d) Cisto sinovial, cisto de Baker

e) Saliências cartilaginosas temporárias dos pés

10.13. Otorrinolaringologia

Motivos mais comuns

- Sinusites

Encaminhar os casos crônicos, sem resolução adequada na APS, com Rx de face em apresentação mentonaso, fronto-naso e perfil. Colocar de maneira completa e objetiva o motivo do encaminhamento.

- **Otites**

Encaminhar exames já realizados, se em crianças, pedir Rx de cavum e da face, se suspeitar de obstrução. O tratamento de otites simples não complicadas pós IVAS será realizado na UBS;

- **Obstrução nasal**

Encaminhar com Rx de cavum (com a boca fechada em crianças, além da face, já em adultos, somente Rx da face). Citar de maneira completa e objetiva o motivo do encaminhamento.

- **Vertigem**

Encaminhar após descartar outras causas clínicas, solicitar hemograma, TSH, T4 livre, glicemia, colesterol, VDRL

10.13.1. Otorrinolaringologia adulto

Classificação de prioridades

1) Prioridade I (Alta)

a) Disfagia ou disfonia nos últimos 20 dias

b) Otalgia resistente a terapia

c) História de epistaxe recidivante (sem sangramento ativo)

d) Tumefação ganglionar salivar com menos de 2 meses de duração em adultos

e) Vertigem recidivante de difícil controle

f) Adenopatia cervical não reacional de aparecimento recente

g) Surdez súbita (descartar rolha de cerume)

h) Tosse crônica com disfonia

i) Polipose nasal

j) Suspeita de lesão tumoral em orofaringe; altíssima prioridade

k) Lesão em orofaringe a esclarecer; altíssima prioridade

l) Ronco com apneia

m) Paralisia Facial Periférica

n) Pigarro e faringite crônica (possibilidade de ser neoplasia.)

o) Respirador bucal; epistaxe recidivante.

2) Prioridade II (Média)

a) Alterações da otoscopia (fora de episódio agudo de OMA ou otite externa)

b) Hipoacusia

c) Otite média de repetição

d) Sinusite de repetição

e) Vertigem recidivante leve

f) Amigdalite de repetição

g) Rinite alérgica moderada a grave

h) Obstrução nasal crônica

i) Disfonia recidivante

j) Zumbidos

k) Tosse crônica sem melhora com tratamento adequado

l) Drenagem de secreção auricular persistente

m) Cerume levando a hipoacusia

3) Prioridade III (Baixa)

a) Cisto de retenção nos seios da face

b) Halitose.

c) Outros.

10.13.2. Otorrinolaringologia Pediátrica

Classificação de prioridades

1) Prioridade I (Alta)

a) Obstrução respiratória com dispnéia e/ou apnéia

b) Surdez súbita

c) Otite, sinusite e/ou amigdalite complicadas

d) Otorragia, exceto traumatismo recente

e) Paralisia facial periférica

Observação: paralisia facial central deve ser encaminhada para a neurologia.

f) Vertigem Encaminhar após descartar outras causas clínicas de vertigem: solicitar hemograma, TSH, T4 livre, glicemia, colesterol e VDRL.

g) Hipertrofia de amígdalas grau IV

h) Paciente com alto risco para perda auditiva em menores de 02 (dois) anos: internação neonatal por mais de 48 horas em CTI, história familiar de perda auditiva congênita, pacientes sindrômicos, mal formação crânio-facial e doenças infecciosas no período pré, peri e pós-natal.

2) Prioridade II (Média)

a) Otorréia;

b) Otalgia (fora de episódio agudo de otite);

c) Hipoacusia em maiores de 02 anos

d) Otite de repetição, otite serosa;

e) Amigdalite de repetição;

f) Sinusite de repetição;

g) Rinite, sinusite ou amigdalite crônica;

h) Respirador bucal;

i) Epistaxe recidivante;

j) Rouquidão e distúrbios crônicos da voz;

k) Distúrbios da fala;

l) Atraso de linguagem;

m) Ronco;

n) Cerume levando à hipoacusia;

o) Perfuração crônica de membrana timpânica;

p) Obstrução nasal.

3) Prioridade III (Baixa)

a) Cerume

b) Rinite alérgica persistente sem resposta ao corticóide nasal

10.14. Urologia

Motivos mais comuns

- **Infecções do trato urinário de repetição ou complicadas**

Encaminhar com história clínica sucinta, sinais e sintomas associados, evolução e patologias associadas.

Realizar exames de urina rotina, urocultura com antibiograma e glicemia. E exames de controle (urocultura) confirmando a cura da ITU após antibiótico, nos casos de repetição.

Observação:

- os casos de infecção urinária deverão ser encaminhados à especialidade somente em refratariedade ao tratamento guiado por urocultura não devendo assim ser encaminhados

- os de primeira infecção ou infecção simples sem associação com patologia urinária como hidronefrose ou litíase obstrutiva (deve sempre ser realizada a

urocultura após tratamento para confirmar cura ou orientar o uso de novo antibiótico – atb);

- ITU Refratária requer falha ao medicar o paciente com ATB indicado no antibiograma da urocultura.

- Hipertrofia prostática

Encaminhar com história sucinta, seguindo o preconizado pela idade, e patologias associadas além de história familiar completa para neoplasia de próstata. Relatar medicamentos em uso e tratamentos já realizados. Realizar exames de uréia, creatinina, urina rotina e glicemia e PSA Total; (OBS: PSA livre somente é solicitado em casos de PSA total prévio maior do que 4,0 mg/ml)

- Toque retal alterado ou PSA alterado

A avaliação preventiva, PSA e toque retal devem ser realizados segundo diretrizes da SBU, a partir dos 45 anos de idade, antecipando de cinco anos para homens de cor negra e/ou com antecedentes familiares.

No toque retal: achado de uma ou mais áreas endurecidas.

Não encaminhar para toque retal o paciente fora da faixa etária preconizada para o mesmo.

Em caso de dúvida nesta avaliação inicial o paciente deve ser encaminhado ao urologista para um exame mais preciso.

Observação:

- PSA aumentado – se o seu valor estiver acima de 2,50 ng/ml nos homens até 50 anos; outros valores são observados como limite de normalidade em faixas etárias diferentes das citadas.

Critérios de solicitação de PSA:

Sabendo-se que o exame de PSA sozinho não tem muito valor, e que é fundamental a realização de toque retal, orientamos seguir alguns critérios:

*Dosagem do PSA Total: Abstinência sexual nos 2 dias que antecedem a coleta;

*Dosagem de PSA Livre: Será realizada automaticamente quando o PSA total estiver alterado;

*Após colonoscopia, aguardar 15 dias;

*Após biópsia prostática, aguardar 1 mês; (40 dias)

*Após exame de toque retal ou sondagem retal, aguardar 2 dias;

*Não fazer exercícios pesados 24 horas antes da coleta do exame.

- **Cólica Nefrética:**

Encaminhar com história sucinta caracterizando bem a dor e patologias associadas. Realizar exame de urina rotina e Rx de abdome em AP com preparo intestinal.

Observação:

*Encaminhar ao urologista apenas aqueles pacientes com calculose confirmada para a avaliação de tratamento cirúrgico ou terapia para desobstrução, ou quando ocorrer cólicas persistentes.

Não encaminhar para propedêutica de lombalgia sem ultrassom que confirme litíase.

Exames mínimos necessários:

*Rx de Abdome, Ultrassonografia de rins e vias urinárias, Hemograma, Uréia, Creatinina, Cálcio, Sódio,

Potássio, Ácido úrico, Urina Rotina e PSA, nos casos suspeitos de patologias prostáticas.

O paciente com cólica nefrética aguda deverá ser encaminhado ao serviço de urgência mais próximo.

Classificação de prioridades

1) Prioridade I (Alta)

a) Neoplasias de bexiga

b) Neoplasias de rim

c) Neoplasias de próstata

d) Hiperplasia de próstata, em pacientes em uso de sonda vesical de demora

e) Obstrução do trato urinário

f) Hematúria a esclarecer, sem história de litíase ou infecção do trato urinário (somente hematúria volumosa com coágulos)

2) Prioridade II (Média)

a) Litíase renal (cálculos maiores que sete mm, cálculos coraliformes)

b) Uretrite crônica (realizar bacterioscopia de secreção, urina rotina e urocultura)

c) Prostatite crônica (realizar urocultura)

d) Hidrocele volumosa

e) Rim multicístico displásico

3) Prioridade III (Baixa)

a) Condiloma peniano

b) Fimose

c) Varicocele

d) Hidrocele de pequeno volume

e) Hiperplasia prostática benigna (P. baixa)

11. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PARA AS ESPECIALIDADES NÃO MÉDICAS

11.1.Fisioterapia

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	Protocolo de Acesso Ambulatorial					
				HDA	Exames complementares sugeridos	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência
UNIDADE DE REABILITAÇÃO	FISIOTERAPIA	GERAL	Pós-operatório em membros inferiores (artroplastias, artroscopias, osteotomias, osteossínteses e reconstruções ligamentares).	Paciente pós-operatório ortopédico recente que, após consulta de revisão médica, tenha sido liberado para tratamento fisioterapêutico.	RX e demais exames de imagem realizados antes e após a cirurgia, relato médico com diagnóstico clínico e CID da doença.	Alteração da capacidade funcional do membro inferior (redução da amplitude de movimento e/ou da força muscular), com ou sem restrição de carga.	Priorizar pacientes com período de pós-operatório de no máximo 3 meses.	P2	Dependendo da avaliação fisioterapêutica, o usuário poderá ser encaminhado para reavaliação médica e/ou para UBS, de posse do relatório de contrarreferência.
			Pós-operatório de cirurgias ortopédicas das cinturas escapulares e pélvicas.	Paciente pós-operatório ortopédico recente que, após consulta de revisão médica, tenha sido liberado para tratamento fisioterapêutico.	RX e demais exames de imagem realizados antes e após a cirurgia, relato médico com diagnóstico clínico e CID da doença.	Alteração da capacidade funcional do membro inferior (redução da amplitude de movimento e/ou da força muscular), com ou sem restrição de carga.	Priorizar pacientes com período de pós-operatório de no máximo 3 meses.	P3	Dependendo da avaliação fisioterapêutica, o usuário poderá ser encaminhado para reavaliação médica e/ou para UBS, de posse do relatório de contrarreferência.
			Pós-operatório de cirurgia plástica, geral e dermatológica.	Paciente pós-operatório ortopédico recente que, após consulta de revisão médica, tenha sido liberado para tratamento fisioterapêutico.	RX e demais exames de imagem realizados antes e após a cirurgia, relato médico com diagnóstico clínico e CID da doença.	Alteração da capacidade funcional para realização das atividades da vida diária (redução da amplitude de movimento e/ou da força muscular), com ou sem queixas álgicas.	Priorizar pacientes com período de pós-operatório de no máximo 3 meses.	P2	Dependendo da avaliação fisioterapêutica, o usuário poderá ser encaminhado para reavaliação médica e/ou para UBS, de posse do relatório de contrarreferência.
			Pós-operatórios de coluna vertebral (laminectomias descompressivas e artrodeses).	Paciente pós-operatório ortopédico recente que, após consulta de revisão médica, tenha sido liberado para tratamento fisioterapêutico.	RX e demais exames de imagem realizados antes e após a cirurgia, relato médico com diagnóstico clínico e CID da doença.	Alteração da capacidade funcional para realização das atividades da vida diária (redução da amplitude de movimento e/ou da força muscular), com ou sem queixas álgicas.	Priorizar pacientes com período de pós-operatório de no máximo 3 meses.	P2	Dependendo da avaliação fisioterapêutica, o usuário poderá ser encaminhado para reavaliação médica e/ou para UBS, de posse do relatório de contrarreferência.
			Algias da coluna vertebral.	Pacientes com queixas álgicas e/ou alterações posturais da coluna vertebral (lombalgias, cervicalgias) que, após consulta médica, tenham indicação para tratamento fisioterapêutico.	RX e demais exames de imagem que o paciente já possuir, relato médico com diagnóstico clínico e CID da doença.	Alteração da capacidade funcional (redução da amplitude de movimento e/ou da força muscular), com ou sem algia associada.	Pacientes que mantenham acompanhamento médico regular. Pacientes com queixas álgicas de grande intensidade e com características incapacitantes serão encaminhados para clínica da dor e/ou clínicas de referência no tratamento dos males da coluna.	P3	Dependendo da avaliação fisioterapêutica, o usuário poderá ser encaminhado para reavaliação médica e/ou para UBS, de posse do relatório de contrarreferência.

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	Protocolo de Acesso Ambulatorial					
				HDA	Exames complementares sugeridos	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência
UNIDADE DE REABILITAÇÃO	FISIOTERAPIA	FISIOTERAPIA: PEDIATRIA	Tratamento conservador de traumas não cirúrgicos dos sistemas osteomioarticulares.	Traumas não cirúrgicos dos sistemas osteomioarticulares.	RX e demais exames de imagem que o paciente já possuir, relato médico com diagnóstico clínico e CID da doença.	Alteração da capacidade funcional para realização das atividades da vida diária (redução da amplitude de movimento e/ou da força muscular) com ou sem queixas álgicas	-	P3	Dependendo da avaliação fisioterapêutica, o usuário poderá ser encaminhado para reavaliação médica e/ou para UBS, de posse do relatório de contrarreferência.
			Paralisia facial.	Paciente com diagnóstico clínico de paralisia facial que, após avaliação médica, tenha sido encaminhado para tratamento fisioterapêutico.	Exames de imagem e/ou eletroneuromiografia, relato médico com diagnóstico clínico e CID da doença.	Assimetrias faciais por alterações da função motora dos músculos da face, associadas ou não a distúrbios sensoriais.	Priorizar pacientes com período de instalação da doença de no máximo 1 mês.	P2	Dependendo da avaliação fisioterapêutica, o usuário poderá ser encaminhado para UBS, de posse do relatório de contrarreferência.
			Acidente Vascular Encefálico (AVE).	Paciente com acidente vascular encefálico recente que, após avaliação médica, tenha sido liberado para tratamento fisioterapêutico.	Exames de imagem, TC e RNM de crânio, relato médico com diagnóstico clínico e CID da doença.	Hemiplegia e/ou hemiparesia com alterações da capacidade funcional.	Priorizar Pacientes com diagnóstico AVE há no máximo 3 meses e com capacidade para que se mantenham na postura sentada e para que sejam transferidos para atendimento ambulatorial	P2	Dependendo da avaliação fisioterapêutica, o usuário poderá ser encaminhado para reavaliação médica e/ou para UBS, de posse do relatório de contrarreferência.
			Múltiplas quedas em idosos.	Pacientes acima de 65 anos com histórico de múltiplas quedas nos últimos 6 meses que, após consulta geriátrica, tenham sido liberados para tratamento fisioterapêutico de prevenção de quedas.	Relato médico com diagnóstico clínico e CID da doença.	*Time Get Up and Go* acima de 12 segundos.	Priorizar pacientes com acompanhamento geriátrico frequente e que tenham capacidade funcional para marcha e transferência para atendimento ambulatorial.	P3	Dependendo da avaliação fisioterapêutica, o usuário poderá ser encaminhado para reavaliação médica e/ou para UBS, de posse do relatório de contrarreferência.
			Atraso no desenvolvimento neuromotor.	História de prematuridade, diagnóstico de disfunção neuromotora (paralisia cerebral), disrafismo espinhal (mielomeningocele, lipomeningocele, espinha bífida oculta), amiotrofias espinhais, lesão medular, paralisia obstétrica, paciente com síndrome de Down que, após avaliação médica, tenha sido encaminhado para tratamento fisioterapêutico.	Exames de imagem previamente realizado É fundamental que o usuário/responsável tenha em mãos relato médico com diagnóstico clínico e a CID da doença.	Retardo no desenvolvimento neuromotor.	Crianças com idades cronológicas de 0 a 3 anos com comprometimento predominantemente motor e acompanhamento médico regular. Obs.: crianças maiores de 3 anos serão acompanhadas em orientação, sendo encaminhadas para outros serviços de fisioterapia especializados.	P2	Dependendo da avaliação fisioterapêutica o usuário poderá ser encaminhado para reavaliação médica e/ou para UBS, de posse do relatório de contrarreferência.
			Alterações da capacidade pneumofuncional em pediatria.	História de doenças crônicas (DPOC, asma, bronquiectasia, broncodisplasia, enfisema) e/ou agudas (bronquite, bronquiolite, derrame pleural, atelectasia, pneumonias) do trato respiratório inferior, pacientes portadores de doença neuromuscular, lesão medular ou doenças neurológicas com consequente déficit das funções ventilatória e respiratória.	Exames de imagem previamente realizado É fundamental que o usuário/responsável tenha em mãos relato médico com diagnóstico clínico e a CID da doença.	Disfunções ventilatória e respiratória, necessidade de higiene brônquica.	Crianças com idades cronológicas de 0 a 6 anos com comprometimento respiratório de moderado a severo e acompanhamento médico regular. Obs.: casos com menos gravidade podem ser acompanhados com orientação e revisão periódica.	P2	Dependendo da avaliação fisioterapêutica o usuário poderá ser encaminhado para reavaliação médica e/ou para UBS, de posse do relatório de contrarreferência.

11.2. Fonaudiologia

Protocolo de Acesso Ambulatorial			
Linha de cuidado	**Especialidade**	**Consulta**	**Motivo de encaminhamento**
UNIDADE DE REABILITAÇÃO	FONOAUDIOLOGIA	GERAL	Alterações da mastigação e deglutição.
			Alterações estruturais mínimas da cobertura das pregas vocais.
			Cisto epidermoide.
			Microdiafragma laríngeo.
			Ponte de mucosa.
			Sulco vocal.
			Vasculodisgenesia.
			Desordens articulatórias e de fala em geral.
			Desordens fonoaudiológicas por sequelas neurológicas.
			Afasia.
			Disartrofonia.
			Disfagia orofaríngea.
			Desvios fonológicos.
			Dificuldade para falar em público.
			Dificuldade de memória.
			Disfonias em geral.
			Fendas glóticas.
			Orientação e prevenção de patologias da voz.
			Paralisias de pregas vocais.
			Paralisia facial periférica e central.
			Patologias organofuncionais da voz.
			Edema de Reinke.
			Granuloma.
			Leucoplasia.
			Nódulo vocal.
			Pólipo vocal.
			Úlcera de contato.
			Pré e pós-operatório de bucomaxilo, laringectomias, pregas vocais, tireoidectomia, respiradores faciais.
			Transtornos da fluência: gagueira, taquifemia, taquilalia.
			Tratamento de labirintopatias.
			Avaliação vestibular.
			Distúrbios de aprendizagem.
			Avaliação audiológica: audiometria, impedanciometria e emissões otoacústicas.
			Malformações congênitas do sistema estomatognático.

11.3. Nutricional

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	Protocolo de Acesso Ambulatorial					
				HDA	Exames complementares sugeridos	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência
UNIDADE DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA	NUTRIÇÃO E DIETÉTICA	NUTRIÇÃO	Pacientes oncológicos.	História de câncer associado a comorbidades: baixo peso, obesidade, distúrbios gastrointestinais, ostomizados, suporte nutricional enteral (gastrostomia, nasoenteral, nasojejunal), deficiências nutricionais, diabetes, hipertensão arterial.	Encaminhamento médico com diagnóstico clínico e CID da doença. Exames laboratoriais recentes.	Citar achados significativos.	Pacientes oncológicos adultos e idosos.	P0	Permanecer na atenção especializada.

11.4. Psicologia

Descrição das tarefas

11.4.1. Avaliação Psicológica ao paciente e/ou familiar

- ✓ Realizar análise de prontuário do paciente visando caracterização dos dados clínicos e conhecimento sobre histórico prévio da internação;
- ✓ Identificar possibilidade de realização do atendimento (se paciente não está em procedimento) e se o paciente está em condições de atendimento (sem alteração do nível de consciência, orientado com capacidade de comunicação, com sintomas controlados, sem ventilação mecânica, que não apresente comprometimento cognitivo grave). Caso a avaliação seja realizada com o familiar, a mesma deve ser programada para ser realizada em um horário que este esteja presente e disponível para o contato com o psicólogo.
- ✓ Realizar avaliação psicológica.

A avaliação inicia-se com o estabelecimento de um contrato psicológico, que consiste em uma explicação para o paciente/familiar do que se trata a avaliação psicológica, incluindo a apresentação do profissional, disponibilização do atendimento, aceite do paciente/familiar, sinalização sobre a possibilidade de interferências e interrupções devido ao ambiente hospitalar.

Objetiva-se identificar aspectos como: compreensão do diagnóstico e, quando possível, prognóstico; percepção do momento de hospitalização, demandas de sofrimento; capacidade de adaptação e reações ao adoecimento e à hospitalização e recursos de enfrentamento existentes e potenciais; alterações na autoimagem; estilo de vida, alterações de hábitos e papeis desempenhados; dinâmica relacionamentos afetivos; rede de apoio, crenças pessoais e religiosas; expectativas quanto ao processo vivido, possíveis fatores estressores e reações emocionais; histórico de comorbidade psiquiátrica; perdas pregressas significativas; luto pelas perdas reais ou simbólicas vividas; questões institucionais e relacionamento com equipe.

Vale ressaltar que a avaliação psicológica pode durar mais que um atendimento, dependendo das condições do atendimento e das demandas que surgem. Ao se encerrar o atendimento, registrar se haverá seguimento no acompanhamento psicológico.

Conforme o Conselho Federal de Psicologia (CFP), a avaliação psicológica é prática privativa dos psicólogos e pode ser utilizada nos mais diversos contextos de atuação da Psicologia, a partir de variadas demandas. Ela é dinâmica e constitui-se em

fonte de informações de caráter explicativo sobre os fenômenos psicológicos, com a finalidade de subsidiar os trabalhos nos diferentes campos de atuação do psicólogo. Trata-se de um estudo que requer um planejamento prévio e cuidadoso, de acordo com a demanda e os fins aos quais a avaliação destina-se (CFP, 2003).

- ✓ Dar retorno à equipe multiprofissional sobre as pectos que possam ter impacto no planejamento de cuidados do paciente.

Segundo o Código de Ética de Psicologia, o psicólogo, no relacionamento com profissionais não psicólogos: “compartilhará somente informações relevantes para qualificar o serviço prestado, resguardando o caráter confidencial das comunicações, assinalando a responsabilidade, de quem as receber, de preservar o sigilo (Art.6º, CFP, 2005).”

- ✓ Encaminhar, quando necessário, para outros serviços de psicologia ou afins.
- ✓ Efetuar registros em prontuário, de acordo com o artigo 12 do Código de Ética que afirma que:

> Art. 12 - Nos documentos que embasam as atividades em equipe multiprofissional, o psicólogo registrará apenas a informação necessária para o cumprimento dos objetivos do trabalho. Aplicam-se as considerações do artigo 6º, sendo que a definição dos objetivos de seu trabalho constitui um item que deve estar claro para o profissional, a despeito do mesmo registrar inadvertidamente informações irrelevantes para a atividade em questão. [...] Art. 14 - A utilização de quaisquer meios de registro e observação da prática psicológica obedecerá às normas deste Código e à Legislação vigente, devendo o usuário ou beneficiário, desde o início, ser informado. (CFP, 2005).

11.4.2. Acompanhamento psicológico ao paciente e/ou familiar

- ✓ O acompanhamento se dará através de atendimentos ao paciente e/ou ao familiar, a partir da avaliação psicológica e da discussão de caso com a equipe multiprofissional. A frequência e duração serão determinadas de acordo com a demanda apresentada, dentro do período de internação do paciente.
- ✓ Dar retorno à equipe multiprofissional sobre aspectos do atendimento que tenham impacto no planejamento de cuidados do paciente.
- ✓ Encaminhamento, quando necessário, para outros serviços de psicologia ou afins.
- ✓ Efetuar registros em folha de evolução no prontuário do paciente, descrevendo aspectos do atendimento pertinentes ao restante da equipe multiprofissional.
- ✓ O acompanhamento psicológico será encerrado quando:

a) o paciente/familiar não apresentar mais desejo de ser atendido;

b) o paciente/familiar não apresentar mais condições de ser atendido;

c) o psicólogo considerar que não há mais demanda de acordo com os objetivos do acompanhamento;

d) o paciente tiver alta hospitalar

11.4.3. Acolhimento

- ✓ O acolhimento psicológico será realizado em casos em que o paciente/familiar apresente mobilização afetiva intensa, fazendo com que a realização da avaliação inicial ou atendimento psicológico não seja indicada ou possível. Tende a ser realizado principalmente no contexto de comunicação de notícias difíceis, óbito, descompensação clínica, pré ou pós-cirúrgico, etc.
- ✓ Dar retorno à equipe multiprofissional sobre aspectos do atendimento que tenham impacto no planejamento de cuidados do paciente.
- ✓ Encaminhamento, quando necessário, para outros serviços de psicologia ou afins.
- ✓ Efetuar registros em folha de evolução no prontuário do paciente, descrevendo aspectos do atendimento pertinentes ao restante da equipe multiprofissional.

12. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA EXAMES CLÍNICOS LABORATORIAIS

Agendamento de exames

Paciente deve dirigir-se ao guichê do ambulatório ou diretamente do laboratório clínico (Marcação de exames) portando o pedido de exames, e o número de prontuário (caso não tenha, apresentar identidade);

A atendente cadastrará os exames e fornecerá ao paciente as informações necessárias para o preparo e coleta dos exames,bem como a data, o horário.

Dia da Coleta

Na data e horário agendado para o exame, o paciente deve retirar senha e aguardar chamada via painel para atendimento na recepção do Laboratório. Assim que for chamado, deverá apresentar no guichê o pedido de exames, o comprovante de agendamento e identidade para que seja dado sequência ao atendimento.

Aguardar ser chamado pelo profissional da coleta na sala de espera eu será via painel eletrônico com voz e foto do paciente.

Este irá cadastrar as etiquetas que identificarão a amostra do paciente e devolverão ao paciente a via cliente e as etiquetas. Neste momento o paciente deve entregar os materiais biológicos (urina, fezes) caso haja pedido para estes exames para que o profissional identifique as amostras; O coletador vai identificar a amostra e conferir os pedidos devolvendo a via cliente ao paciente para que possa pegar os resultados posteriormente.

OBS.: Caso o paciente não tenha conseguido colher urina ou fezes no dia da coleta de sangue pode entregar no dia seguinte, se dirigindo diretamente ao guichê de coleta portando o pedido deste material.

Entrega de Resultados

Paciente dirige-se ao guichê de entrega de resultados no ambulatório portando a via cliente da solicitação de exames, caso não a tenha em mãos deve informar o número do prontuário, RG ou CPF para receber os exames.

12.1. Procedimento para Coleta

TAREFA	COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS
Executante	Enfermeiro, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
Resultados esperados	Estabelecer rotinas na execução de procedimentos
Recursos necessários	**Coleta de sangue:** ✓ Bandeja ✓ Álcool a 70% ✓ Algodão ✓ Adaptador para coleta a vácuo ✓ Garrote ✓ Agulha para coleta a vácuo ✓ Tubos de coleta a vácuo – específico para o tipo de exame. ✓ Grade ou recipiente para acondicionamento dos tubos ✓ Etiqueta para identificação dos tubos ✓ Equipamentos de proteção individual: luvas de procedimentos, óculos de proteção, avental, jaleco, máscara cirúrgica e gorro; ϖ Caixa para material perfurocortante;

	✓ Caixa térmica para transporte, com termômetro e gelox; ✓ Curativo adesivo. **Coleta de urina:** ✓ Luvas de procedimentos (um par); ✓ Bandeja; ✓ Recipiente para acondicionamento do frasco; ✓ Pote para coleta universal ou estéril para urocultura; ✓ Coletor de urina infantil masculino e feminino ✓ Etiqueta para identificação do frasco ✓ Óculos de proteção ϖ Jaleco ou avental ✓ Máscara cirúrgica ϖ Geladeira ϖ Caixa térmica para transporte com termômetro e gelox. **Coleta de Fezes:** ✓ 01 par de luvas de procedimentos; ✓ 01 espátula ou abaixador de língua; ✓ Etiqueta para identificação do frasco; ✓ 01 frasco estéril próprio para coleta; ✓ Comadre ou vasilhame limpo e seco.
Periodicidade	✓ Em atendimento à prescrição médica; ✓ Em atendimento à prescrição de enfermagem;
Monitoramento	Enfermeiro, Bioquímico ou Biomédico da coleta.
	1. Acolher o usuário com atenção; 2. Receber a guia de requisição de exames; 3. Verificar quais exames solicitados; 4. Verificar se a guia de requisição está devidamente preenchida (data, letra legível, nome completo, matrícula, idade,

	procedência, exames solicitados e identificação do profissional solicitante); 5. Confirmar com o paciente se este se encontra com o preparo adequado para o exame solicitado; 6. Higienizar as mãos, conforme POP nº 16/14; 7. Identificar o(s) frasco(s) dos exames solicitados e mostrar ao paciente; 8. Orientar o usuário quanto à coleta do material; 9. Orientar o usuário quanto ao resultado do exame; 10.Encaminhar o paciente à sala de coleta, quando necessário; 11.Registrar em livro ou impresso de controle os dados do paciente e exames solicitados; 12.Separar as guias de solicitação; 13.Acondicionar as guias de solicitação em sacos plásticos; 14.Higienizar as mãos, conforme POP nº 16/14; 15.Proceder à coleta; 16.Manter a sala em ordem; 17.Anotar os dados no prontuário, em formulários próprios e no módulo procedimentos de enfermagem; 18.Assinar e carimbar o registro. **COLETA DE SANGUE:** 1. Recepcionar o usuário com atenção; 2. Confirmar identidade do usuário; 3. Higienizar as mãos, conforme POP nº 16/14; 4. Reunir o material na bandeja; 5. Explicar o procedimento ao usuário; 6. Certificar-se que o usuário encontra-se em jejum, quando necessário para o exame solicitado;

	7. Paramentar-se com equipamento de proteção individual (EPI) adequado (luva de procedimento, óculos de proteção, avental ou jaleco e máscara facial); 8. Manter todo material próximo do procedimento; 9. Identificar todos os tubos na presença do usuário e pedir que ele confira se seu nome está correto; 10.Verificar as condições de acesso venoso, selecionando a veia mais adequada: ○ Local de maior facilidade de higienização e garantia de antissepsia; ○ Sem escoriações e complicações mecânicas (hematoma, equimose, anastomose); ○ Vasos mais calibrosos; ○ Local de maior conforto e segurança; ○ Evitar locais com possíveis fatores de risco (cateteres pré-existentes, deformidade anatômica); ○ É proibida a punção de membros com esvaziamento ganglionar (mastectomizados) e fístula arterio-venosa; 11.O calibre do cateter ou da agulha do sistema a vácuo deve ser compatível com a veia escolhida. Para veias de grosso calibre pode ser utilizado o sistema de vácuo. Para veias de fino calibre pode ser utilizado o cateter tipo butterfly; 12. Abrir o lacre da agulha de coleta de sangue a vácuo na frente do paciente; 13.Rosquear a agulha no adaptador do sistema a vácuo; 14.Posicionar o braço do paciente, inclinando-o para baixo na altura do ombro; 15.Realizar antissepsia, com algodão embebido em álcool 70%, friccionando com movimento único de baixo para cima,

	aguardando o tempo de secagem; 16.Garrotear próximo ao local selecionado; 17.Retirar a proteção que recobre a agulha de coleta múltipla de sangue a vácuo; 18.Realizar a punção venosa, com o bisel da agulha voltado para cima, em um ângulo de 30º; 19.Inserir o 1º tubo (específico ao exame solicitado) no adaptador do vacutainer, certificando que introduziu toda a tampa na agulha; 20.Retirar o garrote, logo após o inicio da introdução do sangue no 1º tubo, continuar a coleta com os demais tubos, se for o caso. A ordem de coleta nos tubos é: primeiro – tubo com gel (amarelo, vermelho); segundo – tubo com anticoagulante (roxo); terceiro – tubo com citrato (azul); 21.Após a retirada do tubo, remover a agulha e fazer compressão no local da punção, com algodão; 22.Exercer pressão no local, em geral de 1 a 2 minutos, evitando assim a formação de hematomas e sangramentos. Se o usuário estiver em condições de fazê-lo, orientá-lo adequadamente para que faça a pressão até que o orifício da punção pare de sangrar; 23.Colocar um curativo adesivo no local da punção; 24.Realizar inversões delicadas (mínimo 8), nos tubos com anticoagulante; 25.Acondicionar o tubo de coleta em grade própria; 26.Orientar o usuário quanto ao resultado dos exames; 27.Descartar a agulha, desprezando-a no recipiente para descarte de perfurocortante; 28.Retirar as luvas; 29.Lavar as mãos, conforme POP nº 16/14;

	30.Manter a sala em ordem; 31.Anotar os dados no prontuário, em formulários próprios e no módulo procedimentos de enfermagem; 32.Assinar e carimbar o registro. **COLETA DE URINA ROTINA OU UROCULTURA:** **Caso seja dependente:** 1. Recepcionar o usuário com atenção; 2. Confirmar a identidade do usuário; 3. Explicar o procedimento ao usuário e/ou acompanhante; 4. Higienizar as mãos, conforme POP nº 16/14; 5. Reunir o material, entregar ao paciente e orientar quanto ao procedimento; 6. Colocar equipamentos de proteção individual: luvas de procedimentos, óculos de proteção, avental ou jaleco e máscara facial (para coleta infantil ou de paciente que não possua autonomia para realizar a própria coleta); 7. Realizar limpeza da região geniturinária com gaze, embebida com sabão neutro; 8. Retirar o sabão com gaze embebida em água; 9. Solicitar ao usuário que despreze o primeiro jato da urina, coletando o jato intermediário; 10.Tampar imediatamente o frasco; 11.Identificar o frasco com nome completo sem abreviaturas; 12.Acondicionar o frasco em recipiente adequado (geladeira ou caixa térmica para transporte); **Crianças que necessitem de coletor:**

- Lavar a genitália com água e sabão neutro, secando com papel toalha, toalha limpa ou gaze estéril;
- Colocar o coletor que deverá ser trocado a cada um a hora, até que apresente micção;
- Repetir a higienização sempre que for necessário fazer a troca do coletor;
- Identificar o frasco com nome completo sem abreviaturas

13.Retirar as luvas de procedimento;
14.Lavar as mãos, conforme POP nº 16/14;
15.Manter a sala em ordem;
16.Anotar os dados no prontuário, em formulários próprios e no módulo procedimentos de enfermagem;
17.Assinar e carimbar o registro.

Se o paciente não for dependente:
Orientá-lo a:
Homens:

- Lavar as mãos
- Lavar a genitália com bastante água e sabão
- Enxaguar e secar com papel toalha ou toalha limpa
- Coletar de preferência a primeira urina da manhã ou aguardar no mínimo 4 horas sem urinar e depois realizar a coleta
- Desprezar o primeiro jato de urina e, sem interromper a micção, coletar amostra suficiente do jato médio, terminando a micção do vaso sanitário
- Identificar o frasco com nome completo sem abreviaturas

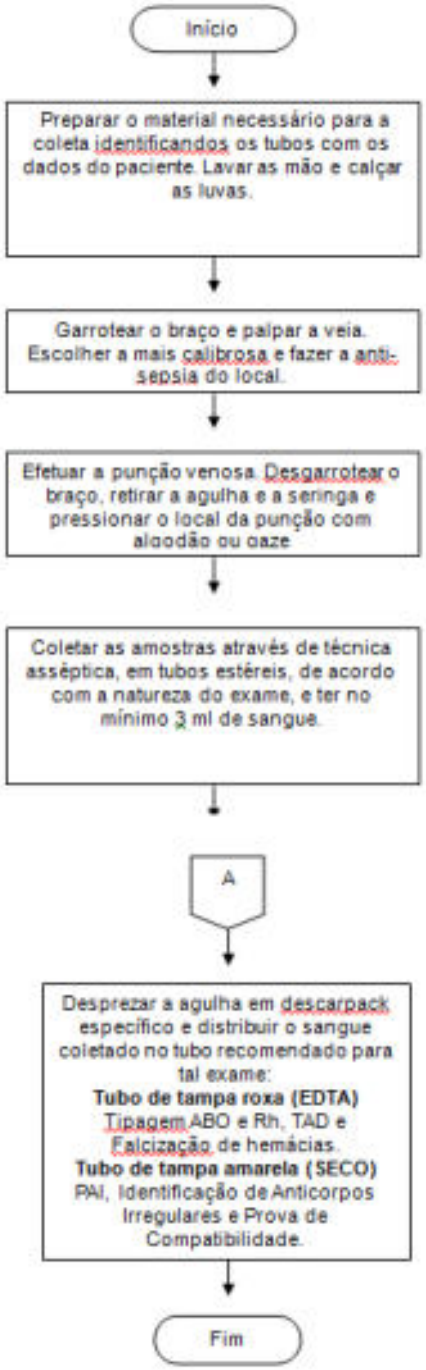
	Mulheres: ○ Lavar a mãos ○ Lavar a genitália com bastante água e sabão, de frente para trás ○ Enxaguar e secar com papel toalha ou toalha limpa ○ Separar os grandes lábios com as mãos e realizar a coleta ○ Coletar de preferência a primeira urina da manhã ou aguardar no mínimo 4 horas sem urinar e Desprezar o primeiro jato de urina e, sem interromper a micção, coletar amostra suficiente do jato médio, terminando a micção do vaso sanitário ○ Identificar o frasco com nome completo sem Abreviaturas. ○ depois realizar a coleta. **COLETA DE URINA 24 HORAS:** Orientar o paciente a: ○ Esvaziar a bexiga antes de iniciar a coleta (anotar o horário); ○ ATENÇÃO: Esse é o horário de início da coleta; ○ Coletar todas as urinas até o mesmo horário do início da coleta (anotar o horário) ○ ATENÇÃO: Esse é o horário de término da coleta; ○ Identificar o frasco com nome completo sem abreviaturas - Exemplo: acordar às 6 horas, desprezar a urina no vaso sanitário. Coletar todas as urinas do dia e da noite até as 06 horas do dia seguinte, sem perder nenhuma urina. Observação: Manter sempre o frasco com urina fechado, na geladeira. Coletar em frasco fornecido pelo Centro de Saúde ou em frasco de água mineral sem gás. Anotar o peso e altura do

	paciente para o cálculo de creatinina. **COLETA DE FEZES:** **Caso seja dependente:** 1. Recepcionar o usuário com atenção; 2. Confirmar a identidade do usuário; 3. Explicar o procedimento ao usuário e/ou acompanhante; 4. Notificar ao cliente que quando estiver com vontade de defecar comunicar à equipe; 5. Higienizar as mãos, conforme POP nº 16/14; 6. Preparar o material necessário; 7. Identificar o frasco com os dados do usuário (nome completo legível), data e horário da coleta; 8. Calçar luvas de procedimento; 9. Orientar a evacuar em comadre ou vasilhame limpo e seco, colocar amostra em frasco próprio; 10.Coletar com a espátula ou abaixador de língua; preferencialmente da parte que não está em contato com a comadre ou com a fralda, aproximadamente uma colher de chá; 11.Retirar as luvas; 12.Higienizar as mãos, conforme POP nº 16/14; 13.Encaminhar para o laboratório; 14.Anotar no prontuário, em formulários próprios e no módulo procedimentos de enfermagem a coleta do exame e qualquer intercorrência na realização do exame, anotando o aspecto das fezes; 15.Assinar e carimbar o registro. **Se o paciente não for dependente:** Explicar ao paciente para que:

	○ Higienize as mãos; ○ Defeque em recipiente limpo e seco, evitando que se misture com urina; ○ Obter um pouco de amostra do início, do meio e do fim das fezes; se tiver sangue, muco ou pus, preferir; ○ Coletar as fezes com a espátula ou abaixador de língua, aproximadamente uma colher de chá e coloque no frasco bem vedado; ○ Se coletado com conservantes, observar as informações contidas no frasco; ○ O número de amostras a serem coletadas e a periodicidade dependem de orientação médica; ○ Identificar o frasco com nome completo sem abreviaturas; ○ Higienizar as mãos; ○ Levar o material ao Centro de Saúde; Observação: ✓ As fezes devem ser colhidas em um recipiente limpo e seco. Portanto, fezes colhidas em fralda descartável, contaminadas com urina, serão consideradas material inadequado para análise. ✓ Antes de coletar as fezes, se necessário, urinar no vaso sanitário para evitar a contaminação do material. ✓ Usar laxativos somente quando houver orientação médica; ✓ Observação: Utilizar sempre calçado fechado.

Segue abaixo Fluxograma do processo de trabalho de acordo com a rotina de coleta de sangue de pacientes para realização de exames laboratoriais

12.2. Fluxograma Coleta



13. POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS

Apesar da disseminação em tempos recentes dos cursos de gestão de pessoas, tal prática ainda é confundida com uma atividade restrita ao setor de recursos humanos. Neste âmbito, as habilidades humanas assumem importância capital para qualquer gestor. O principal modelo de gestão de pessoas atualmente é a Gestão por Competências.

A gestão de pessoas ou recursos humanos de uma organização ou qualquer natureza é assunto estratégico e desafiador, visto que muitos são os preceitos, ambientes e teorias para seu melhor desempenho.

São as pessoas que gerenciam, controlam, executam tarefas e processos. Portanto, nota-se que, independentemente de qual seja o tipo da organização e os seus objetivos, o sucesso das mesmas depende muito do investimento nas pessoas que ali trabalham, com a identificação, treinamento e desenvolvimento.

A Gestão de Pessoas enfrenta ainda alguns desafios como alinhar as pessoas às estratégias da organização; reter talentos (desenvolver as potencialidades das pessoas); e principalmente, buscar o comprometimento do líder (gestor) com a gestão de pessoas, entre outros. Desse modo, as tendências de gestão de pessoas para os próximos anos, estão relacionadas às preocupações dos gestores com a área de Recursos Humanos.

A gestão de pessoas se divide em:

- Provisão de recursos humanos;

- Aplicação de recursos humanos;
- Recompensar pessoas;
- Manutenção de recursos humanos;
- Desenvolvimento de recursos humanos;
- Monitoração de recursos humanos.

Processo de provisão consiste em abastecer a empresa com mão de obra qualificada. Refere-se ao recrutamento e seleção de pessoal.

Planejamento de recursos humanos é o processo de decisão a respeito dos recursos humanos necessários para atingir os objetivos organizacionais, dentro de determinado período de tempo. Trata-se de antecipar qual a força de trabalho e talentos humanos necessários para a realização a ação organizacional futura. O planejamento estratégico de Recursos Humanos deve ser parte integrante do planejamento estratégico do instituto e deve contribuir para o alcance dos objetivos da empresa, incentivando o alcance dos objetivos individuais de cada pessoa.

13.1. Comunicação como benefício da gestão de pessoas

A comunicação é primordial no processo de gestão de pessoas. O uso da comunicação correta pode garantir uma melhor adesão dos recursos humanos nas ações da organização, evitando erros de interpretação e de avaliação. Com o grande acesso à tecnologia e com a rapidez com que a mesma é propagada, a comunicação

por esse meio em prol da gestão de pessoas é muito utilizada e solicitada para a melhoria, manutenção e solução às diversas situações.

Devendo ser a comunicação no Instituto muito importante para auxiliar que seus membros construam boas relações interpessoais, as quais possibilitem melhor convivência e compreensão acerca de seus companheiros. O ambiente deve ser, portanto, harmonioso e cooperativo, ou seja, é importante existir sintonia entre os membros da organização. De acordo com relatório do CTCP (2016), a comunicação interna tem papel fundamental no desenvolvimento de uma identidade e cultura organizacionais, criando referências aos comportamentos dos membros do Instituto.

É verificado que o primeiro ponto importante na comunicação em empresas, é sua consonância com o planejamento estratégico que será adotado, é importante conhecer a visão e a estrutura da empresa, para transmitir aos colaboradores, clientes, parceiros, entre outros, as ideias da instituição.

Pois, a maneira como é feita a comunicação com os colaboradores, influencia na forma em que reagirá a alguma mudança ou objetivo da instituição, o envolvimento e a indiferença são dois opostos que têm suas motivações nos mesmos fatores, dependendo de suas exposições, o indivíduo pode pender para determinado lado (CTCP, 2016).

“ [...] torna-se fundamental envolver todos os stakeholders, isto é, todos aqueles que, de alguma forma, desempenham cargos de liderança e/ou influência. São eles quem melhor sabem comunicar e influenciar os restantes colegas, informando-os,

criando aceitação e alinhando-os com a mudança e os interesses da empresa." (CTCP, 2016, p.10)

Segundo Vieira, Ikissima, Gomes e Assis Júnior (2004), esta boa relação que um bom sistema de comunicação cria, permite que os funcionários deixem de se destacar – apenas – pelo profissionalismo, mas também se destacam pelo trabalho em conjunto e pelo auxílio aos companheiros, o sentido de equipe ganha força.

A comunicação correta entre os colaboradores, também traz o sentido de igualdade quando transmitida além de uma só camada hierárquica, sem distinções por cargo ou setor de atuação, pois mantém que todos compartilhem suas ideias. Além disso, os meios eletrônicos para comunicação devem ser utilizados como ferramentas, mas não pode sobrepor o contato pessoal (SILVEIRA, 2006).

Além da comunicação básica, troca de informações, uma forma de comunicação que é valorizada na instituição é o feedback, que é um processo de retroinformação, ou seja, envolve as ações e respostas sobre elas, em relação à ações que foram negativas para o instituto e/ou individualmente, serve como um meio de orientar uma melhoria e ajudar na tomada de decisões melhores, no futuro.

Se a boa comunicação é importante e facilita o desenvolvimento das atividades, falhas na comunicação podem atrapalhar no desenvolvimento de todos, falta de informações ou as informações transmitidas de maneiras erradas podem causar transtornos e levar a instituição ao descrédito, tanto em âmbito interno quanto externo.

Ainda segundo Jacomini (2011), grande parte das falhas de comunicação está relacionada aos meios de comunicação desapropriados, portanto é importante que a

instituição invista em meios de comunicação adequados e em treinamentos para seus funcionários se adaptarem aos mesmos. Esta comunicação com qualidade só tem a trazer bons frutos à equipe, pois reduz conflitos, evita perda de tempo e aumenta a produtividade.

13.2. Gestão por competências

A gestão por competências tem o objetivo de fornecer à área de recursos humanos e gestores das empresas ferramentas para realizar gestão e desenvolvimento de pessoas, com clareza, foco e critério. Essas ferramentas são alinhadas às atribuições dos cargos e funções de cada organização.

13.2.1. Mapeamento e mensuração por competências

Através do mapeamento e mensuração por competências são identificados os conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para a execução das atividades de um cargo ou função e mensurados os graus ideais para cada grupo de competências que uma pessoa que assuma o cargo ou função deve ter para atingir os objetivos da empresa.

13.2.2. Seleção por competências

Por meio da seleção por competências, são realizadas entrevistas comportamentais, visando identificar se o candidato possui o perfil ideal para a vaga de emprego.

Antes devem ser identificadas as competências necessárias para determinada atividade.

13.2.3. Avaliação por competências

Através da avaliação por competências, é verificado se o perfil comportamental e técnico dos colaboradores de uma corporação está alinhado ao perfil ideal exigido pelos cargos e funções.

13.2.4. Plano de desenvolvimento por competências

Por meio do plano de desenvolvimento por competências, procura-se aperfeiçoar e potencializar o perfil individual de cada empregado através de ações de desenvolvimento.

13.3. Seleção de Pessoal

O Instituto Alpha realizará a contratação de pessoal por meio de processo de contratação pública, com base em análise curricular, provas e entrevistas.

Referente os Cargos e Salários, será com base nas Convenções Coletivas das categorias.

Através do mapeamento e mensuração por competências são identificadas as competências comportamentais e técnicas necessárias para a execução das atividades de um cargo/função e mensurado o grau ideal para cada grupo de competências para que uma pessoa que assuma o cargo/função atinja os objetivos da empresa.

Através da seleção por competências será realizada a entrevista comportamental, visando a identificar se o candidato possui o perfil ideal para a vaga de emprego.

Através da avaliação por competências, será identificado se os perfis comportamentais e técnico dos colaboradores de uma corporação estão alinhados ao perfil ideal exigido pelos cargos/funções.

Através do plano de desenvolvimento por competências será aperfeiçoado e potencializado o perfil individual de cada colaborador através de ações de desenvolvimento.

13.4. Promoção do Primeiro Emprego

A Instituição estimulará o Primeiro Emprego através da contratação dos jovens no mercado de trabalho, buscando uma qualificação do jovem através da Lei nº 10.097 /2000 do Aprendiz Legal, o jovem tem a oportunidade de inclusão social e de desenvolver competências para o mundo do trabalho, enquanto os empresários têm a

oportunidade de contribuir para a formação dos futuros profissionais do país, difundindo os valores e cultura da empresa.

13.5. Serviços mais usuais em recursos humanos

13.5.1. Assessment

É um método de avaliação que consiste na análise de comportamentos baseada em múltiplos inputs, utilizando múltiplas técnicas, métodos e instrumentos de avaliação, baseados nas competências a avaliar. Tem a participação de vários observadores.

13.5.2. Headhunting

Abordagem confidencial e direta de quadros superiores, com o objetivo de selecionar os profissionais que se destacam no seu setor de atividade, quer pelos seus conhecimentos técnicos quer pela sua experiência.

13.5.3. Management

É um serviço de Recursos Humanos em que se podem ter pessoas disponíveis em poucos dias, em oposição aos processos de recrutamento para posições permanentes, sempre mais demorados até concluir uma admissão. A temporalidade destes projetos permite que especialistas muito experientes estejam disponíveis para projetos exigindo menores competências. O foco está totalmente na missão a desempenhar.

A grelha de competências técnico-profissionais é uma ferramenta que, acoplada a uma base de dados, permite ter todos os principais indicadores relativos a colaboradores ou potências colaboradoras.

13.5.4. Outplacement

Outplacement é uma solução profissional, elaborada com o objetivo de conduzir com dignidade e respeito os processos de demissão nas companhias. É um sistema de ganha-ganha, que busca o benefício de todos os envolvidos.

Os serviços de *outplacement*, no início de seu desenvolvimento, eram somente oferecidos em países mais desenvolvidos. Com o advento da globalização, a solução se tornou um produto altamente procurado, e a prática de *outplacement* passou a ser mais procurada e oferecida em outros mercados. Os países que, anteriormente, eram imunes a mudanças na estrutura organizacional, passaram a estar expostos as mesmas práticas comuns no primeiro mundo. Começaram a ocorrer fusões e aquisições, reengenharias e reestruturações, reorganizações e reduções de efetivo em busca de mais lucratividade em uma economia aberta e competitiva. Esta mudança na ordem mundial não trouxe apenas novas oportunidades ao mercado, mas também novos desafios, empresariais e profissionais, característicos deste novo mundo que se formava.

No Brasil, em meados da década de 80, as soluções de *outplacement* passaram a ser mais conhecidas, quando, em 1979, José Augusto Minarelli adaptou a solução ao mercado brasileiro, associando a sua experiência como Educador à experiência de

seleção e treinamento de pessoas. Fundou, juntamente com sua esposa, a Lens & Minarelli Associados, uma consultoria especializada em recolocação e aconselhamento de carreira.

Surgiram, então, as primeiras empresas nacionais prestadoras deste tipo de serviço e em meados da década de 90 começaram a chegar ao Brasil às primeiras empresas multinacionais do ramo, aumentando a diversidade de oferta e competitividade deste mercado. Hoje, este tipo de serviço conta com diversas empresas, nacionais e multinacionais, que oferecem serviços de todo tipo, tamanho e qualidade.

13.5.5. Outsourcing

O ato de terceirizar um serviço não considerado central para o negócio, para que seja executado por uma entidade externa. Tal processo que permite a uma organização/ instituição não se ater a recursos cujo desempenho não é crítico para a organização/ instituição, para se empenhar em atividades que constituem fatores críticos de sucesso.

13.6. Desenvolvimento de Liderança

O objetivo primário da delegação é conseguir que o trabalho seja feito por outra pessoa. Não apenas tarefas simples como ler instruções e girar uma alavanca, mas também a tomada de decisões e mudanças que dependem de novas informações.

Com delegação, seu pessoal tem a autoridade para reagir a situações sem ter que consultá-lo a todo instante.

A arte de saber delegar é cada vez mais uma necessidade dentro de uma organização, principalmente no que se refere à sua gestão.

Delegação é, fundamentalmente, confiar sua autoridade a outros. Isto significa que eles podem agir e tomar iniciativas independentes; e que eles assumem responsabilidade com você na realização das tarefas. Se algo dá errado, você também é responsável uma vez que você é o gerente; o truque é delegar de tal modo que coisas sejam feitas para não dar errado.

Para habilitar uma pessoa para fazer um determinado trabalho, você deve assegurar que:

- ela sabe o que você quer;
- ela tem a autoridade para fazer isso;
- ela sabe como fazer isso.

Esses três fatores dependem de:

- se comunicar claramente a natureza da tarefa;
- a extensão de sua descrição;
- as fontes de informações e conhecimento relevantes.

Abaixo temos um comparativo do antigo modelo de liderança e do modelo atual, mais próximo e mais participativo com as atividades de toda a sua equipe:

Líder do passado

- Ser um chefe
- Controlar as pessoas
- Centralizar a autoridade
- Estabelecer os objetivos
- Dirigir com regras e regulamentos
- Confrontar e combater
- Mudar por necessidade e crise
- Ter um enfoque "eu e meu departamento"

Líder do futuro

- Ser um coach e facilitador
- Empowerment
- Distribuir a liderança
- Conciliar visão e estratégia
- Guiar com valores compartilhados
- Colaborar e unificar
- Ter um enfoque mais amplo
- Ter um enfoque de "minha empresa"

Papel estratégico do novo líder Mercado estável

- As empresas
  - Abordagem de linha de montagem a respeito da estratégia
  - Maximizam controle interno e ordem
  - Protegem-se contra a variação auditoria e disciplina
  - Tem lutas de poder entre níveis e unidades

- Papel do líder
  - Definir táticas e definir o orçamento
  - Controlar o desempenho de indivíduos e atitudes
  - Tomar ação corretiva quando a conduta está fora do esperado
  - Tomar decisões consistentes com a estratégia geral da empresa
- Mercado em constante mudança
- As empresas
  - Abordagem de contingência a respeito da estratégia
  - Maximizam velocidade, flexibilidade e inovação
  - Protegem-se contra a obsolescência e ignorância
  - Tem altos níveis de comunicação, colaboração e inovação entre níveis.
- Papel do líder
  - Interpretar a realidade emergente
  - Focalizar os recursos existentes de uma forma eficiente
  - Desenvolver e promover novas capacidades em resposta às mudanças

- Facilitar criação, captação e disseminação de conhecimento

Todas estas habilidades expressam a importância na valorização do capital humano, possibilitando não somente o desenvolvimento de suas potencialidades, mas também da superação dos seus limites.

13.7. Gestão de Talentos

Gestão de Talentos é um conjunto de processos que fornecem um benefício fundamental para qualquer organização: o desenvolvimento do potencial de cada um de seus colaboradores. Ou seja, a gestão de talentos é um dos objetivos mais importantes estrategicamente para qualquer organização, é uma oportunidade de agregar valor para a organização. A Gestão de Talentos é essencial para todas as áreas, e de qualquer ângulo, da organização por ser uma estratégia importantíssima para gerar ou manter vantagem competitiva, sucesso, eficiência e consistência. A Gestão de Talentos ocorre durante todo o tempo em que o talento é colaborador da companhia, se inicia no momentos das contratações, com a atração desses talentos, continua durante todo o processo de desenvolvimento e por fim na retenção desses talentos diferenciados desenvolvidos dentro da organização.

13.7.1. Relevância da Gestão de Talentos

As empresas descobriram que, além de se preocuparem com a concorrência e com as exigências do mercado, é essencial para se diferenciarem competitivamente num mercado globalizado e cada vez mais agressivo, uma política de atração, retenção e motivação de talentos. Estão se dando conta de que investir tempo e dinheiro para contratar, treinar e desenvolver um funcionário e depois deixá-lo ir para a concorrência não é uma estratégia nada inteligente.

A força de trabalho é a maior categoria de gasto para a maioria das organizações. O futuro da gestão está vinculado com soluções para fornecer funcionalidade de negócios centrada em uma plataforma unificada de Gestão de Talentos e de interação entre os diversos setores da empresa. Atualmente, o talento é o que conduz finalmente o sucesso do negócio e cria valor. As organizações dependem de soluções e serviços para avaliar, adquirir, desenvolver e alinhar talento com os objetivos de negócio, reduzindo significativamente os custos do processo, melhorando a qualidade de contratar, reduzindo riscos e alcançar níveis mais elevados de desempenho. A visão que rege as novas elaborações estratégicas de diferenciação é fundamentada no valor das habilidades e competências de seus colaboradores, individualmente e em equipe.

Há décadas que para as organizações as pessoas são seu patrimônio mais importante, que se preocupam em reter seus talentos. Na atual economia do conhecimento, a retenção de funcionários talentosos pelas empresas é essencial para a sobrevivência e crescimento em cenários de constantes e imprevisíveis mudanças. O

antigo modelo de gestão de mão de obra tem dado lugar à gestão dos trabalhadores do conhecimento, adaptáveis e que respondam com soluções eficazes e ágeis, criando novos processos, produtos e sistemas, incrementando os ativos intangíveis da organização para qual atuam.

13.7.2. O Gestor de Talentos

O papel do Gestor de Talentos é fazer com que os talentos em sua supervisão se desenvolvam, rendam frutos para o time, área e companhia. O papel do Gestor de talentos é identificar aptidões e desenvolver habilidades. O gestor de talentos precisa entender que as pessoas não são incompetentes e sim mal gerenciadas e/ou desempenhando funções inadequadas ao perfil individual.

Todas as pessoas são um talento se alocadas na função correta e treinadas da forma certa, porém, quando mal gerenciadas estão fardadas ao fracasso, não apenas individual, mas dá Um bom Gestor de Talentos é aquele que consegue extrair o melhor de cada um, que consegue identificar o perfil de cada funcionário para distribuir a tarefa certa para a pessoa certa. É função do Gestor de Talentos identificar as habilidades e saber aproveitá-las ao máximo além de identificar pontos a serem desenvolvidos e realmente desenvolve-los.

Outro fator de extrema importância para o Gestor de talentos é a habilidade de delegar. Ao entender as capacidades, habilidades e limitações de cada um de seus talentos, ele pode delegar as tarefas adequadas para cada um deles, mas sempre

fazendo um acompanhamento contínuo e periódico com cada um deles para traçar, definir e acompanhar as metas, prazos e objetivos.

Um Gestor de Talentos não dá aos liderados somente o que eles querem, mas o que precisam. Esse Gestor precisa saber utilizar bem a ferramenta *Feedback*. Ele deve sempre ser assertivo e mostrar com fatos e dados o que está certo ou errado, propor soluções, mostrar os impactos das ações positivas e negativas de cada um de seus talentos, tudo no momento certo, *Timing* exato. Nenhuma área funciona sem gestores adequados, independente da área, todo gestor deve ser um Gestor de Talentos. Um time, departamento ou área não pode ser dependente de seu gestor, deve funcionar normalmente mesmo na ausência dele, o bom Gestor de alentos trabalha e prepara toda a sua equipe para fazer com que sua presença e atuação sejam cada vez mais desnecessárias, principalmente para os trabalhos cotidianos.

Além da atração e da retenção, é necessário capacitar, atualizar e desenvolver talentos. É imprescindível a adoção de políticas de gestão de RH atraentes que vão além da remuneração diferenciada baseada no desempenho do trabalhador, inclui também benefícios como: participação nos lucros, cursos, auxílios sociais (farmácia, creche ou estudo p/ os filhos, etc), gestão da qualidade de vida no trabalho, estabilidade e segurança no emprego, planejamento de carreira, ambiente de trabalho saudável, com vistas a satisfazer as necessidades, objetivos e expectativas dos profissionais.

Não é fácil ser um Gestor de Talentos, segundo o gestor Thaborda Guedes diz que, mas quem exerce essa função, deve sempre traçar o que fazer, e ir inserindo

práticas e atitudes adequadas, de forma gradativa, até que o conceito se torne comportamento, entendendo e respeitando as limitações, capacidades e habilidades de cada membro d sua equipe em sua individualidade, e repartir as tarefas de forma sábia e condizente com essas individualidades.

Neste novo modelo, o RH passa a ser o facilitador estratégico dos processos de Gestão de Talentos que capacitam gestores e trabalhadores, criando valor aos negócios. Mas os principais responsáveis pela Gestão dos Talentos da companhia são os líderes diretos de cada uma das equipes.

De maneira geral, em todos os níveis, as empresas têm muito pouco em termos de quantidade e qualidade de seus líderes. Não temos crise de talentos, as organizações poderiam preencher com seus líderes internos esse vácuo de liderança e desenvolver seus verdadeiros e potenciais líderes. Mas, a despeito de todos os recursos, treinamento e desenvolvimento, eles não sabem como fazê-lo. É preciso comprometimento com o novo olhar e consciência de que o primeiro a mudar e se adaptar para diretrizes inovadoras é aquele que busca desenvolver talentos. Não é raro o gestor voltado para gestão de talentos querer em pensamento o novo, mas age e busca o que já está enraizado em seus modelos mentais, isto é, treinamentos ou programas de desenvolvimento que seguem um raciocínio apropriado ao passado e que não desafia novos comportamentos. Percebemos com mais clareza no exterior. Principalmente nos Estados Unidos, esse líder é mais comprometido com tomadas de decisão, ousado e pleno de coragem para argumentar o novo. Devido a globalização, as empresas estrangeiras desafiam o líder brasileiro a investir nesse caminho. É

preciso ter coragem para refletir, questionar as atitudes e comportamentos e entender a causa dos desafios que vivemos nas organizações em relação a talentos. Buscar soluções operacionais é solucionar um efeito pelo outro. Para ousar refletir é preciso dar importância ao planejamento e aprendizagem organizacional. É a união do desenvolvimento de líderes com ênfase na aprendizagem que leva fundamentalmente à solução de desafios de forma inovadora.

13.8. Programa de Prevenção de Riscos Ambientais

O Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) é um conjunto de ações visando à preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e consequente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais.

No Brasil a legislação do trabalho obriga todas as empresas públicas e privadas a elaborarem e implementarem o PPRA, além de manter um documento-base de registro dessas ações, que incluem:

- levantamento dos riscos;
- planejamento anual com estabelecimento de metas e prioridades;
- cronogramas;
- estratégia e metodologia de ação;
- forma do registro, manutenção e divulgação dos dados;

- periodicidade e forma de avaliação do desenvolvimento do PPRA.

O PPRA - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais foi estabelecido pela Secretaria de Segurança e Saúde do Trabalho, do Ministério do Trabalho, por meio da Norma Regulamentadora NR 9, Portaria 3214/78, com objetivo de definir uma metodologia de ação para garantir a preservação da saúde e integridade dos trabalhadores face aos riscos existentes nos ambientes de trabalho.

São considerados riscos ambientais os agentes físicos, químicos e biológicos. São considerados fatores de riscos ambientais a presença destes agentes em determinadas concentrações ou intensidade. O tempo máximo de exposição do trabalhador a esses agentes é determinado por limites pré estabelecidos.

Metodologia

As seguintes etapas são planejadas para implementação do PPRA:

- Antecipação e reconhecimento dos riscos;
- Estabelecimento de prioridades e metas de avaliação e controle;
- Avaliação dos riscos e da exposição dos trabalhadores;
- Implantação de medidas de controle e avaliação de sua eficácia;
- Monitoramento da exposição aos riscos;
- Registro e divulgação dos dados.

13.9. PCMSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

O significado de PCMSO é o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional e foi instituída pela NR 7 (Normas Regulamentadoras sete), aprovada pela Secretaria de Segurança e Saúde no trabalho.

Os exames obrigatórios para PCMSO devem ser:

- Admissional;

- Periódicos;

- De retorno ao trabalho;

- De mudança de função;

- Demissional.

Aprovada em 29/12/1994, o PCMSO é um programa que é exigido por lei para todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados.

13.9.1. Realização do PCMSO

♦ Cumprimento das exigências legais: NR7 Mtb;

♦ Promover e preservar a saúde dos trabalhadores;

♦ Atendimento integral à saúde ocupacional dos trabalhadores;

♦ Evitar consequências negativas, como os Acidentes do Trabalho, as Lesões ocupacionais e os custos sociais decorrentes dos mesmos;

♦ Promover a queda do absenteísmo e agregar à empresa os valores consequentes a essa queda, com o aumento da motivação que irá resultar, junto aos fatores acima, uma maior produtividade;

♦ Redução de gastos com os cuidados na saúde do trabalho;

♦ Uma maior integração entre os setores da empresa.

Os profissionais que são habilitados para realizar tal atividade devem ser médicos e precisam ter especialização em Medicina do Trabalho.

Os médicos vão até a empresa, tenha ela um ou mais funcionários, visitam os postos de trabalho e ficam conhecendo o ambiente e a forma de trabalho. Assim, observam desde as condições do prédio como iluminação, ventilação, calor, se os funcionários trabalham em posições que possam trazer riscos.

Após isso feito, estuda-se o PPRA (programa de prevenção dos riscos ambientais) e outros laudos.

São programas obrigatórios, de acordo com a Lei 6514/77 e Portarias 3214/78, 24/94 e 08/98. Toda empresa que possua pelo menos um empregado está obrigada a manter o PPRA e o PCMSO, seja qual for a sua atividade. Empresas sem empregados são isentas!

13.9.2. Tipos de Exames Médicos Relacionados ao Trabalho

Os Tipos de Exames médicos Relacionados ao trabalho, varia em vários exames médico, como exames médicos ocupacionais que são aqueles realizados para garantir e comprovar que o trabalhador está apto a exercer suas funções cotidianas de trabalho. Por isso, eles são realizados tanto antes do trabalhador ser contratado pela empresa, quanto quando ele muda de função dentro dessa empresa ou quando ele está prestes a ser desligado dela.

Conheça todo os tipos e as características de cada exame:

- ***Exame Admissional***: Realizado antes que o trabalhador inicie suas atividades.

O Exame admissional como o próprio nome indica é realizado antes que o trabalhador inicie suas atividades na empresa. É ele quem garante que o colaborador tem capacidade física e mental para realizar as atividades que ele será submetido.

- ***Exame Periódico:*** Realizado anualmente, sempre no mesmo período.

- ***Mudança de função:*** Realizado antes da data de mudança de função, posto de trabalho ou de setor, que implique exposição a um risco diferente daquele a que estava exposto antes da mudança.

- ***Retorno ao trabalho:*** Realizado quando o funcionário recebe alta do INSS.

- ***Exame Demissional***: Realizado quando o funcionário encerra suas atividades na empresa, deve ser realizado até a data da homologação.

É ele que garantirá que o empregado tenha se desligado da empresa com saúde intacta e que suas atividades ocupacionais não tenham comprometido em nada sua integridade física e mental.

Além desses, atividades que exponham os trabalhadores a qualquer tipo de risco químico, físico ou biológico deverão promover exames complementares que proporcionarão um diagnóstico completo e seguro da saúde do trabalhador.

Esse cuidado é fundamental para conclusão do exame admissional, pois servirá como referência para todos os exames médicos periódicos seguintes, prevenindo lesões e futuros transtornos originários da realização do trabalho.

Em nosso país, a Legislação de Tipos de Exames Médicos Relacionados ao Trabalho compõe-se de Normas Regulamentadoras e leis complementares, como portarias e decretos. Quando uma empresa aplica todas essas medidas, ações e leis diz-se que ela está dentro dos padrões de segurança do trabalho.

A Norma Reguladora 7.4.1 do Ministério do Trabalho estabelece que todas os empregadores e instituições devem implementar o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO, que estabelece exames médicos que comprovem a aptidão dos colaboradores às funções que eles irão exercer quando contratados.

O P.C.M.S.O deve incluir a realização obrigatória de exames médicos, sendo uma anamnese ocupacional, exame físico e mental.

O Instituto irá realizar através de empresa contratada o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP), e o Laudo Técnico das Condições Ambientais do Trabalho (LTCAT).

14. DIMENSIONAMENTO DE RH

CATEGEORIA	CARGA HORÁRIA SEMANA	CARGA HORÁRIA MENSAL	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS	SALÁRIO R$	OBS
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	44 HRS	176 HRS	1	R$ 1.352,00	CLT
AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	44 HRS	176 HRS	1	R$ 1.908,00	CLT
ENFERMEIRO	44 HRS	176 HRS	1	R$ 3.060,00	CLT
AUXILIAR DE LIMPEZA	44 HRS	176 HRS	3	R$ 1.123,52	CLT
PSICÓLOGA	44 HRS	176 HRS	2	R$ 2.750,80	CLT
RECEPCIONISTA	44 HRS	176 HRS	3	R$ 1.144,00	CLT
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	44 HRS	176 HRS	1	R$ 1.560,00	CLT
TÉCNICO DE LABORATÓRIO	44 HRS	176 HRS	2	R$ 1.595,00	CLT
TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL	44 HRS	176 HRS	1	R$ 2.100,00	CLT
AUX ADMINISTRATIVO	44 HRS	176 HRS	1	R$ 1.800,00	CLT
COORDENADOR TÉCNICO	44 HRS	176 HRS	1	R$ 3.500,00	CLT
APRENDIZ	20 HRS	80 HRS	1	R$ 375,00	CLT
DIRETOR PRESIDENTE	40 HRS	160 HRS	1	R$ 3.000,00	
DIRETOR FINANCEIRO	40 HRS	160 HRS	1	R$ 7.000,00	
DIRETOR ADMINISTRATIVO	40 HRS	160 HRS	1	R$ 5.000,00	
DIRETOR JURÍDICO	40 HRS	160 HRS	1	R$ 5.000,00	
PSIQUIATRA	30 HRS	120HRS		R$ 10.000,00	CONTRATAÇÃO PJ
CIRURGIÃO	5 HRS	20 HRS		R$ 5.000,00	CONTRATAÇÃO PJ
ORTOPEDISTA	15 HRS	60 HRS		R$ 6.250,00	CONTRATAÇÃO PJ
INFECTOLOGISTA	5 HRS	20 HRS		R$ 3.000,00	CONTRATAÇÃO PJ
NEUROLOGISTA	5 HRS	20 HRS		R$ 2.100,00	CONTRATAÇÃO PJ
ANESTESISTA	5 HRS	20 HRS		R$ 2.100,00	CONTRATAÇÃO PJ
ENDOCRINOLOGISTA	5 HRS	20 HRS		R$ 2.100,00	CONTRATAÇÃO PJ
CIRURGIÃO VASCULAR	5 HRS	20 HRS		R$ 2.100,00	CONTRATAÇÃO PJ
OTORRINOLARINGOLOGISTA	5 HRS	20 HRS		R$ 2.100,00	CONTRATAÇÃO PJ
CARDIOLOGISTA	5 HRS	20 HRS		R$ 2.100,00	CONTRATAÇÃO PJ
RADIOLOGISTA	12 HRS	48 HRS		R$ 8.000,00	CONTRATAÇÃO PJ
RESPONSÁVEL TÉCNICO	30 HRS	120HRS		R$ 6.000,00	CONTRATAÇÃO PJ
CIRURGIÃO DENTISTA - CLÍNICO GERAL	10 HRS	40 HRS		R$ 2.500,00	CONTRATAÇÃO PJ
PERIODONTISTA	10 HRS	40 HRS		R$ 2.500,00	CONTRATAÇÃO PJ
PACIENTES ESPECIAIS	10 HRS	40 HRS		R$ 2.500,00	CONTRATAÇÃO PJ
BUCOMAXILOFACIAL	10 HRS	40 HRS		R$ 2.500,00	CONTRATAÇÃO PJ
ENDOTISTA	10 HRS	40 HRS		R$ 2.500,00	CONTRATAÇÃO PJ

15. GESTÃO DE ATIVIDADES VOLTADAS PARA A QUALIDADE

15.1. Política de Gestão da Qualidade

Segundo Paladini (2004, p. 132), existem dois objetivos básicos que a gestão da qualidade procura alcançar: o desenvolvimento de mecanismos que garantam a sobrevivência da organização e mecanismos que possibilitem sua permanente e contínua evolução. De acordo com Paladini (2004, p. 136):

> *A gestão de qualidade envolve atuação no âmbito global, onde a alta administração define as políticas de qualidade da organização e o âmbito operacional onde são desenvolvidos, implantados e avaliados os programas de qualidade.*

O método participativo, do gestor público, os trabalhadores, a OSs e os usuários dos serviços de saúde são determinantes para a eficiência e a eficácia da parceria.

As dimensões gerais da qualidade que devem ser avaliadas são: respeito aos direitos das pessoas, confidencialidade das informações, privacidade no atendimento, direito à informação, conforto, dignidade e cortesia, priorização ao usuário, percepção da qualidade da assistência pelos usuários, acolhimento, Avaliação da Qualidade da Assistência de Urgência e Emergência, Avaliação das Condições Oferecidas, Satisfação dos Usuários e Motivação dos Profissionais,

O Instituto se propõe a gerenciar e monitorar a qualidade técnica, a gestão de serviços, a gestão de pessoas em articulação com toda rede de serviços de saúde do município através da montagem de um sistema informatizado desenvolvido pela própria

entidade, que permite em tempo real, tanto o parceiro público como a entidade que irá gerenciar e operacionalizar as ações, uma análise quantitativa e qualitativa, sobretudo em relação à satisfação do usuário.

Na manutenção da qualidade serão cumpridos os procedimentos operacionais; verificado se os resultados satisfazem às metas e quanto tomado ações corretivas nos atuando de imediato no problema. A fim de minimizar os problemas, serão tomadas ações preventivas com o propósito de prevenir a repetição da situação, identificando e lidando com a causa.

Na melhoria da qualidade identificam-se as metas que merecem melhoria, observa, analisa e propõe novo plano de ação; coletam-se dados; verifica se os resultados satisfazem às metas; promove ação corretiva e padroniza-se.

Quando se decide adotar o sistema de gestão pela qualidade em uma instituição, muitas mudanças afetarão o comportamento das pessoas, de todos os níveis hierárquicos. Esses conceitos devem estar de tal maneira incorporados que passem a ser a forma natural de gerenciar o trabalho. Comprometimento com metas e resultados garantem sobrevivência e crescimento da organização.

Outras ações da Qualidade:

A qualidade dos serviços das Unidades ainda também fortemente associada aos insumos e serviços entregues por fornecedores e prestadores de serviços, considerando o custo dos materiais/insumos/medicamentos, locação de equipamentos, serviços terceirizados e o impacto do gasto com esses recursos na gestão econômico-

financeira, devem promover ações, encontros com todos os envolvidos para se discutir políticas de uso de equipamentos e compra de materiais/insumos/medicação.

Instituto avalia não somente a atenção com os pacientes, até porque muitos deles ocorrem resultantes de problemas de gestão interna, fazendo necessário Procuramos aferir a satisfação dos profissionais contratados pela empresa. Uma das ferramentas utilizadas neste processo é o grau de rotatividade e desligamento dos funcionários da instituição, podendo desta forma indicar problemas de gestão, liderança, entre outros. Permitindo ao Instituto identificar e entender seus problemas e criar ações para solucioná-los.

Estabelecer e reforçar o processo de gestão de qualidade e desempenho da instituição significa sempre melhorar e otimizar os processos e atividades de todos os setores da instituição, principalmente quando se trata da assistência ao paciente.

Sabemos que o caminho do sucesso é sempre a busca da melhoria. Correção de possíveis erros e o ajuste constante das práticas para que a instituição possa se consolidar em um nível competitivo com outras instituições de saúde do mercado.

15.1.1. Apoio Institucional

O Instituto apoia um método qualitativo que busca auxiliar as equipes a analisarem seu próprio trabalho e a construírem intervenções a luz de sua própria realidade e seus contextos, através de reuniões mensais com as esquipes.

Com isso as equipes podem explicitar e lidar com problemas, desconfortos e conflitos e auxilia na construção e na utilização de ferramentas para a melhoria do

trabalho. O Instituto reconhece a complexidade do trabalho e parte dos problemas concretos, desafios e tensões do cotidiano utilizando-os como matéria-prima para o seu trabalho, e sempre que necessário busca facilitar a conversão de situações paralisantes em situações produtivas. Trata-se da oportunidade do exercício pleno da educação permanente em saúde no próprio cotidiano das ações dos profissionais nas Unidades.

Por meio do movimento constante de aproximação e diálogo entre o instituto, funcionários e usuários, configura-se como um arranjo qualitativo que possibilita melhor organização das práticas e maior apropriação dos trabalhadores em relação ao seu fazer cotidiano. Com a finalidade de fortalecer os sujeitos e os coletivos implicados na construção de processos de cogestão e democratização das relações de poder, os arranjos de apoio contribuem na perspectiva de transformar os modelos de gestão hierarquizados em modelos mais horizontalizados.

Com base em Bertussi (2010), é possível identificar ferramentas necessárias à "função" de forma que o Apoiador se torne:

- Articulador: produzindo conexão, considerando as singularidades de cada qual e a diversidade e mobilidade dos possíveis encontros entre sujeitos;
- Educador: agindo pedagogicamente, tomando o mundo do trabalho como matéria prima para o aprendizado;
- Escutador/Observador: agindo a partir da observação do cotidiano, dos movimentos da equipe e seu contexto, sempre aberto à escuta;

- Facilitador: facilitando processos que contribuam para colocar as potências dos sujeitos e dos coletivos em evidência;
- Negociador: mediando e buscando compatibilizar os interesses distintos envolvidos na formulação dos acordos e projetos comuns.

Portanto, reúne assim potencial para realizar ações como:

- Discussão e montagem das agendas em função da análise das informações em saúde, necessidades e prioridades de saúde;
- Suporte à implantação e aprimoramento do acolhimento à demanda espontânea;
- Suporte à elaboração de projetos terapêuticos singulares e implantação de dispositivos de gestão do cuidado e regulação de recursos da rede;
- Facilitação da organização de intervenções intersetoriais;
- Facilitação de processos locais de planejamento;
- Mediação de conflitos, a fim de conformar projetos comuns entre trabalhadores, gestores e usuários;

15.2. Proposta de Serviço de Atendimento ao Usuário

O método que sustenta as ações do presente Projeto assenta-se nos conceitos do apoio institucional, tendo como conceito a política de Humanização do SUS.

O Instituto utiliza como ferramenta de gestão o Sistema Informatizado. Sistema este que é perfeitamente adaptável a qualquer necessidade da unidade.

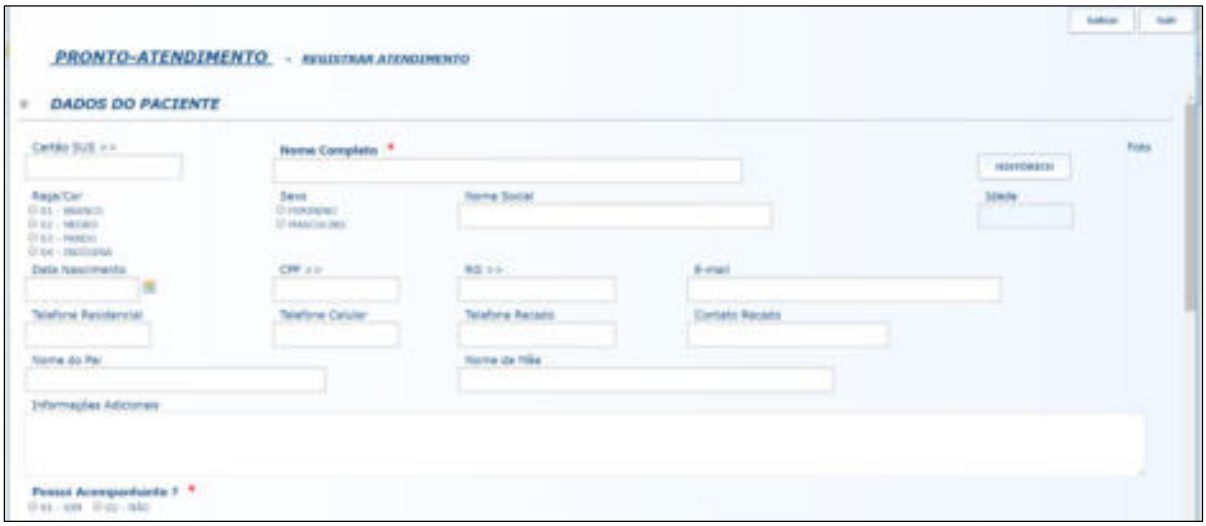
A nossa gestão utiliza o sistema em todas as etapas de atendimento desde que necessário, inclusive se for possível por parte do parceiro público e de interesse do mesmo, o nosso sistema pode se interligar com demais sistemas do Município.

O Sistema de Gestão Eletrônica em Saúde nas Unidades estará implantado em ambiente WEB, acessível pelos principais navegadores do mercado: Internet Explorer, Google Chrome, Safari, Opera e Mozilla Firefox, tanto através do computador, como também através de dispositivos móveis e no mínimo nos Sistemas Operacionais "ANDROID e IOS" (Tablets e SmartPhones), sem a existência de nenhum componente que seja necessário a instalação nas estações clientes (locais de acesso). O Sistema de Gestão Eletrônica em Saúde utilizará o protocolo de segurança "SSL - Secure Sockets Layer", garantindo total segurança dos dados e sua integralidade através da internet.

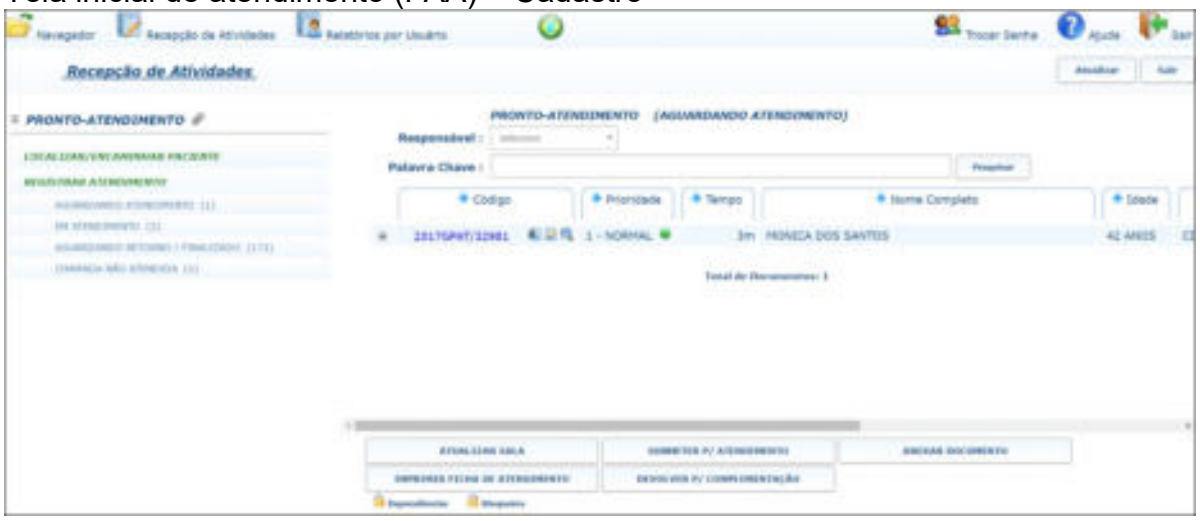
Acompanhamento em todos os tipos de dispositivos (Ambiente WEB)

Nas Unidades o atendimento pode ser informatizado desde a recepção até a saída do paciente.

Tela de Cadastro do Usuário



Tela inicial de atendimento (FAA) – Cadastro



Painel - Fila eletrônica de atendimento

A Tecnologia da Informação possui mecanismo de Chamada Eletrônica e Fila Eletrônica através de Painéis Eletrônicos contendo as seguintes características: Nome do Paciente, Foto do Paciente, Prioridade, Sala de Atendimento e Chamada de Voz (Sistema Voice), em todos os atendimentos direcionados a realização dos procedimentos na recepção, sala de coleta, nos consultórios, salas de Raio x, entre outras salas de procedimentos.

Mediante ao exposto apresentamos os relatórios que serão utilizados como ferramentas da metodologia de trabalho. Á partir dele emitimos relatórios que servem como parâmetros para identificar pontos a serem administrados pela nossa gestão. São eles:

Quantidade de atendimentos por dia x Especialidade Médicas e não médicas

Este relatório demonstra os quantitativos de atendimento por dia em cada especialidade, assim possibilitando uma análise melhor de números de profissionais necessários de cada especialidade bem como gerar a economicidade não tendo excedentes dos mesmos.

Pode ainda servir de parâmetro aos gestores na tomada de decisão para a compra real de insumos necessários de cada especialidade, entre outros aspectos.

De acordo com o Conselho Federal de Medicina, é necessário averiguar a necessidade de quantificar a equipe médica e não médica para atuar nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, de acordo com o número e perfil esperados de pacientes a serem atendidos no local, de forma a garantir a autonomia do médico em seu exercício profissional, com vistas a preservar a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Quantidade de atendimentos que são oriundos do município de Laranjal ou outros;

Este relatório demonstra detalhadamente os quantitativos de atendimento por dia oriundos de cada cidade, trazendo transparência e clareza.

Os dados fornecidos por este relatório permite uma análise para futuras ações preventivas em seus atendimentos, sabendo exatamente o quantitativo real do município.

Relatório CID 10

Este relatório demonstra o quantitativo de atendimento especificado por doença (CID10), permitindo aos gestores visualizar as principais ocorrências epidemiológicas do município, possibilitando as tomadas de decisões pertinentes a cada caso para a cidade.

OBS: É possível analisar *online* via sistema o CID mais incidente em cada bairro, identificando o problema de cada região e tratando isoladamente e de maneira preventiva.

Tempo médio de espera nos atendimentos médicos e não médicos

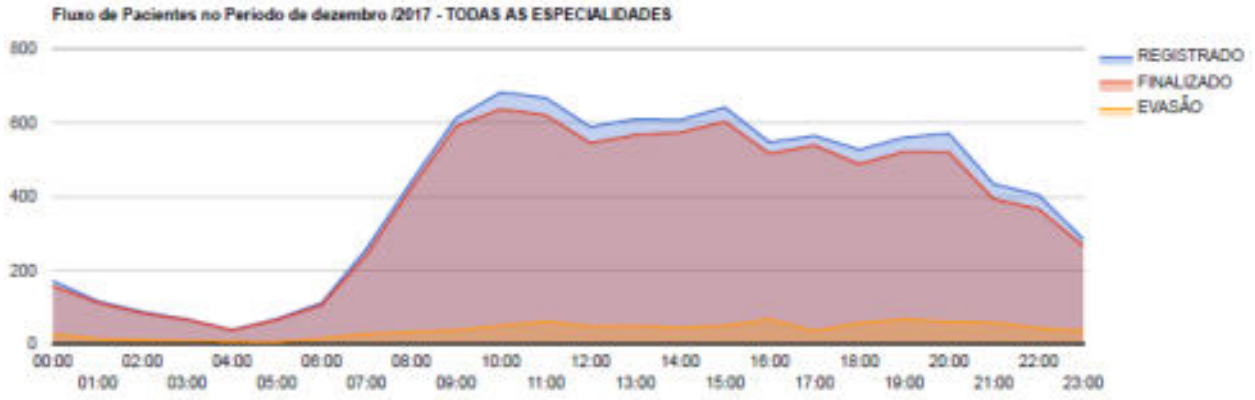
Este é um levantamento diário do tempo médio de espera dos pacientes atendidos nas Unidades, nos apresentando um controle assíduo e constante da eficiência do nosso atendimento.

O sistema nos possibilita a visualização para tomada de decisão em tempo real, pois nos mostra o quantitativo de pacientes em espera frete ao tempo de atendimento dos nossos profissionais.

Análise Quantitativa por período

Este relatório apresenta o gráfico de todos os horários frente ao quantitativo de pacientes em atendimento dimensionando assim os horários *"de pico"*. Com esta ferramenta o gestor pode analisar e avaliar o número de profissionais por período,

fazendo todos os ajustes necessários para o melhor atendimento da população e também gerando economicidade ao município.



Pacientes demandantes

Este relatório tem uma função de grande importância para o gestor do município. Ele apresenta a frequência com que os pacientes atendidos na Unidades.

No relatório é possível que o gestor entre em maiores detalhes e veja ainda quais medicamentos foram ministrados por atendimento, possibilitando ao gestor fazer um levantamento de custo que cada paciente gera ao município.

Através dos dados fornecidos por este relatório, o gestor público poderá entrar com ações corretivas, designando cada paciente ao tratamento mais indicado.

Solicitações Diagnósticas

Neste relatório é apresentado a demanda do município para cada tipo de solicitação diagnóstica / exame, possibilitando ao gestor fazer investimentos que realmente são necessários à população.

Relatórios Administrativos

A partir dos relatórios é possível fazer a avaliação de desempenho e qualidade nos atendimentos, os cuidados direcionados aos pacientes e os serviços de suporte, sendo possível entender se há alguma deficiência no atendimento, e identificar exatamente aonde ocorre, possibilitando ao Instituto fazer ações corretivas nos pontos identificados.

É possível ainda através de relatórios gerenciais obter indicadores estratégicos, ou seja se o Instituto obteve os resultados esperados em um determinado período, se houve eficiência e eficácia na qualidade dos serviços prestados pela instituição.

Pode fazer comparativo entre áreas distintas nas unidades, profissionais na mesma especialidade, trazendo algumas vantagens como a facilidade ao coletar a maioria dos dados, redução de custos, resultados rápidos, entre outras.

O instituto utiliza como apoio à metodologia de trabalho relatórios que auxiliam a gestão e organização dos serviços prestados com o intuito de garantir maior transparência, eficiência e eficácia a todo o processo, buscando agilidade com qualidade nos serviços.

O Instituto propõe-se a realizar o atendimento aos usuários em conformidade com as metas mínimas estabelecidas no edital, estando de acordo com a política de Humanização do Sus.

15.2.1. Metas - Centro de Especialidades:

Atendimento mínimo de:

ATENDIMENTOS	META MENSAL
Consulta de Enferemagem	60
Procedimento em odontologia no CEO	80
Procedimentos de Periodontia *	60
Procedimentos de Cirurgia Oral*	80
Procedimentos em endodontia*	35
Protese*	40
Pequenas cirurgias	60
Procedimento em fonoaudiologia	110
Consulta de ortopedia	240
Consulta de oftalmologia	80
Consulta de urologia	80
Consulta de infectologia	80
Consulta de neurologia	60
Consulta anestesia	80
Consulta de gastroenterologia	80
Consulta psiquiatria	340
Consulta com nutricionista	175
Consulta com psicólogo	600
Consulta endocrinologia	80
Consulta vascular	80
Consulta otorrinolaringologia	80
Consulta cardiologia	80
Eletroencefalografia	05
Ecocardiograma	05
Teste ergométrico	05
Mapeamento	05
Holter	05
Audiometria	10

Imitansiometria	10
Logoaudiometria	10
Biopsia de próstata	02
Ultrassonografia	200

15.2.2. Metas - Laboratório

Atendimento mínimo de:

Exames	Método	Média mensal
TSH	ELISA/QUIMIOLUMINESCÊNCIA	260
GLICOSE	AUTOMAÇÃO	725
GRUPO SANGUÍNEO	LANDSTEINER	32
COLESTEROL TOTAL	AUTOMAÇÃO	674
TRIGLICERIDEOS	AUTOMAÇÃO	673
ACIDO URICO	AUTOMAÇÃO	439
UREIA	AUTOMAÇÃO	439
CREATININA	AUTOMAÇÃO	538
ALFA1-GLICOPROTEINA ÁCIDA	AUTOMAÇÃO	10
AMILASE	AUTOMAÇÃO	22
FOSFATASE ALCALINA	AUTOMAÇÃO	19
BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	AUTOMAÇÃO	19
TGO	AUTOMAÇÃO	245
TGP	AUTOMAÇÃO	244
CÁLCIO SÉRICO	AUTOMAÇÃO	276
FERRO SÉRICO	AUTOMAÇÃO	99
PCR - PROTEÍNA C REATIVA	AGLUTINAÇÃO LÁTEX	38
ASLO	AGLUTINAÇÃO LÁTEX	10
VDRL	REAÇÃO FLOCULAÇÃO ANTIGENO CARDIOLIPINA	116
BETA HCG	IMUNOCROMATOGRAFIA	17
FATOR RUMATÓIDE	AGLUTINAÇÃO LÁTEX	27
TOXOPLASMOSE IGG	ELISA/QUIMIOLUMINESCÊNCIA	43
TOXOPLASMOSE IGM	ELISA/QUIMIOLUMINESCÊNCIA	43
ANTI-HBS	ELISA/QUIMIOLUMINESCÊNCIA	5
HBSAG	ELISA/QUIMIOLUMINESCÊNCIA	66
ANTI-HBc TOTAL	ELISA/QUIMIOLUMINESCÊNCIA	66
ANTI HCV	ELISA/QUIMIOLUMINESCÊNCIA	66
PESQUISA DE OXIURUS (SWAB ANAL)	PEQUISA EM LÂMINA	1
PSA TOTAL	ELISA/QUIMIOLUMINESCÊNCIA	58

15.2.3. Metas - Centro de Especialidades Odontológicas – CEO

Atendimento mínimo de:

Especialista	Procedimento	Média Mensal
Cirurgião dentista – Clínica Geral	Aplicação de cariostatico (por dente); aplicação de selante (por dente); aplicação tópica de flúor (individual por sessão); evidenciação de placa bacteriana; selamento provisório de cavidade dentaria; capeamento pulpar; restauração de dente decíduo; restauração de dente permanente anterior; restauração de dente permanente posterior; pulpotomia dentaria; raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante); raspagem alisamento subgengivais (por sextante); exodontia de dente decíduo; exodontia de dente permanente.	**80 Procedimentos Básicos**
Cirurgião dentista - Necessidades Especiais	Atendimentos básicos restaurativos e cirúrgicos a pacientes com necessidades especiais sistêmicas	
Diagnóstico Bucal	Manejo clínico e cirúrgico-ambulatorial de lesões da mucosa bucal e dos ossos maxilares. Ex.: processos proliferativos não neoplásicos, neoplasias benignas, doenças infecciosas (bacterianas, fúngicas e virais), doenças mucocutâneas, manifestações bucais de doenças sistêmicas; Semiotécnica para diagnóstico de lesões bucais; Solicitação de exames complementares pré-operatórios ou de necessidade diagnóstica para manifestações bucais. Ex.: hemograma, sorologia e/ou exames imaginológicos. Avaliação do usuário com queixa de alteração bucal em tecidos moles e/ou duros, identificando as alterações não compatíveis com a normalidade. Diagnóstico e tratamento de lesões prevalentes da mucosa bucal tais como: hiperplasia fibrosa inflamatória, estomatite protética, herpes recorrente, gengivo-estomatite herpética primária, estomatite aftosa recorrente, candidíase e queilite angular, tratamento e remoção de fatores traumáticos da mucosa bucal tais como próteses mal-adaptadas, dentes ou restaurações fraturadas e raízes residuais, hábitos para-funcionais, triagem de pacientes com mais de 40 anos, fumantes e etilistas ou pacientes de pele clara com histórico de exposição solar excessiva. Biópsia e a citologia esfoliativa assim como demais exames complementares . Diagnóstico e tratamento das lesões bucais por meio de exames clínicos e complementares, biópsia, terapêutica cirúrgica (nível ambulatorial) e medicamentosa, quando pertinente; e planejamento do atendimento odontológico do paciente ontológico que será submetido à radioterapia ou quimioterapia.	
Periodontista	Raspagem corono enxerto gengival; gengivectomia (por sextante); gengivoplastia (por sextante); tratamento cirurgico periodontal (por sextante).	**60 Procedimentos de Periodontia**
Cirurgia Oral Menor	Biopsia dos tecidos moles da boca; biopsia de glândula salivar; biopsia de osso do cranio e da face; tratamento de nevralgias faciais; frenectomia correção cirúrgica de fistula oronasal/ oro drenagem de abscesso da boca e anexos; excisão de ranula ou fenomeno de retencao salivar; excisão e sutura de lesão na boca; excisão em cunha do lábio; exerese de cisto odontogenico e não contenção de dentes por splintagem; redução cruenta de fratura	**80 Procedimentos de Cirurgia Oral**

	alvéolo; redução incruenta de fratura alvéolo; redução incruenta de luxação temporo alveolotomia / alveolectomia (por arco dentário; aprofundamento de vestibulo oral (por sextante); correção de bridas musculares; correção de irregularidades de rebordo alveolar; correção de tuberosidade do maxilar; curetagem periapical; enxerto ósseo de área doadora intrabucal; excisão de calculo de glandula salivar; excisão de glândula submandibular / submaxilar /sublingual; exodontia multipla c/ alveoloplastia por sextante glossorrafia; marsupializacao de cistos e pseudocistos odontoseccao / radilectomia / tunelizacao; reconstrução de sulco gengivo; reconstrução parcial do lábio traumatizado; reimplante e transplante dental (por elemento); remoção de cisto; remocao de corpo estranho da regiao buço remoção de dente retido (incluso / impactado); remoção de foco residual; remoção de torus e exostoses; retirada de material de sintese ossea / dentaria; selamento de fistula cutanea odontogenica; sinusotomia maxilar unilateral; tratamento cirúrgico de fistula intra / extra; tratamento cirúrgico de hemorragia buço; tratamento cirúrgico p/ tracionamento dental; tratamento de alveolite; tratamento emergencial p/ redução de fratura alvéolo ulotomia/ulectomia	
Endodontista	Obturação de dente decíduo; obturação em dente permanente birradicular; obturação em dente permanente c/ tres ou mais raízes; obturação em dente permanente unirradicular; retratamento endodontico em dente permanente;biretratamento endodontico em dente permanente c/ 3 ou mais raízes; retratamento endodontico em dente permanente uni selamento de perfuração radicular	**35 Procedimentos de Endodontia**
Protesista	Moldagem, confecção, entrega de totais, parciais removíveis e/ou fixas adesivas.	**40 próteses**

15.2.4. Metas Assistenciais

Procedimentos	Meta/Mês
Atividades educativas para os usuários dos programas desenvolvidos na especialidade	12 atividades educativas nas unidades
Avaliação do Programa Nacional de Programa de Qualidade do Laboratório	1 certificado de excelência
Tempo de Espera de agendamento para coleta de exame	Máximo 7 dias
Tempo de espera para resultado (laudo) de exame	1 dia para urgência e rotina 20 dias para inumologia
Tempo de Espera de agendamento para consulta na especialidade	Máximo 30 dias
Tempo de Espera de agendamento para exames	Máximo 30 dias
Tempo de Espera de agendamento para atendimento no CEO	Máximo 15 dias

15.3. Pesquisa de Satisfação

Para colocar em prática a gestão da qualidade, utilizamos uma ferramenta que auxilia nesse processo, a pesquisa de satisfação do usuário, seja ele paciente ou funcionário das unidades.

.É fundamental para a consolidação do SUS que o cidadão tenha um espaço para solicitar informações sobre as ações e os serviços de saúde ou registrar sua sugestão, elogio, reclamação e denúncia, com resposta ágil e resolutiva à sua manifestação, visando à melhoria do atendimento prestado.

A atenção ao Usuário é um conjunto de ações que se inicia na recepção, continuando com o serviço assistencial necessário ao usuário até a finalização do seu processo naquela Unidade. Todo este atendimento deverá ser procedido de acordo política nacional de humanização do SUS.

A Pesquisa de Satisfação dos Usuários é um instrumento que será adotado pelo instituto com o principal intuito de conhecer o grau de satisfação dos pacientes que se utilizaram de serviços de saúde nas Unidades aferindo se foi obtido o resultado esperado com atendimento humanizado.

Trata-se de estratégia para avaliar a dimensão subjetiva dos serviços prestados, isto é, a percepção do usuário sobre as unidades de saúde e os procedimentos ali realizados.

Ao identificar as opiniões dos pacientes, suas percepções relativas às condições gerais da unidade (acomodações), às atitudes dos profissionais, ao tempo de espera

para realização do procedimento, será possível ao Instituto tomar ações corretivas com o intuito de melhorar a qualidade nos atendimentos ao munícipes usuários dos serviços de saúde das Unidades e estabelecer um canal direto de comunicação entre os usuários e os sendo possível obter informações úteis para conhecimento da qualidade dos serviços de saúde e auxiliar no aperfeiçoamento da gestão na capacidade de tomada de decisões dos gerentes e gestores e, assim, melhorar as características do atendimento prestado ao parceiro público de saúde aos cidadãos.

O Instituto estará periodicamente aferindo através de sistema próprio informatizado a satisfação do usuário e através da Ouvidoria.

As ferramentas utilizadas para aferir a satisfação do usuário serão conforme descrito abaixo:

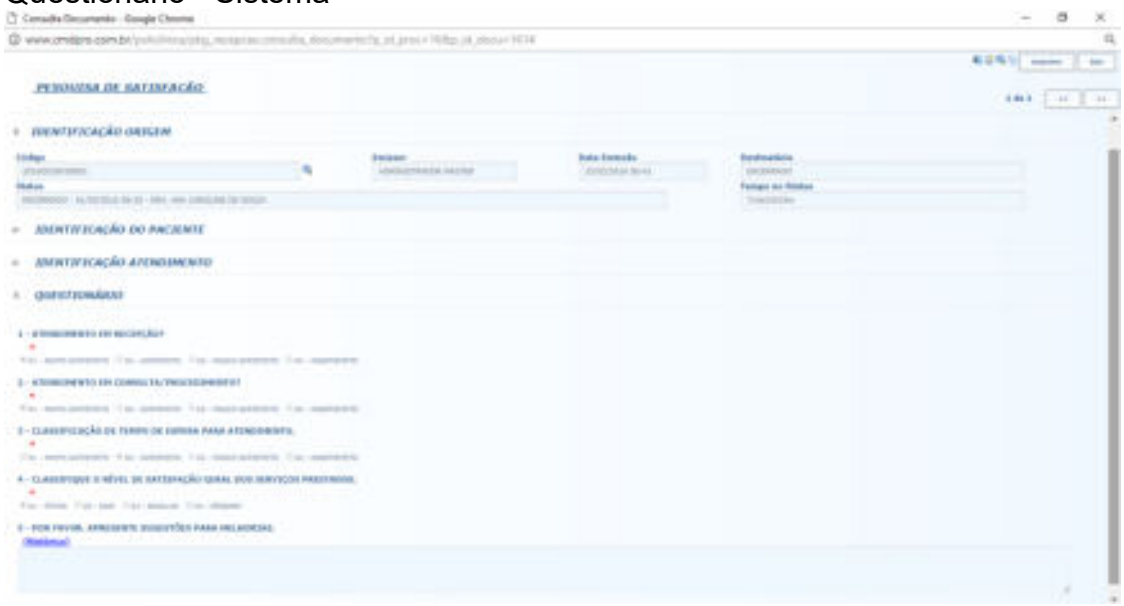
. 15.3.1. Questionário via sistema:

Para algumas pessoas, pode ser desconfortável apresentar o seu feedback pessoalmente, sobre a consulta e seus serviços, especialmente nos casos em que suas experiências foram negativas. O paciente perde o anonimato e não pode ter certeza que os dados vão chegar a uma pessoa de autoridade. Eles também podem estar preocupados com a possibilidade de informações serem perdidas ou distorcidas.

Já via questionário eletrônicos pacientes são anônimos e dão um tempo suficiente para o doente expressar seus pensamentos de forma clara e com a tranquilidade de sua casa. Eles são fáceis de preencher e sem medo de perda de informações ou distorção.

Por amostragem será feito a pesquisa de satisfação em todo o atendimento nas unidades. Será estabelecido dentro da plataforma do sistema de informação uma pesquisa de satisfação ao usuário, visando melhoria do atendimento, nas telas abaixo é apresentado o questionário que os pacientes poderão responder sobre cada atendimento, desde recepção, passando pelo atendimento de enfermagem, médico e satisfação com a apresentação geral da Unidade. É possível ainda perguntar aos pacientes o que poderia fazer com que sua próxima visita seja mais fácil ou mais confortável. Segue abaixo tela com questionário que será adaptado de acordo com o perfil de cada Unidade.

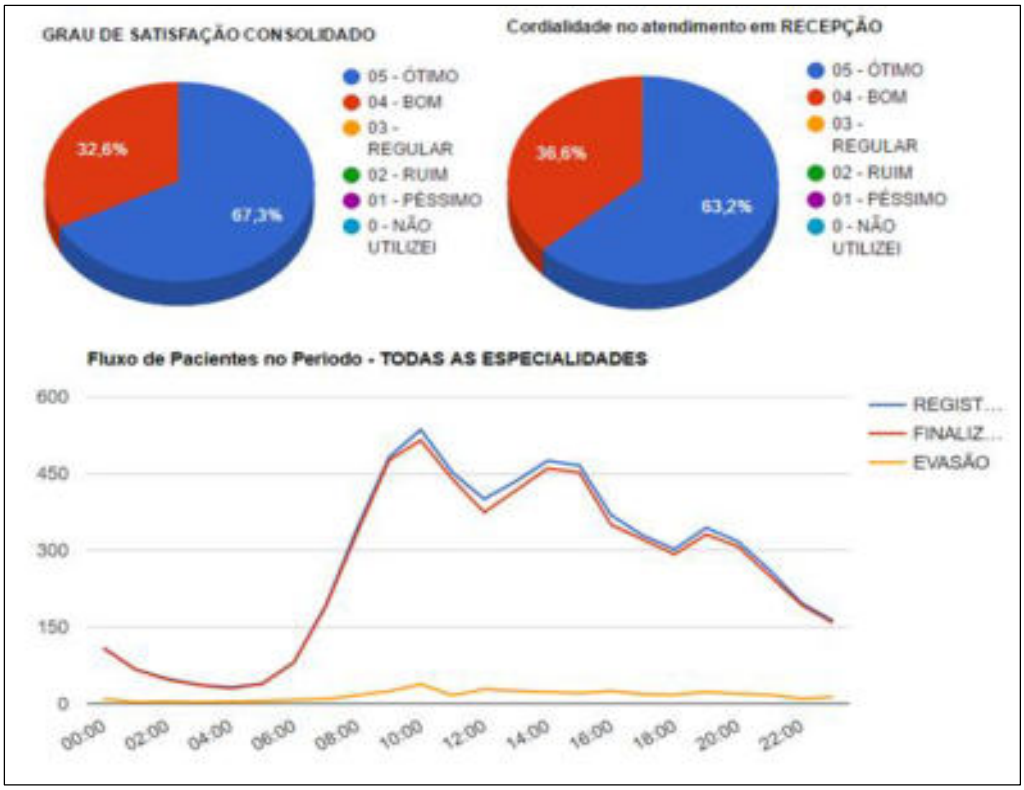
Questionário - Sistema



Através do uso do questionário de avaliação, nossa instituição poderá obter grandes ideias sobre como ajudar os pacientes nas próximas consultas, através da

avaliação do atendimento recebido por ele permitindo ainda ao Instituto, analisar e sanar os problemas apontados pelos pacientes das unidades.

O sistema recebe as informações e gera relatórios gerenciais para que se obtenha o resultado das pesquisas. O resultado é apresentado à direção da Unidade em forma de gráfico ou relatórios.



15.3.2. Caixa de Sugestões

No intuito de avaliar a qualidade do atendimento e infraestrutura das Unidades, será disponibilizado na recepção dos respectivos locais uma caixa de sugestões e um formulário de sugestões/reclamações, nos moldes a seguir:

NOME DA UNIDADE:
_____
NOME: _____
SEXO: [___] FEMININO [___] MASCULINO - DATA NASCIMENTO: _____
ENDEREÇO COMPLETO: _____
_____
CEP: _____CIDADE: _____
TELEFONE:_____ EMAIL:_____
DATA: _____
[___] SUGESTÕES [___] ELOGIO [____] RECLAMAÇÃO
_____
_____
_____
_____

Desta forma o instituto poderá acompanhar sempre que desejar a Satisfaçaõ dos Usuários do Sistema de Saúde sob sua Gestão.

15.3.3. Fale Conosco / Ouvidoria

A Ouvidoria em Saúde constitui-se em um espaço estratégico e democrático de comunicação entre o cidadão e os gestores do Sistema Único de Saúde, relativos aos serviços prestados. A Ouvidoria, como componente da Política Nacional de Gestão

Estratégica e Participativa, visa fortalecer os mecanismos de participação social e qualificar a gestão participativa do Instituto.

Assim, é de fundamental importância a criação de canais democráticos de informação e de escuta da população, com espaço de recepção das manifestações dos cidadãos, para melhor qualificar a gestão das Unidades. A Ouvidoria é, por excelência, esse espaço.

O instituto contará com canais de atendimento via e-mail e telefone ou cartas, os canais para o fale conosco serão divulgados nas unidades. Todas as críticas e opiniões recebidas serão analisadas por profissionais das áreas relacionadas ao tema.

15.3. Proposta de Educação Permanente

Cada organização vive seus cenários políticos, onde atores sociais específicos, com ações, interesses e poderes distintos, compõem seu próprio jogo social. Por isso, e por suas características inovadoras, os arranjos de Apoio Institucional desenvolvem-se de forma muito singular em cada organização. Nesse contexto, a Educação

Permanente apresenta-se como a principal ferramenta do Apoiador, tanto para promover ampliação da capacidade de reflexão e de análise dos coletivos, quanto para tornar possível a sua própria formação no cotidiano do seu processo de trabalho.

Considerando as características apresentadas sobre o desenvolvimento do Apoio Institucional como modo de inovar a gestão do SUS, identifica-se a Educação Permanente como a principal estratégia utilizada pelos Apoiadores para estimular mudanças de práticas na gestão e no cuidado em saúde.

O Apoio Institucional, alicerçado no pressuposto da Educação Permanente, promove a pró-atividade dos trabalhadores, estimula a sua criatividade e propicia um campo fértil de produção de conhecimento em suas vivências marcadas por fracassos, sucessos, dificuldades e aprendizados.

Acerca da implementação e organização das Políticas de Educação Permanente, será disposta nos moldes da portaria do Ministério da Saúde nº 278/2014, que Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS).

16. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

16.1. Qualificação do corpo gestor da Entidade

Apresentamos a seguir a qualificação técnica de alguns membros da diretoria da Entidade, conforme currículos anexos:

- **Dirigente I – Diretor Presidente**

Formação: Administrador com ênfase em recursos humanos, com AMPLA EXPERIÊNCIA NA GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA E PRIVADA.

- **Dirigente II – Diretora Administrativa**

Formação: Administradora em logística, com EXPERIÊNCIA NA ÁREA DA SAÚDE PÚBLICA E NO TERCEIRO SETOR.

- **Dirigente III – Diretor Técnico**

Formação: medicina, com AMPLA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA E TERCEIRO SETOR.

- **Dirigente IV – Diretora Financeira**

Formação: Direito, com AMPLA EXPERIÊNCIA NA ÁREA ADMINISTRATIVA, FINANCEIRA, SAÚDE PÚBLICA E NO TERCEIRO SETOR HÁ MAIS DE CINCO ANOS.

- **Dirigente V – Primeiro Secretário**

Formação: Administrador (a) de Empresas, com EXPERIÊNCIA VOLTADA A ÁREA ADMINISTRATIVA, SAÚDE PÚBLICA E NO TERCEIRO SETOR.

- **Dirigente VI – Diretora Jurídica**

Formação: Direito, com AMPLA EXPERIÊNCIA VOLTADA PARA A ÁREA DA SAÚDE PÚBLICA E TERCEIRO SETOR HÁ MAIS DE CINCO ANOS.

- **Dirigente VII – Diretor de Esportes**

Formação: Educador Físico, com EXPERIÊNCIA VOLTADA AO ESPORTE, À EDUCAÇÃO E TERCEIRO SETOR.

16.1.1. Currículos

Afonso Barbosa da Silva

Rua: Claudio Manoel da Costa nº235 Bairro: PQ Imperial

Barueri -SP CEP. 06464-260

Fone:(cel.) 94776-3799 (rec.) (11) 4191-7147

E-mail: afonso.barbo@gmail.com

Informações Pessoais

Data Nasc: 15/03/1987

Estado Civil: Casado

Nacionalidade: Brasileira

FORMAÇÃO ACADÊMICA

- **Ensino Médio** "Concluído"
- **Administração de empresa** "incompleto" 7º Semestre - UNINOVE

CURSOS EXTRA CURRICULARES

- Curso de Informática – Windows XP, Pacote Office “SENAC”

Experiência Profissional

- **Instituto Apha de Medicina para Saúde**

Período: 01/02/2016 até o momento Cargo: Presidente

- **Prefeitura Municipal de Barueri**

Período: 07/01/2013 a 29/12/2016 – Cargo: Diretor Administrativo

- **Local: Secretaria de Saúde**

- **Prefeitura Municipal de Barueri**

Período: 03/01/2009 a 06/01/2013 - Cargo: Aux. Administrativo

Local: Secretaria do Direito das Pessoas com Deficiência

Ana Carolina Rizzo

29 anos - Brasileira – Casada

Rua Duque de Caxias, n.º 92 – Apto 26

Campo Grande – Santos / SP

E-mail: ac_rizzo@hotmail.com **Cel: (13) 99767-5322**

Tenho como objetivo, desempenhar os trabalhos pertinentes a minha função, onde irei exercer com empenho as responsabilidades a mim conferidas.

FORMAÇÃO ESCOLAR

Ensino Superior

Bacharel em Direito – Concluído 2011

Universidade Metropolitana de Santos – UNIMES

Ensino Médio / Técnico

Médio Técnico em Secretariado / Administração

Escola Técnica e Faculdade Fortec

CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO

Inglês – Intermediário

Planejamento Financeiro no Plano de Negócios

Universidade Monte Serrat

Gestão de Pessoas e Desenvolvimento de Liderança

SENAC

Gestão de Negócios

SENAC – Módulos I, II e IV.

Informática – Pacote Office e Internet - Avançado

HISTÓRICO PROFISSIONAL

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE ***Agosto/2015 à Atual***

Cargo: Diretora Financeiro

Atividades desenvolvidas:

• Gerenciamento e coordenação de projetos;

• Controle financeiro;

• Implantação e desenvolvimento de projetos;

• Transmissão de arquivos para Banco e relacionamento direto com gerentes;

• Elaboração de ofícios, pareceres e respostas ao MP;

• Participação ativa em reuniões;

• Cargo de confiança e liderança.

INSTITUTO BRASIL DE GESTÃO PÚBLICA ***Nov/2014 à Jul/2015***

Cargo: Gerente Geral

Atividades desenvolvidas:

Gerenciamento e coordenação de projetos;

• Coordenação de equipe externa;

• Implantação e desenvolvimento de projetos;

• Elaboração de Prestação de Contas mensal;

• Transmissão de arquivos para Banco e relacionamento direto com gerentes;

• Elaboração de ofícios, pareceres e respostas ao MP;

• Elaboração e coordenação de contratos;

• Participação ativa em reuniões e videoconferência;

• Assistência à presidência e diretoria da empresa;

• Cargo de confiança e liderança.

Instituto de Saúde e Meio Ambiente ***Maio/2011 à Dezembro/2014***

Cargo: Gerente Administrativa e Financeira

Atividades desenvolvidas:

• Assistência à presidência e diretoria da empresa;

• Organização e conferência de documentos;

• Controle contas a pagar e receber;

• Elaboração de Prestação de Contas mensal;

• Lançamentos contábeis;

• Transmissão de arquivos para Banco e relacionamento direto com gerentes;

• Elaboração de ofícios, pareceres e respostas ao MP;

• Elaboração e coordenação de contratos;

• Compras e cotações de grande porte;

• Acompanhamento de cobrança;

• Tributos Fiscais Retidos;

• Controle de patrimônio;

• Apresentação de relatórios e planilhas de controle;

• Participação ativa em reuniões e videoconferência;

• Gerenciamento e coordenação de projetos dentro do Estado de SP;

• Coordenação de equipe externa;

• Cargo de confiança e liderança.

Ruben – Eliana Advogados Associados ***Maio/2007 à Abril/2011***

Cargo: Assistente Financeira e Estagiária de Direito Marítimo

Atividades desenvolvidas:

• Cobrança administrativa;

• Cobrança judicial marítima e área;

• Emissão de nota de débito e crédito;

• Relatórios e planilhas internas de controle;

• Serviços administrativos em geral;

• Controle de caixa;

• Conferência de documentos;

• Correção e análise de Bl´s, invoices, tally, minutas;

• Elaboração de Petições;

• Elaboração de Inicial;

• Andamento em Processos;

• Participação em reuniões;

• Atendimento a clientes;

JLMendonça Contabilidade e Assessoria Empresarial ***Jan/2006 à Abr/2007***

Cargo: Assistente Contábil e Recursos Humanos

Atividades desenvolvidas:

• Elaboração de férias e rescisões;

•Conferência de documentos

•Fechamento de folha de pagamento de funcionários;

• Cadastro de funcionário e atualização de carteira profissional;

•Arquivo em geral;

• Controle e lançamento de notas fiscais.

Centro de Federação e Educação Tecnológica de Cubatão ***Jun/2005 à Dez/2005***

Cargo: Estagiária em Secretariado

Atividades desenvolvidas:

• Serviços administrativos de rotina;

• Organização de arquivos e pastas;

• Atendimento telefônico;

• Elaboração de histórico escolar, declarações, memorandos.

• Atendimento ao público;

• Digitação.

A L E X T A D E U A L V E S R O S A

C R E F – 2 2 9 6 8 - G / S S P

FORMAÇÃO

Centro Universitário Monte Serrat - UNIMONTE Santos, SP

Bacharelado em Educação Física

OBJETIVO

Oferecer uma melhor qualidade de vida para a população através da prática esportiva e atividades recreativas, proporcionando momentos de alegria e satisfação para crianças e adultos

EXPERIÊNCIA

Escola de Futebol – São Paulo futebol Center / Santos – SP

Professor

Escola Oficial do São Paulo Futebol Clube

Assistência ao Menor Enfermo Mental – AMEM / Santos – SP

Professor Ed. Física / Instrutor de Atividades Esportivas

Hotel Colina Verde – Águas de São Pedro / Santos - SP

Instrutor de Atividades

Academia Multisports / Santos - SP

Professor de Iniciação Esportiva

Escola de Futebol Manoel Maria / Santos - SP

Auxiliar Técnico/ Preparador Física

Academia Biorritmo / Santos - SP

Instrutor de Musculação/ Personal Trainer

SESC – Serviço Social do Comércio / Santos - SP

Manutenção de Esporte

Iate Clube Guarujá / Santos - SP

Instrutor de Futsal

Projeto Corpo Legal/ Projeto de Férias - SESC Santos - SP

Auxiliar de Monitoria de eventos esportivos e recreativos

Projeto Uma Nova Luz / Santos - SP

Instrutor de Esportivo

Projeto Ação Pompeba / Santos - SP

Instrutor de Esporte

Programa Escola da Família / Santos - SP

Educador Profissional – Responsável pelas atividades esportivas, culturais e de qualificação para o trabalho

Projeto Capoeira Especial / Santos - SP

Para portadores de necessidades Especiais

SEMES – Secretaria Municipal de Esportes/ Projeto BNH Santos - SP

Atividades Esportivas – Futsal, Basquete, Capoeira

UACEP-União de Amparo a Comunidades de escola Publicas(Projeto Minha Comunidade)

Professor – projeto social e esportivo, que atende cerca de 1100 alunos da comunidade em atividades esportiva, cultural e de qualificação profissional

Projeto Social Cipó Artes, Artes Marciais / Santos – SP

Coordenador das atividades esportivas e culturais da entidade - atuando diretamente na execução das ações proposta pela entidade.

Secretária da Educação (Seduc) / Santos –SP

Equipe de formação Esportiva do Programa Escola Total.

Barbara Braw de Jesus Marques

OAB/SP n º 401.570

Brasileira, solteira, advogada - Nascida em 09/06/1988.

Av. Presidente Castelo Branco, 4424, Apt.° 1001, Aviação, Praia Grande - SP.

Tel: (13) 3481-5656 /013 99727-0027 / email: barbara_bjm@hotmail.com

Escolaridade:

● Ensino Superior completo em Direito na Universidade Metropolitana de Santos – UNIMES. Concluído em 2011.

●Pós Graduação à Distância em Administração Pública pela UniCesumar. Não concluído.

● Cursando Pós Graduação à Distância em Direito Médico e Hospitalar na Unyleya. Cursando.

Experiência profissional:

Martins Santos Imóveis. Cargo: secretária.

Academia SuperAção. Cargo: recepcionista.

Escritório Experimental UNIMES, área: Família Legal, cargo: estagiária.

Escritório Cury e Moure Simão (Av. Ana Costa, 100, conj. 53/59). Cargo: estagiária - Período: Julho/2010 á Jan/2010.

Instituto de Saúde e Meio Ambiente – Cargo: Secretária. Período: Fev/2012 a Fev/2015

Instituto de Saúde e Meio Ambiente – Cargo: Auxiliar Jurídica. Período: Mar/2015 a Ago/2017

Instituto Alpha de Medicina Para Saúde – CNPJ: 14.512.229/0001-10 – Cargo: Departamento Jurídico.

Cursos extracurriculares:

Inglês – Wizard Idiomas (nível intermediário).

Frâncês – Particular (nível básico)

Informática (Windows, Word, Excel)

Maria Dalvanir Nunes

Rua Dr. Lobo Viana, nº 16, apto. 06, Boqueirão / Santos – SP .

CEP: 11045-120

Tel.:(13) 98814 -7829 / E-mail: dalva22@hotmail.com

FORMAÇÃO:

Ensino Superior completo

Logística – Unimonte (Término julho/2014)

Administração - Unimes – (incompleto)

CONHECIMENTOS

Informática (Windows, Word, Excel, Power Point, Internet).

Recursos Humanos (Teórico-básico / curso FGV Online)

Inglês Nível básico

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Instituto Alpha de Medicina para Saúde – 2016 a 2018

Diretora Administrativa

Acompanhamento de Compras, elaboração de planilhas e Relatórios Assistenciais, acompanhamento *in loco* das rotinas voltadas ao projeto do Pronto Socorro Central,

Infantil e Samu de Cubatão (cadastro de médicos no sistema de atendimento, acompanhamento e gerenciamento de escala de profissionais, acompanhamento de fluxo como tempo de espera, demanda nos atendimentos, Coordenação de equipe de colaboradores do Projeto sob responsabilidade do Instituto); Visitas técnicas a Unidades de saúde, Relatórios, Demais rotinas administrativas do terceiro Setor.

Instituto Brasil de Gestão Pública – 2015 a 2016

Assistente Administrativa

Compras, arquivo de documentos, elaboração de planilhas, Relatórios Assistenciais, Demais rotinas administrativas do terceiro setor.

GALERIA DO VINHO IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO - 03/2014 até 01/2015

Auxiliar Administrativa

Elaboração de Notas Fiscais e Boletos; Controle de Contas a pagar e a receber, Cadastro de clientes, controle de Estoque. Demais rotinas administrativas.

PROTEGE S/A - 22/01/2008 até 12/05/2010

Auxiliar de processamento (Serviços diversos do Banco Bradesco)

FUNÇÕES DESENVOLVIDAS: Processamento de documentos (pagamento de MPJ, depósitos, validação de cheques, estornos e realimentação, etc.),

Rotinas administrativas (Alimentação de planilhas elaboradas a partir de relatórios com movimento diário para envio ao regional do Banco Bradesco e ao faturamento da

Empresa; Lançamento de escalas em planilha e ponto eletrônico; Controle de estoque e pedido de materiais para o setor; Demais rotinas administrativas).

Octavio Tadeu Soares Koch

Estado Civil: Casado

Data de Nascimento: 10/06/1956

Endereço: Av. Portugal 277/121 - Brooklin Paulista / Cidade: São Paulo

CEP: 04559-000

Telefone Residencial: 11 55339843

Telefone Comercial: 11 31711620

Telefone Celular: 11 983262698

E-mail: otkoch@globo.com

IDIOMAS: Inglês Básico, Espanhol

Apresentação

Octávio Koch – Médico Intensivista e Socorrista, Especialista em Saúde Pública e Administração Hospitalar e Sistema de Saúde na SÃO CAMILO/PROASA, FGV. Gestor Hospitalar, Consultor e Trabalho em diversas Empresas e Operadoras de Saúde e Hospitais. Golden Crooss, Fundação IGASE, PROASA Auto-Gestão do sistema ADVENTISTA de saúde. Assessor Técnico do Prof. Dr. Ricardo Veronesi-Titular de Moléstias Infecciosas da Faculdade de Medicina da USP/SP e EX-Secretário de Saúde do Município de São Paulo/Governo Jânio Quadros.Vice-Presidente da Sociedade

Mineira de Infectologia (Fundador), Presidente da Sociedade Pernambucana de Infectologia(Fundador),membro da Sociedade brasileira de Infectologia.Prof.de Pós Graduação na Área de Saúde da Universidade Santo Amaro e da Faculdade Brasileira de Recursos Humanos- Instituto Hoyler/SP

GRADUAÇÃO

Instituição: Faculdade de Medicina da UFES

Curso: Medicina

Período: De 07/1975 á 12/1981

Certificado de Conclusão: Janeiro de 1982

PÓS GRADUAÇÃO

Instituição: Hospital Belo Horizonte/Fac.de Ciências Médicas de Belo Horizonte-MG.

Curso: Residência Médica em Clínica Cirúrgica (MEC)

Período: De 01/1982 á 12/1984

Instituição: Hospital das Clínicas de São Paulo –Segunda Clínica Cirúrgica

Curso: Estágio em Clínica Cirúrgica do Aparelho Digestivo

Período: De 27/05/1986 á 27/05/1987

Instituição: Hospital das Clínicas de São Paulo –Clínica de Moléstias Infecciosas-Prof.Veronesi

Curso: Estágio em Clínica de Moléstias Infecciosas

Período: De 01/06/1987 á 27/06/1988

Instituição: Hospital Municipal do Campo Limpo/Prefeitura Municipal de São Paulo

Curso: Médico Estagiário na UTI Adulto do Hospital Municipal Campo Limpo

Período: De abril/1994 á abril/1996

Coordenação: Dr.Marcelo Moock

Instituição: Faculdade de Ciências da Saúde São Camilo

Curso: Especialização em Administração Hospitalar

Período: De maio/1982 á Dezembro/1982

Instituição: Universidade de Ribeirão Preto, UNAERP - SP

Curso: Especialização em Saúde Pública

Período: De 17/11/1999 á 19/12/2000

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo- USP

Depto. de Medicina Legal, Medicina Social e do Trabalho e Deontologia Médica

Curso: Especialização de Medicina do Trabalho/Saúde Ocupacional

Período: De agosto/1997 á abril/1998

Instituição: Faculdade GETÚLIO VARGAS de São Paulo (FGV)

Curso: Especialização em Auditoria Médica em Serviços Privados de Saúde

Período: De agosto/2001 á outubro/2001

Instituição: Prefeitura Municipal de São Paulo-Secretaria da Saúde –Depto.Recursos Humanos

Curso: Especialização em Auditoria Médica no Serviço de Saúde do SUS

Período: De agosto/2002 á novembro/2002

Instituição: Prefeitura Municipal de São Paulo-Secretaria da Saúde – Depto.Recursos Humanos

Curso: ATLS- Período: novembro/2002

Instituição: Escola Paulista de Medicina-UNIFESP/SP

Curso: ACLS- Período: Junho/2004

Títulos

Especialista em Cirurgia-MEC/AMB.1984.

Especialista em Administração em Sistema de Saúde.SBAM/AMB.1997.

Especialista em Medicina do Trabalho-USP/CRM-SP/Ministério do Trabalho.1999/2000.

Especialista em Saúde Pública.Universidade de Ribeirão Preto/SP.2000/2001 .

Sociedades Médicas

Vice-Presidente Sociedade Mineira de Infectologia (fundador)

Presidente da Sociedade Pernambucana de Infectologia (fundador)

Membro da Sociedade Brasileira de Infectologia

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL:

Hospital Municipal Campo Limpo

Período: 03/1993 A 02/1996

Última posição na empresa: Médico Socorrista e Diretor Clínico

Atribuições e realizações: Médico Plantonista de Pronto Socorro

Hospital Municipal Campo Limpo

Período: 03/1998

Última posição na empresa: Médico Plantonista UTI

Atribuições e realizações: Médico Plantonista UTI

Hospital Evaldo Foz

Período: 10/2006 – 12/2008

Última posição na empresa: Coordenador UTI e Médico Clinico

Atribuições e realizações: Coordenador Administrativo e Médico Plantonista

Hospital Santa Marina e Plano de Saúde Santa Marina

Período: 11/2008 a 03/2011

Última posição na empresa: Coordenador UTI e Diretor Interno Hospitalar e Diretor Técnico Plano Saúde Santa Marina

Atribuições e realizações: Coordenador Administrativo e Médico Plantonista

Hospital Santa Mônica-Hospital Geriátrico

Período: 03/2010 a 02/2011

Última posição na empresa: Médico Clínico Coordenador

Atribuições e realizações: Coordenador Clinico das Enfermarias SUS e Articulares / Convênios. Médico Clínico Diarista

Atividades Atuais:

Hospital Personal Geriátrico da Mooca

Médico Diretor Clínico –Geriatra Diarista

Data entrada: jan. /2011

Obs. Atividade diária 4hs pela manhã

Hospital São Camilo de Carapicuíba

Médico Plantonista da UTI

Data entrada: out/2010, até Data saída:31/01/2012

Obs. Atividade como plantonista Dom 24hs-15/15dias

Hospital SPDM de Barueri

Médico Plantonista da UTI

Data entrada: set/2011

Obs. Atividade como plantonista Sexta 12hs- semanal

Diferenciais de Experiência profissional

Médico Clínico, Médico Intensivista - Especialista em Saúde Pública, Administração de Sistema de Saúde PROASA/FGV.

Médico Clínico Gestor- Experiência em pacientes de alta complexidade, Hospital de Suporte Clínico e Retarguarda, Home Care

Cursos de Atualização:

SAVIC – Suporte Avançado de Vida em Insuficiência Cardíaca, junho 2008, Centro de Convenções Ulysses Guimarães, Brasília-DF, II Congresso Brasileiro de Atenção às Urgências;

AVC – Acidente Vascular Cerebral, junho 2008, Centro de Convenções Ulysses Guimarães, Brasília-DF, II Congresso Brasileiro de Atenção às Urgências;

ACLS – Advance Cardiologic Life Suport, outubro 2008, São Paulo-SP, SBC (Sociedade Brasileira de Cardiologia);

TENUTI – Terapia Nutricional em UTI, 3 e 4 de outubro 2008, São Paulo-SP, Associação de Medicina Intensiva Brasileira – AMIB;

CITIN – Imersão em Terapia Intensiva Neurológica, 6 e 7 de fevereiro 2009, São Paulo-SP, Associação de Medicina Intensiva Brasileira – AMIB;

Curso de Via Aérea Difícil (VAD), 24 de abril 2010, 8 horas, Centro de Simulação Realística do Hospital Albert Einstein, São Paulo-SP, promovido pelo Treinamento em Saúde – CESAS do Instituto Israelita de Ensino

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NA ÁREA ADMINISTRATIVA

Instituição: Golden Croos Assistência Internacional de Saúde
Cargo: Chefe de Auditoria Médica, Chefe de Contas Médicas e Gerente Técnico
Período: De 27/04/1989 á agosto/1992

Instituição: IGASE- Rede Própria de Hospitais e Centros Clínicos da Golden Crooss- Hospital Paulistano de São Paulo

Cargo: Gerente Clínico, Diretor Clínico e Responsável Técnico Médico da Rede IGASE (Rede de Hospitais e Centro Médicos Próprios) SP

Período: De setembro de 1992 a 15/06/1997

Instituição: APS Administração de Serviços de Saúde-Prestador Serviços de Auditoria Médica para BRADESCO e LINCX

Cargo: Coordenador Médico de auditoria interno e Analista de Contas Hospitalares no Hospital Israelita Albert Einstein de São Paulo (Experiência com prontuário eletrônico e digitalização de documentação na área de hospital e plano de saúde).

Período: De 01/03/2002 a 01/02/2006

Instituição: Hospital Adventista de São Paulo

Cargo: Médico Auditor dos Planos de Saúde Garantia de Saúde, Proasa. Responsável Técnico e Diretor Clínico e Técnico do Hospital

Período: De 01/03/2006 a 01/07/2007

Instituição: Hospital Evaldo Foz de São Paulo

Cargo: Médico Coordenador de Auditoria e Faturamento.

Período: De 01/03/2007 a 01/04/2009

Instituição: Plano de Saúde Santa Marina e Diretor Interno do Hosp. Santa Marina

Cargo: No Plano de saúde--Diretor Técnico, Coordenador da Central de Regulação e Auditor do Plano de Saúde Santa Marina. No Hospital---Coordenador UTI, Chefe Equipe Pronto Socorro, Clínico Diarista.

Período: De 01/03/2007 a 01/06/2011.

Experiências em atividade de gestão:

Coordenação do processo de (contas Médicas e Credenciamento junto ao faturamento Hospitalar e de Clínicas, Laboratórios e com negociação de preços de serviços); Vivência em controle de indicadores em ambiente hospitalar (Hospital e Prontos Atendimentos), laboratório e farmácia; Conhecimento de custos hospitalares; Vivência/conhecimento em prontuário físico e documentação médica e administrativa com utilização de sistemas integrados na gestão médica e administrativa do controle de custo; Atualização das mudanças da legislação de saúde, programas de controle de qualidade em serviços de saúde com operadora de plano de saúde.

Títulos

Especialista em Cirurgia-MEC/AMB.1984

Especialista em Administração Hospitalar-S.Camilo-1984

Especialista em Administração em Sistema de Saúde. SBAM/AMB.1997

Especialista em Medicina do Trabalho-USP / CRM-SP/Ministério do trabalho.1999/2000

Especialista em Saúde Pública. Universidade de Ribeirão Preto/SP.2000.

José Eduardo Barboza Elias

Rua Dr. Egídio Martins, 160, apt. 136, Ponta da Praia, Santos/SP.

Cep: 11030-160.

Tel.:(13) 3261-37 / 974062114 / e-mail: barbozaelias@hotmail.com

Ensino Superior (incompleto) em Administração - Universidade Santa Cecilia – 2001 a 2003

Conhecimentos

Informática (Windows, Word, Excel, Power Point, Internet).

Inglês Nível básico

CPA 10 – Ambima

Certificado – Palestra sobre vigilância Sanitária

Certificado – Palestra sobre administração Pública

Certificado – Palestra financiamento do sistema único de saúde

Certificado- Palestra sobre gestão de pessoas

Experiência Profissional

UACEP- União de Amparo a comunidade – 2017 a atual.

Diretor Financeiro

Responsável pelos pagamentos a fornecedores, pagamentos de salários dos funcionários, pagamento de impostos e administrar o recurso financeiro bancário do instituto.

Instituto Alpha de Medicina para Saúde – 2017 a atual.

Diretor secretário

Responsável em contratação de profissionais da área Médica, nas áreas clínicas, emergêncista, semi-intensevista, Pediatrias e ortopedistas, elaboração de planilhas de escalas de plantões médicas e acompanhamento *in loco* das rotinas voltadas ao projeto do Pronto Socorro Central, Infantil e Samu de Cubatão (cadastro de médicos no sistema de atendimento, acompanhamento e gerenciamento de escala de profissionais, acompanhamento de fluxo como tempo de espera, demanda nos atendimentos, Coordenação de equipe de colaboradores do Projeto sob responsabilidade do Instituto); Visitas técnicas a Unidades de saúde, Relatórios, Demais rotinas administrativas do terceiro Setor.

Instituto Brasil de Gestão Pública – 2016

Gerente de Recursos Humanos

Recrutamento de pessoas e entrevistas para cargos disponível na empresa, recebimento de documentos pessoais para registros em carteiras de trabalho, acompanhamento na jornada de trabalho e de Demais rotinas administrativas do terceiro setor.

Banco Santander – 2010 a 2015

Gerente de Pessoa Física

Atendimento ao público, captação de abertura de conta corrente, captação de Compensação de cheques por saldo, empréstimos consignados, crédito pessoal, aplicação financeira.

Banco Real S/A – 2001 a 2010

Gerente de Pessoa Física

Atendimento ao público, captação de abertura de conta corrente, captação de Compensação de cheques por saldo, empréstimos consignados, crédito pessoal e aplicação financeira.

Subgerente

Atendimento ao público, conciliação de saldo bancário diário dos clientes, apoio ao gerente de pessoas física e de gerente de pessoa jurídica (empresas) em contratos de empréstimos financeiros, compensação de cheques por saldo, cobrança e renegociação de dívidas bancárias e vendas de produtos bancários.

Tesoureiro

Responsável pela tesouraria da agência, cronograma financeiro diário e mensal, cronograma e solicitação para abastecimento de papel moeda na tesouraria, abastecimento e recolhimento de papel moeda em caixas eletrônicos, responsável pelos escriturários caixas, conferencia dos fechamentos de numerários dos escriturários caixas, fechamento e malote com papel moeda para tesouraria central, conferencia pela compensação de cheques diários (conferencia de assinaturas de cheques) e venda de produtos bancários.

Escriturário Caixa

Atendimento ao público, Recebimentos de boletos bancários, recebimentos de depósitos bancários, processamentos de malotes de empresas, arquivos e vendas de produtos.

Estagiário

Atendimento ao público, vendas de produtos bancários e arquivos. (7 meses).

Papelaria e Copiadora – 1999 a 2001

Sócio proprietário

HAMA- Administração de Bens – 1994 a 1999

Office-boy

Atendimento ao público, Pagamentos de boletos bancários, emissão de boletos bancários, vistoria de imóveis para venda e locação, visitas com clientes aos imóveis à venda ou para locação e arquivos.

LEJ - Administração de Bens – 1991 a 1993

Auxiliar de Escritório

Atendimento ao público, fechamento mensal de despesas dos condomínios, confecção de demonstrativos de balanço financeiro, emissão de boletos bancários, arquivos de documentos em gerais e pagamentos de boletos bancários.

16.2. Atestados de Capacidade Técnica

Apresentamos abaixo os Atestados de capacidade técnica da nossa entidade. Segue no anexo I desta proposta os mesmos devidamente autenticados.

ANS - N.º35.258-6

SISTEMAS
Planos de Saúde

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atesto para os devidos fins de direito, que a entidade sem fins lucrativos, INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE, com sede na Alameda Itapecuru, nº 656, Alphaville Industrial, CEP 06.454-080, Barueri, estado de São Paulo, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 14.512.229/0001- 10, prestou a contento o serviço Pré-Hospitalar de Urgência e Emergência na gestão e execução das atividades da SISTEMAS E PLANOS DE SAÚDE LTDA, no município de São Paulo, por intermédio de contrato de prestação de serviços com a CAP SERVIÇOS MÉDICOS LTDA, CNPJ; 14.016.550/0001-01, Rua Conego Antonio Lessa, 297 – Pque da Mooca, desde 14 de março de 2013 , sendo responsável pelo Atendimento de 83.000 Associados, não havendo fatos supervenientes que desabonem sua conduta técnica, dentro dos padrões de qualidade e desempenho e que cumpriu com suas obrigações, não havendo reclamação ou objeção quanto a qualidade dos produtos/serviços.

São Paulo, 10 de Janeiro de 2018.

SISTEMAS E PLANOS DE SAÚDE LTDA

CNPJ: 02.852.017/0001-00

Alberto Ferreira da Silva

ra de Carvalho, 172 - 1º / 9º / 10º andares - República - São Paulo - SP CEP 01210-010 - Tel.: (11) 3224-1200

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde
CNPJ: 14.512.229/0001-10
Endereço: Alameda Itapecurú, 645 - Alphaville - Barueri - SP CEP.: 06454-080
Telefone: (11) 4193 - 5660
E-mail: contato@alphainstituto.com.br
Site: www.alphainstituto.com.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atesto para os devidos fins de direito que a empresa **INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE**, inscrita no CNPJ sob o nº 14.512.229/0001-10, com sede na Rua Yoshimara Minamoto, nº 681, Jardim Brasília, São Paulo/SP, CEP 05847-620, é responsável pela gestão médica junto ao PRONTO SOCORRO CENTRAL, PRONTO SOCORRO INFANTIL e SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL ÀS URGÊNCIAS - SAMU por intermédio do processo administrativo nº 8450/2016, e presta adequadamente os serviços celebrados, desempenha suas atividades devidamente, atingindo todas as metas estipuladas em plano de trabalho exigidos pela Administrção Pública Municipal, não havendo quaquer registro que a desabonem quanto à sua conduta técnico-profissional.

Cubatão, 04 de outubro de 2016.

ANTONIO CARLOS FERREIRA CASTRO
Secretário Municipal de Saúde

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde
CNPJ: 14.512.229/0001-10
Endereço: Alameda Itapecurú, 645 - Alphaville - Barueri - SP CEP.: 06454-080
Telefone: (11) 4193 - 5660
E-mail: contato@alphainstituto.com.br
Site: www.alphainstituto.com.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO
ESTADO DE SÃO PAULO

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos para os devidos fins de direito, que a entidade sem fins lucrativos, **INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE**, com sede na Alameda Itapecuru, nº 656, Alphaville Industrial, CEP 06.454-080, barueri, estado de São Paulo, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 14.512.229/0001-10, prestou a contento o serviço nas unidades de Urgência e Emergência do Pronto Socorro Central "Guiomar Ferreira Roebbelen", Pronto Socorro Infantil "Enfº Joaquim Nogueira" e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, com funcionamento 24 horas, no município de Cubatão, desde 05 de agosto de 2016, por intermédio de contrato de gestão 008/2016 de 05/08/2016 a 31/01/2017, 003/2017 de 01/02/2017 a 31/08/2017 e 007/2017 de 01/09/2017 em andamento, não havendo fatos supervenientes que desabonem sua conduta técnica, dentro dos padrões de qualidade e desempenho e que cumpriu com sua obrigação, não havendo reclamação ou objeção quanto à qualidade dos produtos/serviços e quanto a liberação da garantia contratual junto à instituição financeira até a presente data.

Cubatão, 31 de outubro de 2017.

Maurici Alves dos Santos
Diretor do Departamento de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência

Andrea Pinheiro Lima
Secretária Municipal de Saúde

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde
CNPJ: 14.512.229/0001-10
Endereço: Alameda Itapecurú, 645 - Alphaville - Barueri - SP CEP.: 06454-080
Telefone: (11) 4193 - 5660
E-mail: contato@alphainstituto.com.br
Site: www.alphainstituto.com.br

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atesto para os devidos fins, que o Instituto Alpha de Medicina para Saúde, CNPJ 14.512.229/0001-10, estabelecido à Rua Yoshimara Minamoto, 681 – Jd. Brasília – São Paulo/SP, vem desenvolvendo ações de cooperação técnica-operacional ao Instituto Hygia Saúde e Desenvolvimento Social, CNPJ 00.912.784/0003-96, visando a conjugação de esforços para disponibilizar serviços publicos de saúde, de forma eficiente e de qualidade, no Hospital Municipal de Barueri, Dr. Francisco Moran, situado à Rua Ângela Mirella, 354, Vila Dom José – Barueri, CEP 06411-33, funcionando 24 horas, contando com 301 (trezentos e um) leitos, pronto-socorro, pronto atendimento e centro cirúrgico, pelo período de 08 de Agosto à 05 de Novembro de 2015.

Barueri, 11 de Novembro de 2015

NECIONITA SOUZA OLIVEIRA
Presidente

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atesto para os devidos fins, que o Instituto Alpha de Medicina para Saúde, CNPJ 14.512.229/0001-10, estabelecido à Rua Yoshimara Minamoto, 681 – Jd. Brasília – São Paulo/SP, vem desenvolvendo ações de cooperação técnica-operacional ao Instituto Hygia Saúde e Desenvolvimento Social, CNPJ 00.912.784/0003-96, visando a conjugação de esforços para disponibilizar serviços públicos de saúde, de forma eficiente e de qualidade, no Programa de Saúde da Família – PSF, situado à Rua Barão do Rio Branco, 173, Sala 02 – Centro – Aparecida, CEP 12570-970, funcionando de segunda à sexta-feira, das 07h00 às 19h00, contando estratégias de saúde da família, desde Agosto de 2015.

Barueri, 11 de Novembro de 2015

NECIONITA SOUZA OLIVEIRA
Presidente

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde
CNPJ: 14.512.229/0001-10
Endereço: Alameda Itapecurú, 645 - Alphaville - Barueri - SP CEP.: 06454-080
Telefone: (11) 4193 - 5660
E-mail: contato@alphainstituto.com.br
Site: www.alphainstituto.com.br

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atesto para os devidos fins de direito que a **empresa INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA A SAUDE**, inscrita no CNPJ sob o nº 14.512.229/0001-10, com Sede na Rua Yoshimara Minamoto, nº 681 – Jardim Brasília, São Paulo/SP, CEP 05847-620, é responsável pelo **"Projeto de Reestruturação da Assistência Ambulatorial e Hospitalar"** e atualmente tem por objeto **"Projeto de Consolidação e Qualificação da Assistencial Ambulatorial da Secretaria de Saúde do Município de Porto Santa Fé do Sul".**

Informamos ainda que os serviços estão sendo executados dentro dos padrões de qualidade e prazos acordados, sendo os resultados obtidos bastante satisfatórios, nada havendo que desabone sua conduta.

Por ser verdade este documento segue assinado por mim.

Atenciosamente.

Assinatura

Santa fé do Sul 13/03/2017

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde
CNPJ: 14.512.229/0001-10
Endereço: Alameda Itapecurú, 645 - Alphaville - Barueri - SP CEP.: 06454-080
Telefone: (11) 4193 - 5660
E-mail: contato@alphainstituto.com.br
Site: www.alphainstituto.com.br

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Roque
Hospital e Maternidade "Sotero de Souza"
Rua Santa Isabel, 186 – Centro – São Roque – SP
CNPJ: 70.945.936/0001-70

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atesto para os devidos fins, que o Instituto Alpha de Medicina para Saúde, CNPJ 14.512.229/0001-10, estabelecido à Rua Yoshimara Minamoto, 681 – Jd. Brasília – São Paulo/SP, efetuou um contrato de prestação de servicos para o Hospital e Maternidade Sotero de Souza, CNPJ 70.945.936/0001-70, com o **Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Roque Hospital e Maternidade "Sotero de Souza" Rua Santa Isabel, 186 – Centro – São Roque – SP, CNPJ: 70.945.936/0001-70**, funcionando 24 horas, no Pronto-Socorro, Maternidade e (Obstetricia e Ginecologia) contrato este que se iniciou à partir de 05 de novembro de 2015.

São Roque, 24 de Novembro de 2015

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Roque

RG: 14.302.254
CPF: 060.571.998-75

RG: 7.855.919-4
CPF: 042.467.758-00

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde
CNPJ: 14.512.229/0001-10
Endereço: Alameda Itapecurú, 645 - Alphaville - Barueri - SP CEP.: 06454-080
Telefone: (11) 4193 - 5660
E-mail: contato@alphainstituto.com.br
Site: www.alphainstituto.com.br

17. PROPOSTA ECONÔMICA - Mensal 01 a 12 meses

Meses 01 a 06

CUSTEIO	MÊS 01	MÊS 02	MÊS 03	MÊS 04	MÊS 05	MÊS 06
1- Pessoal e Reflexo						
Salários	R$ 54.432,66	R$ 54.432,66	R$ 54.432,66	R$ 54.432,66	R$ 54.432,66	R$ 54.432,66
Encargos Sociais	R$ 19.413,59	R$ 19.413,59	R$ 19.413,59	R$ 19.413,59	R$ 19.413,59	R$ 19.413,59
Provisionamento (13 e Férias)	R$ 6.695,24	R$ 6.695,24	R$ 6.695,24	R$ 6.695,24	R$ 6.695,24	R$ 6.695,24
Provisionamento (Rescisões)	R$ 4.246,69	R$ 4.246,69	R$ 4.246,69	R$ 4.246,69	R$ 4.246,69	R$ 4.246,69
Benefícios	R$ 4.133,60	R$ 4.133,60	R$ 4.133,60	R$ 4.133,60	R$ 4.133,60	R$ 4.133,60
Dissídio	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
Outros (Contratação PJ Médicos / Dentista)	R$ 63.350,00	R$ 63.350,00	R$ 63.350,00	R$ 63.350,00	R$ 63.350,00	R$ 63.350,00
Subtotal	**R$ 152.271,78**	**R$ 152.271,78**	**R$ 152.271,78**	**R$ 152.271,78**	**R$ 152.271,78**	**R$ 152.271,78**
2- Materiais de Consumo						
Material de Escritório	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00
Material de Informática	R$ 1.300,00	R$ 1.300,00	R$ 1.300,00	R$ 1.300,00	R$ 1.300,00	R$ 1.300,00
Uniformes	R$ 1.700,00	R$ 1.700,00	R$ 1.700,00	R$ 1.700,00	R$ 1.700,00	R$ 1.700,00
Material de Limpeza e Higiene	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00
Outros (Despesas Gerais / Insumos)	R$ 17.000,00	R$ 17.000,00	R$ 17.000,00	R$ 17.000,00	R$ 17.000,00	R$ 17.000,00
Subtotal	**R$ 25.000,00**	**R$ 25.000,00**	**R$ 25.000,00**	**R$ 25.000,00**	**R$ 25.000,00**	**R$ 25.000,00**
3- Serviços de Terceiros						
Serviços de Higiene e limpeza predial e da caixa d'agua	R$ 1.500,00	R$ 1.500,00	R$ 1.500,00	R$ 1.500,00	R$ 1.500,00	R$ 1.500,00
Manutenção Predial preventiva e corretiva	R$ 7.000,00	R$ 7.000,00	R$ 7.000,00	R$ 7.000,00	R$ 7.000,00	R$ 7.000,00
Locação de Imóveis	R$ 1.500,00	R$ 1.500,00	R$ 1.500,00	R$ 1.500,00	R$ 1.500,00	R$ 1.500,00
Outros (Sistema de Gestão / Suporte TI / Locação de Equipamentos / Locação Equipamentos de Informática)	R$ 25.400,00	R$ 25.400,00	R$ 25.400,00	R$ 25.400,00	R$ 25.400,00	R$ 25.400,00
Subtotal	**R$ 35.400,00**	**R$ 35.400,00**	**R$ 35.400,00**	**R$ 35.400,00**	**R$ 35.400,00**	**R$ 35.400,00**
4- Despesas Gerenciais						
Assessoria Jurídica	R$ 9.000,00	R$ 9.000,00	R$ 9.000,00	R$ 9.000,00	R$ 9.000,00	R$ 9.000,00
Assessoria Contábil	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00
Outros (Auditoria / Serviços Administrativos/ locação Veículos)	R$ 13.000,00	R$ 13.000,00	R$ 13.000,00	R$ 13.000,00	R$ 13.000,00	R$ 13.000,00
Subtotal	**R$ 25.500,00**	**R$ 25.500,00**	**R$ 25.500,00**	**R$ 25.500,00**	**R$ 25.500,00**	**R$ 25.500,00**
5- Total de Custeio (1+2+3+4)	**R$ 238.171,78**	**R$ 238.171,78**	**R$ 238.171,78**	**R$ 238.171,78**	**R$ 238.171,78**	**R$ 238.171,78**
INVESTIMENTOS						
Equipamentos Médicos-Hospitalares	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00
Mobiliários	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00
Tecnologia da Informação	R$ 3.300,00	R$ 3.300,00	R$ 3.300,00	R$ 3.300,00	R$ 3.300,00	R$ 3.300,00
Telefonia	R$ 1.350,00	R$ 1.350,00	R$ 1.350,00	R$ 1.350,00	R$ 1.350,00	R$ 1.350,00
Outros (especificar)		R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
6- Total de Investimentos	**R$ 8.650,00**	**R$ 8.650,00**	**R$ 8.650,00**	**R$ 8.650,00**	**R$ 8.650,00**	**R$ 8.650,00**
TOTAL GERAL (5+6)	**R$ 246.821,78**	**R$ 246.821,78**	**R$ 246.821,78**	**R$ 246.821,78**	**R$ 246.821,78**	**R$ 246.821,78**

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde
CNPJ: 14.512.229/0001-10
Endereço: Alameda Itapecurú, 645 - Alphaville - Barueri - SP CEP.: 06454-080
Telefone: (11) 4193 - 5660
E-mail: contato@alphainstituto.com.br
Site: www.alphainstituto.com.br

Meses 07 a 12 – Valor Total

CUSTEIO	MÊS 07	MÊS 08	MÊS 09	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12	TOTAL
1- Pessoal e Reflexo							
Salários	R$ 54.432,66	R$ 54.432,66	R$ 54.432,66	R$ 54.432,66	R$ 54.432,66	R$ 54.432,66	R$ 653.191,92
Encargos Sociais	R$ 19.413,59	R$ 19.413,59	R$ 19.413,59	R$ 19.413,59	R$ 19.413,59	R$ 19.413,59	R$ 232.963,07
Provisionamento (13 e Férias)	R$ 6.695,24	R$ 6.695,24	R$ 6.695,24	R$ 6.695,24	R$ 6.695,24	R$ 6.695,24	R$ 80.342,87
Provisionamento (Rescisões)	R$ 4.246,69	R$ 4.246,69	R$ 4.246,69	R$ 4.246,69	R$ 4.246,69	R$ 4.246,69	R$ 50.960,34
Benefícios	R$ 4.133,60	R$ 4.133,60	R$ 4.133,60	R$ 4.133,60	R$ 4.133,60	R$ 4.133,60	R$ 49.603,20
Dissídio	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
Outros (Contratação PJ Médicos / Dentista)	R$ 63.350,00	R$ 63.350,00	R$ 63.350,00	R$ 63.350,00	R$ 63.350,00	R$ 63.350,00	R$ 760.200,00
Subtotal	**R$ 152.271,78**	**R$ 152.271,78**	**R$ 152.271,78**	**R$ 152.271,78**	**R$ 152.271,78**	**R$ 152.271,78**	R$ 1.827.261,40
2- Materiais de Consumo							
Material de Escritório	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$ 24.000,00
Material de Informática	R$ 1.300,00	R$ 1.300,00	R$ 1.300,00	R$ 1.300,00	R$ 1.300,00	R$ 1.300,00	R$ 15.600,00
Uniformes	R$ 1.700,00	R$ 1.700,00	R$ 1.700,00	R$ 1.700,00	R$ 1.700,00	R$ 1.700,00	R$ 20.400,00
Material de Limpeza e Higiene	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$ 36.000,00
Outros (Despesas Gerais / Insumos)	R$ 17.000,00	R$ 17.000,00	R$ 17.000,00	R$ 17.000,00	R$ 17.000,00	R$ 17.000,00	R$ 204.000,00
Subtotal	**R$ 25.000,00**	**R$ 25.000,00**	**R$ 25.000,00**	**R$ 25.000,00**	**R$ 25.000,00**	**R$ 25.000,00**	R$ 300.000,00
3- Serviços de Terceiros							
Serviços de Higiene e limpeza predial e da caixa d'agua	R$ 1.500,00	R$ 1.500,00	R$ 1.500,00	R$ 1.500,00	R$ 1.500,00	R$ 1.500,00	R$ 18.000,00
Manutenção Predial preventiva e corretiva	R$ 7.000,00	R$ 7.000,00	R$ 7.000,00	R$ 7.000,00	R$ 7.000,00	R$ 7.000,00	R$ 84.000,00
Locação de Imóveis	R$ 1.500,00	R$ 1.500,00	R$ 1.500,00	R$ 1.500,00	R$ 1.500,00	R$ 1.500,00	R$ 18.000,00
Outros (Sistema de Gestão / Suporte TI / Locação de Equipamentos / Locação Equipamentos de Informática)	R$ 25.400,00	R$ 25.400,00	R$ 25.400,00	R$ 25.400,00	R$ 25.400,00	R$ 25.400,00	R$ 304.800,00
Subtotal	**R$ 35.400,00**	**R$ 35.400,00**	**R$ 35.400,00**	**R$ 35.400,00**	**R$ 35.400,00**	**R$ 35.400,00**	R$ 424.800,00
4- Despesas Gerenciais							
Assessoria Jurídica	R$ 9.000,00	R$ 9.000,00	R$ 9.000,00	R$ 9.000,00	R$ 9.000,00	R$ 9.000,00	R$ 108.000,00
Assessoria Contábil	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 42.000,00
Outros (Auditoria / Serviços Administrativos/ locação Veículos)	R$ 13.000,00	R$ 13.000,00	R$ 13.000,00	R$ 13.000,00	R$ 13.000,00	R$ 13.000,00	R$ 156.000,00
Subtotal	**R$ 25.500,00**	**R$ 25.500,00**	**R$ 25.500,00**	**R$ 25.500,00**	**R$ 25.500,00**	**R$ 25.500,00**	R$ 306.000,00
5- Total de Custeio (1+2+3+4)	**R$ 238.171,78**	**R$ 238.171,78**	**R$ 238.171,78**	**R$ 238.171,78**	**R$ 238.171,78**	**R$ 238.171,78**	**R$ 2.858.061,40**
INVESTIMENTOS							
Equipamentos Médicos-Hospitalares	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$ 24.000,00
Mobiliários	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$ 24.000,00
Tecnologia da Informação	R$ 3.300,00	R$ 3.300,00	R$ 3.300,00	R$ 3.300,00	R$ 3.300,00	R$ 3.300,00	R$ 39.600,00
Telefonia	R$ 1.350,00	R$ 1.350,00	R$ 1.350,00	R$ 1.350,00	R$ 1.350,00	R$ 1.350,00	R$ 16.200,00
Outros (especificar)	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
6- Total de Investimentos	**R$ 8.650,00**	**R$ 8.650,00**	**R$ 8.650,00**	**R$ 8.650,00**	**R$ 8.650,00**	**R$ 8.650,00**	R$ 103.800,00
TOTAL GERAL (5+6)	**R$ 246.821,78**	**R$ 246.821,78**	**R$ 246.821,78**	**R$ 246.821,78**	**R$ 246.821,78**	**R$ 246.821,78**	R$ 2.961.861,40

18. VALOR GLOBAL DA PROPOSTA ECONÔMICA: 12 MESES

CUSTEIO	VALOR
1- PESSOAL E REFLEXO	R$ 1.827.261,40
2- MATERIAL DE CONSUMO	R$ 300.000,00
3- SERVIÇOS DE TERCEIROS	R$ 424.800,00
4- DESPESAS GERENCIAIS	R$ 306.000,00
5- TOTAL DE CUSTEIO (1+2+3+4)	R$ 2.858.061,40
INVESTIMENTOS	R$ -
6- TOTAL DE INVESTIMENTOS	R$ 103.800,00
TOTAL GERAL	R$ 2.961.861,40

_____
Afonso Barbosa da Silva
Diretor Presidente
Instituto Alpha de Medicina para Saúde
CNPJ: 14.512.229/0001-10