

PROPOSTA TÉCNICA

SELEÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL PARA
GERENCIAMENTO E OPERACIONALIZAÇÃO DA
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DR.
GUIDO GUIDA

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2021

PROCESSO Nº 8.566/2021

Sumário

1. TÍTULO	9
2. OBJETO	9
3. APRESENTAÇÃO DA ENTIDADE	9
3.1. Qualificação Técnica	12
3.1.1. Atestados de Capacidade Técnica.....	12
3.1.2. Diretrizes Institucionais.....	12
3.2. Parcerias	26
3.2.1. Urgência e Emergência – Cubatão (Desde 2016).....	27
3.2.2. Urgência e Emergência – Mongaguá (Desde Abril 2020)	31
3.2.3. UBS/PSF – Laranjal Paulista (Desde 2018)	34
3.2.4. Saúde Mental/SRT – Franco da Rocha (2017), Francisco Morato (2018-2021) e Osasco (2018-2019).....	37
3.3. Estrutura Administrativa da Entidade	39
3.3.1. Os Dirigentes	39
3.3.2. Currículo Diretor Técnico	40
4. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO	44
4.1. História do município de Poá	44
Formação Administrativa	46
Festas Tradicionais.....	47
4.2. Perfil Demográfico	47
4.3. Perfil Sócio Econômico	48
4.3.1. Produção Econômica – PIB	49
4.3.2. Índice de Desenvolvimento Humano – IDH	50
4.3.3. Trabalho e Rendimento	52
4.3.4. Educação.....	53
4.4. Saúde do Município	54
4.4.1. Nascidos Vivos.....	54
4.4.2. Longevidade e Mortalidade	56
4.4.3. Morbidade Hospitalar de Poá	57
4.4.4. Equipamentos de Saúde de Poá	58

4.4.5.	Covid-19	59
5.	INTRODUÇÃO.....	62
5.1.	Sistema único de Saúde - SUS	63
5.2.	Rede de Urgência e Emergência (Rue).....	66
5.3.	O papel das Unidades de Saúde - Urgência e Emergência.....	81
5.4.	Referência e Contrarreferência dos Serviços de Urgência e Emergência	85
6.	CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE – PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DR. GUIDO GUIDA.....	86
6.1.	Visita técnica.....	88
6.2.	Prestação dos Serviços.....	90
6.3.	Especialidades Médicas disponíveis 24 horas	92
6.4.	Serviços a serem realizados	92
7.	ATIVIDADE	93
7.1.	Administrativos	94
7.1.1.	Recepção.....	94
7.1.2.	Serviço de Arquivamento de Prontuário	95
7.1.3.	Plantão Administrativo	96
7.1.4.	Faturamento	96
7.1.5.	Gestão	96
7.1.5.1.	Ferramentas Gerenciais.....	98
7.1.5.2.	Monitoramento de atendimento	99
	Relatórios Gerenciais	99
	Tela no Conforto Médico	106
7.2.	Assistenciais	107
7.2.1.	Sala de Acolhimento/Classificação de Risco	107
7.2.2.	Sala de Urgência/Emergência	109
7.2.3.	Salas de Observação	109
7.2.4.	Acompanhante.....	112
7.2.5.	Visitas	115
7.2.6.	Posto de Medicação.....	116
7.2.7.	Sala de Inalação	118

7.2.8.	Sala de Curativo/Sutura	119
7.2.9.	Sala de Coleta de Exames	125
7.2.10.	Consultórios	125
7.2.11.	Posto de Enfermagem.....	128
7.3.	Serviços de Apoio	128
7.3.1.	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT	128
A.	Raios-X	130
B.	Eletrocardiograma	130
C.	Exames Laboratoriais	131
7.3.2.	Atendimento do Serviço Social	136
7.3.3.	Sangue e Hemoderivados	137
7.3.4.	Farmácia.....	137
7.3.5.	Almoxarifado.....	138
7.3.6.	Dispensação de Medicamentos, Insumos e Material Médico-Hospitalar	139
7.3.7.	Expurgo, Central de Material e Esterilização.....	140
7.3.8.	Serviço de Nutrição e Dietética.....	142
7.3.9.	Serviço de Lavanderia	144
7.3.10.	Serviço de Vigilância	146
7.3.11.	Tecnologia da Informação.....	146
7.3.12.	Manutenção Predial.....	149
7.3.13.	Readequação Predial e Programação Visual	151
7.3.14.	Manutenção de Equipamentos Médicos e Hospitalares	151
•	Manutenção Preventiva.....	152
•	Manutenção Corretiva.....	152
7.3.15.	Serviço de Higiene e Limpeza	153
7.3.16.	Serviço de Remoção.....	153
7.4.	Organograma Proposto.....	156
7.5.	Fluxogramas	156
7.5.1.	Fluxograma Administrativo.....	156
7.5.2.	Fluxograma Médico e Enfermagem.....	158

7.5.3.	Fluxograma de Notificação Compulsória	166
7.5.4.	Rotinas, Procedimentos e Fluxogramas para Biossegurança.	170
7.6.	Protocolos.....	172
7.6.1.	Protocolos Clínicos em Urgência e Emergência.....	172
7.6.2.	Protocolo de Acolhimento:.....	173
7.6.3.	Abordagem inicial do paciente grave nas Unidades de Pronto Atendimento.....	174
7.6.4.	Identificação de Situações de Maior Gravidade.	175
7.6.5.	Manejo Inicial de Pacientes Potencialmente Graves.....	175
7.6.6.	Parada Cardiorrespiratória - PCR	181
7.6.7.	ECG/Bradiarritimias	185
7.6.8.	Dor Torácica	188
7.6.9.	Insuficiência respiratória aguda	196
7.6.10.	Crise hipertensiva / edema agudo de pulmão.....	200
7.6.11.	Emergências Hipertensivas	203
7.6.12.	Taquicardias	210
7.6.13.	Emergência Neurológica-AVC/ Coma/ Cefaleia	215
7.6.14.	Protocolo de Atendimento do Paciente em Coma	221
7.6.15.	Protocolo de Atendimento a Pacientes com Cefaleia na Unidade de Emergência	226
7.6.16.	Atendimento ao Traumatizado.....	230
7.6.17.	Contusão miocárdica	257
7.6.18.	Choque séptico	257
7.6.19.	Considerações sob Hemorragia digestiva alta	260
7.6.20.	Trauma Torácico	266
7.6.21.	Tamponamento cardíaco.....	271
7.6.22.	Trauma Cranioencefálico	273
7.6.23.	Abdome agudo.....	290
7.6.24.	Transporte do paciente crítico.....	299
7.6.25.	Diarreia Aguda	302
7.6.26.	Fluxograma de atendimento de pneumonia adquirida na comunidade em adultos	312
7.6.27.	Dengue.....	314
7.6.28.	Gripe H1N1.....	321

7.6.29.	Protocolos Pediátricos em Urgência e Emergência	334
7.6.30.	Protocolos Assistenciais de Notificação Compulsória	358
7.6.31.	Protocolo Antirrábico – Raiva Humana.....	364
7.7.	Atendimento Covid – 19.....	369
7.7.1.	Fluxo COVID-19	370
7.8.	Legislação e Normas Sanitárias – Urgência e Emergência	371
8.	RECURSOS HUMANOS	371
8.1.	Apresentação.....	371
8.2.	O conceito de competência	375
8.3.	Esferas de excelência no setor de Recursos Humanos	376
8.3.1.	Excelência na liderança	376
8.3.2.	Excelência nas transações.....	376
8.3.3.	Excelência nas soluções	376
8.3.4.	Excelência em talentos	377
8.3.5.	Excelência nos resultados	377
8.4.	Melhorar indicadores de RH.....	378
8.5.	Gestão de pessoas	380
8.5.1.	Comunicação como benefício da gestão de pessoas.....	381
8.5.2.	Motivadores.....	382
8.5.3.	Clima Organizacional.....	382
8.5.4.	Desenvolvimento de Liderança.....	383
8.5.5.	Gestão de Talentos	384
8.6.	Recrutamento e Seleção.....	389
8.6.1.	Recrutamento & Seleção - Processo Público	391
8.7.	Política de Recursos Humanos.....	395
8.7.1.	Regimento de Enfermagem	396
8.7.2.	Regimento Interno Institucional	413
8.8.	Controle de Ponto	423
8.9.	Avaliação do Colaborador.....	426
8.10.	Clima Organizacional.....	431
8.11.	Absenteísmo	435

8.12.	Gestão de Recursos Humanos e Educação Permanente.....	438
8.12.1.	Sobre a Educação Permanente e Continuada.....	438
8.12.2.	Resultados Esperados da Educação Permanente e Continuada.....	440
8.12.3.	Recursos a serem utilizados.....	447
8.12.4.	Plano anual de Educação Permanente para Urgência e Emergência.....	448
8.12.5.	A gestão de pessoal e a qualidade.....	450
8.12.6.	Qualidade no serviço: esforço de todos.....	453
8.12.7.	Sugestão de Temas a serem trabalhados.....	454
8.13.	Saúde Do Trabalhador.....	456
8.13.1.	Os EPI's (Equipamentos de Proteção Individual).....	456
8.13.2.	Os EPC's (Equipamentos de Proteção Coletiva).....	457
8.13.3.	PCMSO.....	457
8.13.4.	Política de Segurança no Trabalho e Prevenção de Acidentes.....	458
8.13.5.	Programa de Prevenção de Riscos à Saúde do Trabalhador.....	459
8.13.6.	PPP - Perfil Profissiográfico Previdenciário.....	470
8.13.7.	Elaboração e Implantação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional.....	504
8.14.	Quadro de RH.....	508
8.14.1.	Dos perfis.....	511
9.	QUALIDADE.....	520
9.1.	Política de Humanização.....	520
9.2.	Acolhimento com Classificação de Risco.....	525
9.3.	Comissões (Metodologia, ferramentas e cronograma de implantação).....	537
9.3.1.	Comissão de Revisão de Prontuários.....	538
9.3.2.	Comissão de Ética Médica.....	544
9.3.3.	Comissão de Ética de Enfermagem.....	557
9.3.4.	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA.....	561
9.3.5.	Comissão de Óbito.....	562
9.3.6.	Núcleo de Segurança ao Paciente.....	568
	HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS.....	570
	PREVENÇÃO POR ÚLCERA DE PRESSÃO - REALIZAÇÃO DE MUDANÇA DE DECÚBITO.....	572
10.	METAS E INDICADORES.....	580

10.1.	Indicadores.....	580
10.2.	Metas Quantitativas e Qualitativas.....	581
11.	NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	582
11.1.	Sistema de Implantação de Risco.....	583
11.2.	Ações Preventivas e Corretivas – Monitoramento.....	584
12.	PROPOSTA DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO E PESQUISA DE SATISFAÇÃO.....	584
12.1.	Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU).....	584
12.2.	Pesquisa de Satisfação ao Usuário.....	585
12.3.	Informação ao Usuário/Familiar.....	590
13.	PIANO DE CONTINGÊNCIA PARA UNIDADE DE SAÚDE.....	591
13.1.	Plano de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde – PGRSS.....	592
13.1.1.	Plano de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde.....	594
13.1.2.	Etapas Do Manejo Dos Resíduos.....	597
13.1.3.	Caracterização De Resíduos.....	597
13.1.4.	Classificação dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS).....	599
13.1.5.	Incompatibilidade Química.....	606
13.1.6.	Resolução conama nº 358, de 29 de abril de 2005.....	610
13.1.7.	Fluxo interno de coleta de resíduos.....	621
14.	COMPRAS DE EQUIPAMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES, MEDICAMENTOS, SERVIÇOS E INSUMOS.....	665
14.1.	Logística de suprimentos.....	666
14.2.	Aquisições de Bens e Serviços.....	667
14.2.1.	Modelo de Regulamento de compras e contratações.....	667
15.	PROPOSTA FINANCEIRA.....	688
16.	ANEXOS.....	689

1. TÍTULO

Seleção de organização social para gerenciamento e operacionalização da Unidade Pronto Atendimento Municipal Dr. Guido Guida.

2. OBJETO

O presente trabalho tem como objetivo apresentar subsídios para manter o atendimento de Urgência e Emergência no Município de Poá, com prestação gratuita e universal dos serviços de atenção à saúde aos usuários, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e conforme o Edital deste chamamento.

Este projeto possui cobertura para atender à demanda do Pronto Atendimento Municipal Dr. Guido Guida por meio de Contrato de Gestão, através da oferta de mão de obra médica conforme estipulado no termo de referência.

3. APRESENTAÇÃO DA ENTIDADE

O Instituto Alpha de Medicina para Saúde é uma Organização da Sociedade Civil (OSC), sem fins lucrativos, capacitada para desenvolver junto a órgãos públicos e privados, projetos variados visando gerenciamento das seguintes áreas de atuação:

- Saúde
- Educação
- Esporte
- Cultura
- Meio ambiente.

Suas atividades tiveram início em 24 de agosto de 2011.

Atua em parcerias cujo foco é o alcance dos resultados e objetivos em sua integralidade, tendo como base a legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e eficiência.

Utiliza em seus Processos:



A Entidade é regulamentada pelas Leis 13.019/14, 9637/98 e demais legislações pertinentes.

SUA MISSÃO:

Promover a qualidade de vida e o bem estar social da comunidade.

VISÃO:

Ser reconhecido como agente de transformação da sociedade, através do seu modelo de gestão, excelência na qualidade do atendimento e humanização.

VALORES:

Respeito
Profissionalismo
Ética

Integridade
Empatia

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.

SEDE ADMINISTRATIVA

Infraestrutura física e tecnológica localizada na Rua Amador Bueno, nº333 - CJ. 1703, Centro, Santos /SP.

Conta com equipe qualificada nos setores, administrativo, jurídico, Recursos Humanos, Financeiro, Técnico.



A fim de acompanhar de perto a rotina, bem como as ações tomadas no que tange ao desempenho de cada Projeto, faz parte da rotina da equipe da sede, entre

outras demandas: Visitas nas unidades, reuniões semanais com as equipes gestoras de cada projeto; Acompanhamento de resultados das metas; Acompanhamento da satisfação dos usuários, desempenho dos funcionários entre outras informações essenciais para o bom funcionamento das unidades administradas pela nossa equipe.

3.1. Qualificação Técnica

3.1.1. Atestados de Capacidade Técnica

Os atestados de capacidade técnica da entidade, bem como os contratos de Gestão, seguem no anexo I desta proposta.

3.1.2. Diretrizes Institucionais

CAPÍTULO I - DAS FINALIDADES.

Artigo 1º - As Unidades de saúde médico/Hospitalares, geridas pela Organização Social de Saúde Alpha Instituto, seja em situações de urgência/emergência, atendimento primário à saúde e/ou demais atividades serão orientadas pelas normativas ora elaboradas, disciplinadas pelo presente Regimento Interno, pela legislação brasileira e em estrita observância aos princípios éticos e morais, e deverão funcionar de forma a disciplinar as normas e rotinas, visando à organização e o bom funcionamento dos serviços, garantindo promoção, prevenção, recuperação e reabilitação a saúde da população, atendendo aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único - O Instituto Alpha é responsável pela operacionalização da gestão e execução das atividades de assistência à saúde em unidades vinculadas ao Sistema Único de Saúde e em estrita observância ao cumprimento integral do Contrato de Gestão firmado com ente Estadual ou entes municipais. O presente Regulamento interno voltado ao atendimento à saúde poderá ser aplicado aos funcionários dos órgãos e/ou entidades (públicas ou privadas) com os quais o Instituto venha a firmar contrato,

termo ou qualquer instrumento jurídico, ficando a critério do ente público a adoção.

Artigo 2º - Para a consecução de seus objetivos cabe ao Departamento de Saúde:

- I - Prestar assistência médica;
- II- Colaborar com as instituições de ensino no desenvolvimento de tecnologias assistenciais, educativas e operacionais;
- III - Servir de referência nas áreas de Tecnovigilância e Farmacovigilância, e outros itens voltados para segurança do paciente.

Artigo 3º - As instalações, equipamentos, valores e demais recursos ou bens que lhe sejam destinados são de responsabilidade administrativa e operacional.

CAPÍTULO II DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL, COMPOSIÇÃO E ATRIBUIÇÕES

Artigo 4º. - Atendendo as determinações do CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM e em decorrência as emanadas pelo CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO – CREMESP que através das Resoluções 1481/97 e 134/2006 estabelecem a obrigatoriedade da elaboração dos respectivos REGIMENTOS INTERNOS e as responsabilidades dos diversos agentes que devem viabilizá-los, bem como obedecendo às normas legais que dispõem sobre o tema, a ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE ALPHA dentro do presente REGIMENTO INTERNO estabelece os diversos setores e ou agentes que desenvolverão suas atividades:

- I Direção Técnica;
- II Direção clínica;
- III Gerência Administrativa;
- IV Coordenador Geral;
- V Coordenador Enfermagem.

Artigo 5º. - Serão constituídas ainda Comissões Permanentes como órgãos auxiliares da Unidade Hospitalar.

Parágrafo Único: As Comissões Permanentes constituídas possuem os seus respectivos

Regimentos que estabelecem as normas para o seu funcionamento e a existência das mesmas em cada unidade onde forem exigidas, conforme necessidade, perfil da unidade e previsão contratual.

Artigo 6º. - Às Comissões compete estudar os planos e situações apresentadas à sua consideração, devendo ser propostas sugestões e relatados os processos submetidos à sua apreciação.

CAPÍTULO III - DA DIREÇÃO TÉCNICA:

Artigo 7º- O Diretor Técnico é um médico contratado pela direção geral da instituição, para assessorá-la em assuntos técnicos. Ele é o principal responsável pelo exercício ético da Medicina no estabelecimento médico/instituição, não somente perante o Conselho, como também perante a Lei. O Diretor Técnico tem como incumbência, além de assegurar condições adequadas de trabalho e os meios imprescindíveis a uma boa prática médica, supervisionar e coordenar todos os serviços técnicos desenvolvidos no estabelecimento de saúde, além de observar o cumprimento das normas em vigor, devendo, ainda, assegurar o funcionamento pleno e autônomo das Comissões de Ética Médica da instituição. Ademais, nos termos do artigo 28 do Decreto nº 20.931/32, a existência do cargo de Diretor Técnico é obrigatória em qualquer organização hospitalar ou de assistência médica, sendo ele o principal responsável pelo funcionamento da instituição, nos termos do artigo 11 da Resolução CFM nº 997/ 80 e, servir como interlocutor junto ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

Artigo 8º - Compete ainda a diretoria técnica:

I - Aprovar os planos globais de ação para o atendimento à saúde;

II - Fazer cumprir o presente Regimento Interno e suas eventuais modificações; III -

Aprovar os regimentos internos do Corpo Clínico e demais prestações de serviços;

IV - Aprovar as especificações técnicas para os contratos necessários ao desenvolvimento dos serviços hospitalares;

V - Aprovar a execução de projetos eventualmente apresentados;

VI - Avaliar os relatórios de gestão e desempenho das atividades desenvolvidas;

VII - Deliberar sobre as normas de organização e de administração do prontuário do paciente e do tratamento e utilização dos sistemas de tecnologia da informação em Saúde aplicáveis a Instituição;

VIII - Deliberar sobre a implantação, desenvolvimento e utilização de equipamentos e de tecnologia técnico-médica no âmbito da Instituição; e

IX - Prestar contas mensal e semestralmente ao Instituto.

CAPÍTULO IV - DA DIREÇÃO CLÍNICA:

Artigo 9º. - Os serviços médicos serão dirigidos por um médico do Corpo Clínico e Acumulará também o cargo de Diretor Clínico.

Artigo 10. – A escolha do Diretor Clínico se dará através de eleição e por período TRIENAL

Artigo 11. – Compete ao Diretor Clínico:

I – Reger e coordenar as atividades médicas

II – Presidir as reuniões do Corpo Clínico

III – Zelar, supervisionar e ressaltar responsabilidade profissional, ética, ordem,

disciplina e o cumprimento do Código Brasileiro de Deontologia Médica

IV – Fazer executar as disposições deste Regimento Interno

V – Em conjunto com o Diretor Administrativo, fixar de acordo com os serviços médicos, os horários e funcionamento das atividades médicas

VI – Representar o Estabelecimento de Saúde em suas relações com autoridades sanitárias Municipais de Saúde, quando for convocado

VII – Comparecer as reuniões da Direção Administrativa e da Secretaria Municipal de Saúde, quando for convocado

VIII – Encaminhar ao Diretor Administrativo, as sugestões para o bom andamento do setor e pedidos de recursos humanos e materiais

IX – Zelar pelo correto e completo preenchimento do prontuário, laudos para emissão de A.I.H.S, deixando em conformidade com as exigências do SUS e outros documentos relativos aos assistidos.

X – Promover discussões de casos clínicos entre os membros do corpo clínico e equipe de enfermagem, visando melhoria assistencial.

XI – Promover e incentivar o espírito científico, de colaboração e apoio aos membros de toda equipe de saúde.

XII – Orientar os recém-contratados, integrando-os a rotina de trabalho do Estabelecimento de Saúde.

Artigo 12- Aos membros do Corpo Clínico compete realizar suas atividades conforme as diretrizes e determinações da Diretoria Técnica e Clínica.

I - O Corpo Clínico dos Estabelecimentos de Saúde serão composto de profissionais médicos, que terão as responsabilidades pela assistência médica e social aos pacientes que procurarem a instituição ou que a ela sejam encaminhadas, respeitando os princípios do SUS.

II - Assiduidade aos trabalhos

111- Cumprir corretamente as escalas de serviços

IV - Ter o comportamento rigorosamente ético

V - Encaminhar a direção às sugestões e as reclamações observadas

VI - Zelar por todos os bens móveis e imóveis da Unidade

VII - Preencher os prontuários, seja físico ou remoto, atender aos pacientes sobre sua responsabilidade.

Artigo 13. – Os Documentos exigidos para a contratação do Profissional, para compor o quadro de Corpo clínico da Unidade são:

I - Documentos comprobatórios de sua formação profissional

II - Registro no C.R.M. (Conselho Regional de Medicina) do Estado de São Paulo

III - Indicação de sua especialidade ou outra que deseje atuar, devendo constar os títulos ou provas de realização dos cursos de especialização.

CAPÍTULO V - DA GERENCIA ADMINISTRATIVA:

Artigo 14- A Gerência administrativa é responsável pelo direcionamento, controle e avaliação de todos os serviços não médicos/assistenciais desenvolvidos, incluídos os serviços de enfermagem, paramédicos, Recepção, Recursos Humanos, Contas Médicas e Suprimentos (Compras, Almoxarifado e Farmácia).

Parágrafo único: Os demais serviços como: serviços de Segurança e Portaria, Higiene e Limpeza, Lavanderia, Manutenção e Patrimônio, Tecnologia da Informação, Telefonia e Fornecimento da Alimentação, poderão ser de responsabilidade da Prefeitura Municipal de Saúde a qual são representados ou diretamente pelo Contrato de Parceria Público-Privada (PPP), estando sob a supervisão da Gerência Geral e Diretoria Administrativa.

Artigo 15. - Os serviços de Laboratório de Análises Clínicas e Radiologia serão supervisionados pela Diretoria Técnica e ou Órgão Público.

Artigo 16. - Compete ainda a Gerencia Administrativa:

I - Planejar, programar, coordenar e acompanhar as atividades a serem cumpridas no atendimento à saúde;

II - Cumprir e fazer cumprir as normas e instruções específicas do estabelecimento de Saúde em execução, bem como as legislações aplicáveis e expedir ordens e instruções de serviços;

III - Liderar e Comparecer às reuniões de Diretoria na qualidade de elemento esclarecedor dos assuntos relacionados às questões administrativas;

IV - Assinar a documentação referente aos Estabelecimentos de Saúde

V - Desenvolver tarefas correlatas necessárias ao desenvolvimento do estabelecimento de saúde como órgão didático, científico (RESIDÊNCIA MÉDICA) e de assistência médico-social.

I - Promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;

II – Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;

III – Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos, propondo ações preventivas e corretivas;

IV – Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do paciente em Serviços de Saúde;

V – Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

VI – Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;

VII – Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;

VIII – Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;

- IX – Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- X – Compartilhar e divulgar a direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XI – Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XII – Manter sob sua guarda e disponibilizar a autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos; e
- XIII – Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.
- XIV- Manter cadastro das pessoas jurídicas cadastradas.

CAPÍTULO VI - DA COORDENAÇÃO GERAL:

Artigo 17. Compete a Coordenação Geral: A Coordenação Geral compreende a Coordenação das Equipes Administrativas e Operacionais.

- I - Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno;
- II - Supervisionar e Coordenar as atividades que lhe são subordinadas;
- III - Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;
- IV - Assegurar condições dignas de trabalho;
- V - Definir, organizar, supervisionar e avaliar as atividades operacionais das unidades;
- VI - Garantir que o prontuário de cada paciente seja arquivado de maneira adequada;
- VII- Planejar as ações para atingir os propósitos;
- VIII - Solucionar eventuais problemas de ordem legal;
- IX - Assegurar que as informações necessárias fluam para a equipe de trabalho;
- X - Zelar e ressaltar, na equipe de trabalho, o sentimento de responsabilidade profissional;
- XI - Desenvolver o espírito de crítica científica;

- XII - Elaborar o Regimento específico de cada área administrativa e operacional sob sua subordinação e divulgá-lo, para que sejam cumpridos com o necessário rigor;
- XIII - Encaminhar as informações de caráter legal ao Setor Jurídico do Instituto Alpha;
- XIV - Participar das reuniões da Diretoria, quando convocada;
- XV - Levar à Diretoria as questões que, por motivo de complexidade, dificuldade ou responsabilidade, necessitem do parecer de uma instância superior;
- XVI - Fiscalizar a organização de cada Departamento ou Serviço sob sua subordinação;
- XVII - Promover reuniões com as lideranças dos setores subordinados para harmonizar os interesses das diferentes áreas.
- XVIII - Planejar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades;
- XIX - Administrar o fluxo do atendimento e propor incorporações de novas ações desde que dentro das limitações orçamentárias;
- XX- Examinar projetos e propostas feitos pelos diversos setores para avaliar a sua real necessidade;
- XXI - Desenvolver plano de trabalho integrado com as demais áreas;
- XXII - Manter arquivo de toda documentação comprobatória dos serviços contratados;

CAPÍTULO VII - DA COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM:

Artigo 18.- A Coordenação de Enfermagem compreende a Coordenação das Equipes de Enfermagem e do serviço de enfermagem.

Parágrafo único: Os serviços da Central de Esterilização de Materiais deverão respeitar as diretrizes e protocolos seja de responsabilidade do Órgão Público ou privado, estando sob a supervisão da Gerência de Enfermagem e Diretoria Administrativa.

- I - Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno;
- II - Supervisionar e Coordenar as atividades que lhe são subordinadas;
- III - Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;
- IV - Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática de enfermagem;

- V - Definir, organizar, supervisionar e avaliar as atividades de assistência de enfermagem aos pacientes;
- VI - Descrever o histórico, exame físico, diagnóstico e a prescrição de enfermagem dos pacientes atendidos;
- VII - Garantir que o prontuário de cada paciente seja preenchido de forma clara e objetiva seja físico ou remoto;
- VIII - Registrar em prontuário ou remoto a prescrição de enfermagem e sua evolução;
- IX - Planejar as ações para atingir os propósitos;
- X - Solucionar eventuais problemas de ordem legal;
- XI - Assegurar que as informações necessárias fluam para a equipe de trabalho;
- XII - Prover as condições necessárias ao trabalho da Comissão de Ética de Enfermagem;
- XIII - Zelar e ressaltar, na equipe de trabalho, o sentimento de responsabilidade profissional;
- XIV - Desenvolver o espírito de crítica científica;
- XV - Elaborar o Regimento específico de cada área assistencial sob sua subordinação e divulgá-lo, para que sejam cumpridos com o necessário rigor;
- XVI - Disciplinar a liberação de informações ao público em relação aos cuidados de enfermagem prestados aos pacientes, consultando, se necessário, a Comissão de Ética de Enfermagem;
- XVII - Encaminhar as informações de caráter legal ao Setor Jurídico do Instituto Alpha;
- XVIII - Participar das reuniões da Diretoria direção, quando convocada;
- XIX - Levar à Diretoria as questões que, por motivo de complexidade, dificuldade ou responsabilidade, necessitem do parecer de uma instância superior;
- XX - Manter atualização constante em relação às atividades científicas desenvolvidas dentro da Instituição e submetê-las, sempre que necessário, à avaliação da Comissão de Ética de Enfermagem;
- XXI - Fiscalizar a atuação profissional sob sua subordinação, de modo a coibir eventuais transgressões éticas ou técnicas;
- XXII - Fiscalizar a organização de cada Departamento ou Serviço sob sua subordinação;

- XXIII - Promover reuniões com as lideranças dos setores subordinados para harmonizar os interesses das diferentes áreas.
- XXIV - Planejar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades de enfermagem;
- XXV - Administrar o fluxo do atendimento e propor incorporações de novas ações desde que dentro das limitações orçamentárias;
- XXVI- Examinar projetos e propostas feitos pelos diversos setores para avaliar a sua real necessidade;
- XXVII - Desenvolver plano de trabalho integrado com as demais áreas;
- XXVIII - Manter arquivo de toda documentação comprobatória dos serviços contratados;
- XXIX- Quando solicitado, emitir pareceres sobre a dinâmica do atendimento;

Artigo 19.- Ao Serviço de Enfermagem compete:

- I - Acolher os pacientes em situação de emergência e realizar a classificação de risco, atendendo as orientações da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS;
- II - Ministrando os primeiros cuidados, conforme a classificação de risco;
- III - Executar prescrições médicas e tratamentos;
- IV - Manter o material, equipamento e medicamentos de emergência com estoque suficiente e em condições que possibilitem uso imediato; e
- V - Registrar as atividades realizadas.

Artigo 20. – Podem ainda compor as unidades de saúde geridas pelo Instituto, conforme disposições legais da localidade onde está instalada, e ou provenientes de outros órgãos, e ainda de acordo com os critérios de necessidade e viabilidade, além do já estipulado, os seguintes serviços e departamentos:

Artigo 21.- Serviço de Atendimento ao Usuário, a quem compete:

- I - Estreitar a relação entre os usuários do Estabelecimento de Saúde, a Instituição e os profissionais de saúde;
- II - Propiciar maior aproximação entre os usuários e a Instituição;

- III - Contribuir para salvaguardar os direitos e interesses dos usuários internos e externos, atuando com autonomia para apurar questões que lhes forem apresentadas;
- IV - Acolher os usuários com respeito, ouvindo seus relatos, analisando e avaliando a procedência das reclamações e sugestões, além de, quando possível e dentro de sua competência, procurar solucionar de imediato as questões trazidas;
- V - Garantir o princípio da dignidade das pessoas e de seus direitos como cidadãos, permitindo dessa forma consolidar a confiabilidade dos que procuram a assistência do Serviço de Atenção ao Usuário;
- VI - Zelar pela memória dos fatos registrados, providenciando o arquivamento dos casos concluídos de forma sigilosa e adequada;
- VII - Fornecer à Diretoria Administrativa do Estabelecimento de Saúde, relatórios mensais de demandas, encaminhamentos, reclamações e sugestões; e
- VIII - Sugerir medidas técnicas e administrativas preventivas.

Artigo 22.- Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, a quem compete:

- I - manter e avaliar um Programa de Controle de Infecções adequado às características e necessidades da Instituição para fins de atender a legislação vigente.

Artigo 23.- Serviço de Qualidade, a quem compete:

- I - promover a melhoria da qualidade dos serviços e do atendimento, por meio da coordenação e execução de ações específicas para este fim.

Artigo 24.- Serviço de Contas Médicas, a quem compete:

- I - Supervisionar, coordenar e elaborar todo tipo de fatura do SUS, apresentando-as dentro dos prazos estabelecidos;
- II - Conferir a exatidão dos prontuários, como prescrições, evoluções, exames complementares e terapias;
- III - Informar o corpo clínico e técnico-administrativo sobre os procedimentos de maior complexidade dentro das patologias dos pacientes para que os mesmos possam melhor decodificá-las, contribuindo assim para a melhoria do sistema de faturamento;

IV - Elaborar relatórios de atividades, encaminhando-os à chefia imediata para apreciação.

Artigo 25.- Departamento de Recursos Humanos, a quem compete:

- I - Realizar ações de incentivo do corpo diretivo e funcional, promovendo a satisfação e manutenção dos recursos humanos;
- II - Planejar e executar medidas que visem a manter o quadro de pessoal em condições normais de saúde;
- III - Integrar física e mentalmente os profissionais em suas funções;
- IV - Implantar e aplicar a legislação, rotinas e procedimentos referentes à administração de pessoal, medicina e segurança do trabalho;
- V - Realizar programas de treinamento e desenvolvimento de pessoal;
- VI - Desenvolver e manter um programa de comunicação interna com os funcionários;
- VII - Recrutar e selecionar novos funcionários;
- VIII - Lavrar documentos;
- IX - Prestar informações sobre a situação funcional dos funcionários.

Artigo 26- Departamento de Serviço Social, a quem compete:

- I - Prestar orientação social aos pacientes e familiares;
- II - Realizar atendimento individualizado, utilizando como instrumentos a entrevista e o parecer social;
- III - Registrar em prontuário a história e o parecer social;
- IV - Realizar encaminhamentos à rede de instituições de serviços existentes, tais como: Conselhos Tutelares e de Direitos, Delegacias Especializadas, Ministério Público, Secretarias (de Saúde, Assistência Social e Direitos Humanos), CRAS, entre outras;
- V - Implantar programa de esclarecimentos e desenvolver trabalho em conjunto com a equipe interdisciplinar;

- VI - Manter articulação com instituições e movimentos sociais;
- VII - Desenvolver pesquisas, projetos e programas sociais;
- VIII - Elaborar, coordenar e realizar palestras, congressos, seminários e cursos voltados aos profissionais e usuários; e
- IX - Apoiar a emissão das certidões de nascimentos das crianças eventualmente nascidas na Instituição.

CAPÍTULO VIII – DOS PACIENTES

Artigo 27. – Com relação aos pacientes que se encontrarem no serviço de emergência, estes somente permanecerão nesse serviço, o tempo necessário ao recebimento dos primeiros socorros, devendo ser referidos, ao serviço ambulatorial, ao setor de informação ou outra unidade de referência, de acordo com as necessidades clínicas.

Artigo 28. - Os prontuários médicos e os documentos relacionados com a assistência dos pacientes, serão arquivados no arquivo médico e na nuvem do sistema CM de PRÓ.

Artigo 29. – Os prontuários são de propriedade do Estabelecimento de Saúde e não poderão ser retirados, salvo quando preenchidos os requisitos legais, além das medidas administrativas para tanto.

CAPÍTULO IX - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 30. - Os pacientes e seus familiares egressos no Estabelecimento de Saúde devem submeter-se às Normas da Instituição quanto às medidas de orientação, aos horários de refeição, acesso, controle de visita e acompanhante e demais normas que se façam necessárias.

Artigo 31. - Todo o pessoal que trabalhar ou exercer atividades profissionais dentro do

Estabelecimento de Saúde, com exceção dos prestadores de serviços, ficará subordinado ao presente Regimento, devendo:

- I - Cumprir o horário de trabalho, bem como as escalas de serviço aprovadas;
- II - Manter-se em seu local de trabalho, somente se ausentando por motivo de serviço devidamente autorizado ou em casos de notória necessidade;
- III - Executar os trabalhos determinados pelos seus superiores imediatos com zelo e eficiência;
- IV - Tratar com civilidade os colegas de serviço, os pacientes e demais pessoas que estiverem no Estabelecimento de Saúde;
- V - Respeitar e acatar as ordens superiores e cumprir as normas e legislações cabíveis.

Artigo 32. -O presente Regimento Interno poderá ser modificado, em todo ou em parte, em reunião convocado especialmente para este fim, que o alterará por maioria simples presente e que fixará procedimentos regimentais e anexará imediatamente a este RI.

Artigo 33. -Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela direção técnica juntamente com a gerência administrativa.

Artigo 34. - Revogam-se as disposições em contrário.

Santos, 21 de maio de 2018.

3.2. Parcerias

Todos os municípios que temos firmados Contratos de Gestão ou Termos de Colaboração são acompanhados pela nossa equipe em subsedes (escritórios administrativos locais, muitas vezes, dentro das unidades sob gestão do Instituto) equipados com todo o suporte físico e tecnológico que comporta a execução dos projetos com êxito.

A instituição pode atuar na prestação de serviços com instituições públicas e

privadas na elaboração, acompanhamento e gestão de projetos na área de Saúde: UPA, PSF, UBS, CAPS, Pronto Socorro/Atendimento, SAMU, entre outros. Estas parcerias estão devidamente corroboradas pelos atestados de capacidade técnica constantes do anexo desta Proposta.

Através de 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.

A experiência profissional dos nossos dirigentes e consultores que atuam 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.

Resumidamente apresentamos abaixo alguns dos projetos que estão sendo executados pela entidade:

3.2.1. Urgência e Emergência – Cubatão (Desde 2016)

O Instituto Alpha desenvolve a gestão das Unidades de Urgência e Emergência do Pronto Socorro Central “Guiomar Ferreira Roebbelen”, do Pronto Socorro Infantil “Enf. Joaquim Nogueira” e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU - 192.

Sua responsabilidade se reflete nos indicadores de saúde, na organização e tamanho da demanda de média e alta complexidade.

Contamos com:

- Equipe multiprofissional nas Unidades atendidas;
- Contratação de equipe assistencial por processo seletivo.
- Equipe médica nas especialidades:

- Clínico Geral
- Ortopedista
- Pediatra
- Cirurgião geral
- Cirurgião Plástico
- Semi intensivista;
- Emergencista
- Regulador – Samu;
- Socorrista – Samu;
- Ambulâncias novas e equipadas;

Contamos com ambulâncias novas, equipadas e com equipe qualificada apta a atender os diversos chamados de urgência do Município.



- Serviço de acolhimento e classificação de risco;
- Capacitação e treinamento da equipe;
- Ambientes climatizados e harmônicos;
- Infraestrutura tecnológica;
- Equipe de manutenção e suporte do sistema de atendimento;
- Gestão e acompanhamento pela equipe administrativa “in loco”.
- Sistema eletrônico em tempo real - “online”:
 - ✓ Controle Assíduo e constante no atendimento aos usuários;
 - ✓ Suporte com equipe de Tecnologia 24 horas de plantão;
 - ✓ Demanda (quantidade de pacientes na fila de espera em cada especialidade);
 - ✓ Tempo de espera;

- ✓ Escala de profissionais;
- ✓ Localização do paciente;
- ✓ Relatórios Gerenciais que permitem maior controle e economicidade com ações tomadas a partir de informações geradas na plataforma.
- ✓ Quantidade de atendimentos por especialidade;
- ✓ Quantidade de atendimentos de municípios vizinhos;
- ✓ Tempo médio de espera;
- ✓ Relatórios CID 10 (por bairro, por CID);
- ✓ Pacientes demandantes (diariamente na unidade);
- ✓ Solicitações diagnósticas (exames solicitados);
- ✓ Produtividade do Profissional;
- ✓ Análise de demanda quantitativa por período (maior movimento)
- ✓ Pesquisa de satisfação do Usuário;
- Ambiente acolhedor

Pensando no conforto dos Usuários, o Instituto realizou readequação na Unidade do Pronto Socorro Central, tornando o ambiente harmonizado, climatizado e acolhedor.



- Satisfação do usuário

Atendimento com média de 90% de satisfação dos usuários devido ao excelente serviço prestado à população.

Pesquisa de Satisfação do Usuário



- Capacitações e Educação Permanente.

São realizadas frequentemente reuniões com as equipes a fim de manter a educação permanente nas unidades. As reuniões ocorrem em todos os plantões para garantir que todos os colaboradores participem e se mantenham atualizados.

São oferecidos cursos de capacitação para equipe assistencial das Unidades. Os cursos são ocorrem em diferentes datas garantindo a participação dos colaboradores envolvidos na assistência direta ao paciente.



- Participação com os órgãos municipais de Saúde

Efetiva participação em reuniões com diferentes órgãos que compõem a saúde do município, a fim de alinhar fluxos e processos que melhorem o atendimento ao usuário dos serviços de saúde no Município.

3.2.2. Urgência e Emergência – Mongaguá (Desde Abril 2020)

O Instituto Alpha assumiu a escala médica da Upa Agenor de Campos e a gestão do Pronto Socorro Vera Cruz desde abril de 2020, passando por uma readequação e iniciando suas atividades em 06 de junho.

Responsabilizamo-nos em prestar um serviço de qualidade, acolhimento e humanização aos munícipes usuários do SUS.

Nossos serviços contam com:

- Equipe multiprofissional;
- Contratação de equipe assistencial por processo seletivo.
- Equipe médica: Emergencista e Ortopedia/ Traumatologia;
- Serviço de acolhimento e classificação de risco;
- Ambientes climatizados e harmônicos;
- Infraestrutura tecnológica;
- Equipe de manutenção e suporte do sistema de atendimento;
- Gestão e acompanhamento pela equipe administrativa “in loco”.
- Sistema eletrônico em tempo real - “online”:
 - ✓ Controle Assíduo e constante no atendimento aos usuários;
 - ✓ Suporte com equipe de Tecnologia 24 horas de plantão;
 - ✓ Demanda (quantidade de pacientes na fila de espera em cada especialidade);
 - ✓ Tempo de espera;
 - ✓ Escala de profissionais;
 - ✓ Localização do paciente;
 - ✓ Relatórios Gerenciais que permitem maior controle e economicidade com ações tomadas a partir de informações geradas na plataforma.
 - ✓ Quantidade de atendimentos por especialidade;
 - ✓ Quantidade de atendimentos de municípios vizinhos;

- ✓ Tempo médio de espera;
- ✓ Relatórios CID 10 (por bairro, por CID);
- ✓ Pacientes demandantes (diariamente na unidade);
- ✓ Solicitações diagnósticas (exames solicitados);
- ✓ Produtividade do Profissional;
- ✓ Análise de demanda quantitativa por período (maior movimento)
- ✓ Pesquisa de satisfação do Usuário;

- Ambiente acolhedor

ANTES



DEPOIS



- Participação com os órgãos municipais de Saúde

Efetiva participação em reuniões com diferentes órgãos que compõem a saúde do município, a fim de alinhar fluxos e processos que melhorem o atendimento ao usuário dos serviços de saúde no Município.

- ✓ Atendimento Eletrônico (Sistema de informação em tempo real) + Relatório analítico de toda demanda;
- ✓ Pesquisa de Satisfação (Acolhimento);
- ✓ Classificação de Risco;
- ✓ Atendimento Clínico de Urgência;

- ✓ Atendimento de Emergência (Até 3 leitos + flutuantes);
- ✓ Leitos de observação (Até 3 leitos - com acompanhantes (Se necessário ou obrigatório - IDOSO OU DEPENDENTES));
- ✓ Leito de Isolamento;
- ✓ Procedimentos (Sala para pequenos procedimentos (Sutura, curativo etc.);
- ✓ SADT (Raios-X digital, Eletrocardiograma, Exames Laboratoriais de Urgência e Emergência);
- ✓ Farmácia para dispensação interna (Medicação e administração) - Sistema Interno;



- ✓ Soroterapia e Inalação / Nebulização;
- ✓ Sala de medicação;
- ✓ Ambiente para descompressão dos colaboradores (Conforto com capa, vestuário);
- ✓ Serviços de Lavanderia, CMF e nutrição hospitalar;
- ✓ Sala de acolhimento para casos de óbito e demais situações pertinentes;
- ✓ Ações de prevenção (Através de folders e no sistema de TV na recepção);
- ✓ Reuniões semanais com equipe Alpha (Coordenação);

- ✓ Reuniões mensais com Enfermagem;
- ✓ Reuniões mensais com demais equipes;
- ✓ Contração do PCD - Plano de Contrato de Portador de Deficiência;
- ✓ Educação Permanente e Continuada;



- ✓ Reunião com departamentos de Saúde Municipal para desenvolver atividades em parceria;
- ✓ Reunião com departamentos de saúde para alinhamento de fluxos de atendimento (Ex. Pacientes mais demandantes e unidades de referências, AIDS mais demandantes);
- ✓ Fluxos para atendimentos;
- ✓ Protocolos a ser definido conforme grupos de atendimentos (Urgência e emergência);
- ✓ Sistema eletrônico para equipe de colaboradores ao acesso interno ;
- ✓ Totem de senha;
- ✓ Totem de álcool;
- ✓ Visitas constantes (Semanal) Coordenação Técnica.

3.2.3. UBS/PSF – Laranjal Paulista (Desde 2018)

Projeto de gestão de serviços nas Unidades Básicas de Saúde e Estratégia de

Saúde da Família no município de Laranjal Paulista, com atendimento especializado a fim de suprir às demandas estabelecidas em cada unidade.

Estratégia de Saúde da Família, onde os Agentes de Saúde visitam as residências, e avaliam os pontos necessários, trazendo para a Unidade as necessidades dos pacientes de cada residência.

Contamos com:

- Equipe médica nas especialidades:

- Clínico Geral
- Médico da Família
- Pediatra
- Ginecologista e Obstetra
- Equipe de Enfermagem
- Agentes de Saúde

- Recepção

Atendimentos de Fisioterapia e Atendimento de Fisioterapia Domiciliar, além dos atendimentos que acontecem nas Unidades de Saúde, também são realizados atendimentos domiciliares, aos pacientes acamados.

- Infraestrutura tecnológica

Sistema informatizado “*online*” implantado pela instituição, que conta com prontuário eletrônico, chamada via painel e fácil manuseio. Assim melhorando todo o processo que abrange os atendimentos nas Unidades;

Controle de Insumos, o sistema permite controlar os insumos utilizados nas Unidades e dos insumos entregues aos pacientes, gerando economia ao município.

- Treinamento da equipe para atendimento;

Atendimento dos Grupos de Risco, acompanhamento dos grupos de Hipertensos, Diabéticos, Gestantes, Crianças e Idosos, abordando os temas atuais, auxiliando nas

dúvidas e maneiras corretas de tratamento, orientações de utilização dos medicamentos.

- Subsede

Equipe gestora sediada em um escritório administrativo no município, cuja rotina diária nas unidades a fim de acompanhar todas as demandas “in loco”.

- Campanhas

Campanhas e palestras com a participação da população a fim de trazer o maior número de pacientes para prevenção, conscientizando-os sobre o cuidado à Saúde.



Palestras sobre obesidade Infantil nas Unidades



Evento Outubro Rosa com funcionários da indústria local



Capacitação de Colaboradores

- Calendário de Saúde

"As campanhas estimulam o cuidado preventivo de doenças. Tratar uma

enfermidade tem um custo muito maior do que as ações para evitá-la".

Em conjunto com a Secretaria de Saúde do município de Laranjal Paulista, O instituto também participa mensalmente de campanhas de prevenção de doenças que vão desde folders informativos a palestras e até mesmo campanhas de atendimento em conjunto com outros equipamentos de saúde local a fim de prevenir e conscientizar a população quanto a doenças que podem ser evitadas ou minimizadas. Ex.: Novembro azul, Outubro rosa, entre outros.

3.2.4. Saúde Mental/SRT – Franco da Rocha (2017), Francisco Morato (2018-2021) e Osasco (2018-2019)

Nestes municípios, desenvolvemos projetos em Residências Terapêuticas Tipo II, por meio de Contrato de Gestão para recebimento de pacientes com transtornos mentais, a fim de integrá-los ao convívio social, mediante cuidados terapêuticos.

São realizadas oficinas, palestras e outras atividades pertinentes ao objeto contratual.

Contamos com:

- Equipe de enfermagem nas residências terapêuticas;
- Cuidadores para o atendimento aos moradores;
- Veículos para o transporte de moradores (Projetos de Osasco e Franco da Rocha);
- Elaboração e aplicação de oficinas para reintegrar o portador de transtorno mental à sociedade;
- Algumas atividades desenvolvidas:
 - ✓ Atividades de pintura junto ao CAPS - Promovendo e reconhecendo as habilidades e criatividade;



✓ Inserção nas Políticas Públicas do Território



Compras Supermercado



Atividades ao Ar livre

✓ Participação na Luta antimanicomial



✓ Oficinas



Corte de cabelos

Oficina de Costura

3.3. Estrutura Administrativa da Entidade

O Instituto Alpha possui corpo diretivo altamente qualificado que atuará na gestão direta para o desenvolvimento das atividades na Unidade de atendimento sob sua gestão.

3.3.1. Os Dirigentes

Diretor Presidente– Adriana Coluci da Costa Marques

Diretor Técnico – Dr. Hélio da Costa Marques

Diretor Financeiro – Ana Carolina Rizzo

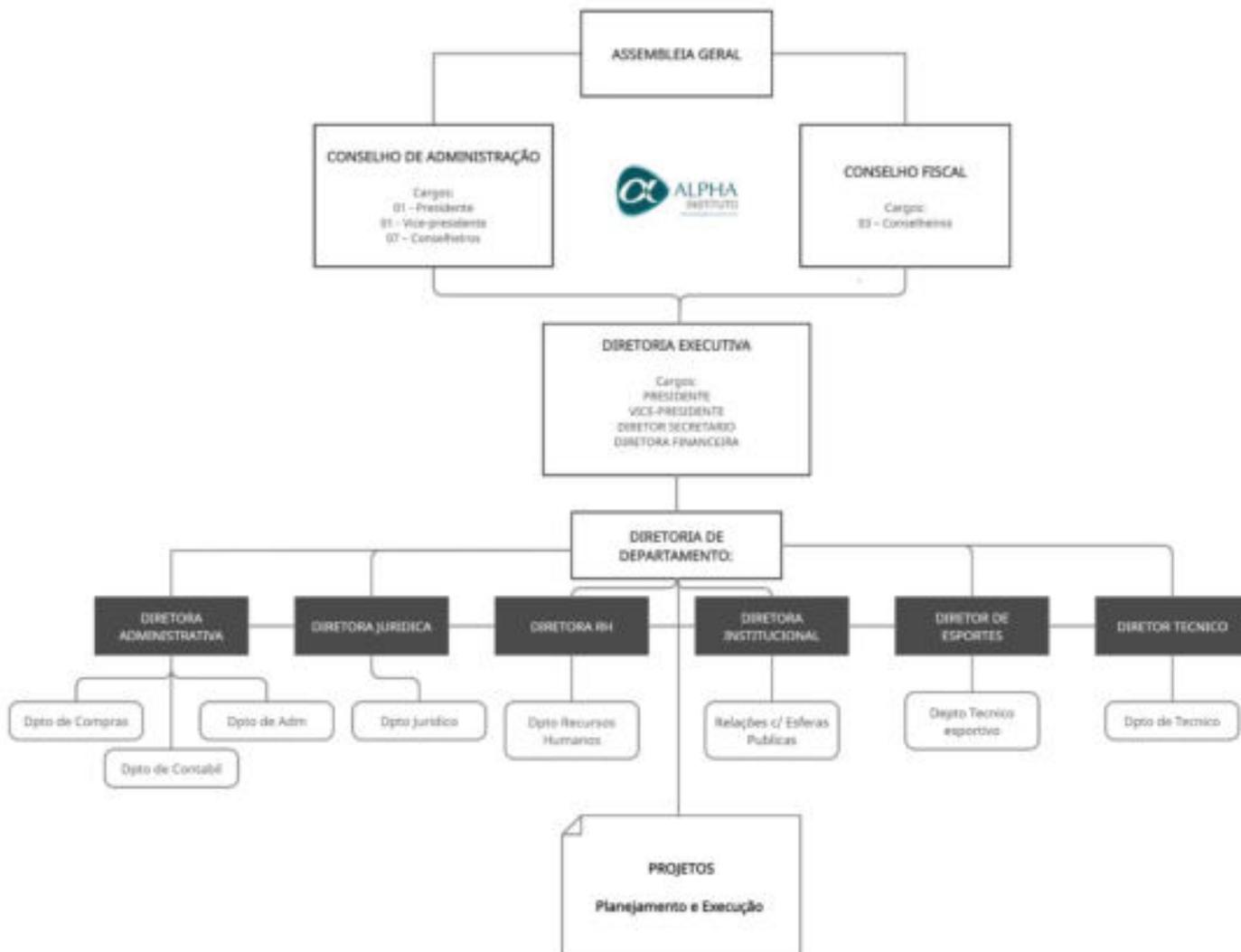
Diretor Secretário – José Eduardo Barboza Elias

Diretor Administrativo – Maria Dalvanir Nunes

Diretor Jurídico – Tielle Menezes Darros

Diretor de RH – Neide Maria Conceição

Diretor Institucional – Barbara Braw de Jesus Marques



Havendo necessidade, poderá haver inclusão/criação de outros cargos na diretoria de departamento para o projeto em questão. Ficando a critério da Entidade tal tomada de decisão, visto que não honerará o cronograma financeiro estipulado para esta rubrica.

3.3.2. Currículo Diretor Técnico

Apresentamos a seguir a qualificação do Diretor Técnico do Instituto. Segue

documentos comprobatórios no anexo III desta proposta.

Hélio da Costa Marques

Av. Eng. Saturnino de Brito, 242 Apto. 307 – Pq. Prainha – São Vicente/SP

CEP 11.325-010

DADOS PESSOAIS

Médico, Brasileiro, Divorciado, Natural de Bauru/SP,

Nascido em 04 de maio de 1941

Filiação: José da Costa Marques e Augusta da Costa Marques

RG 1.574.963-0

FORMAÇÃO

- Curso Primário - Grupo Escolar Barão do Rio Branco, (Santos/SP)
- Ginásio e Científico - Colégio Santista, (Santos/SP)
- Curso Superior - Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu - UNESP, (Botucatu/SP).
- Residência Médica em Cirurgia Geral - Hospital Ana Costa, (Santos/SP)

ATIVIDADES PROFISSIONAIS EXERCIDAS

Médico

- Cirurgião credenciado INPS (Cód. 7) e Unimed de Santos, (Santos/SP)
- Médico em 10 Unidades Básicas de Saúde – UBS, (São Vicente/SP)
- Médico em Prontos Socorros de:

- São Vicente, Santos, Praia Grande e Mongaguá.
- Cirurgia Geral de Emergência nos Hospitais:
 - Hospital São José / Santa Casa de São Vicente, (São Vicente/SP)
 - Hospital dos Estivadores de Santos, (Santos/SP), entre outros.

ADMINISTRAÇÃO MÉDICA

Diretor Clínico

- Hospital São José, (Jandaia do Sul/PR)
- Hospital Geraldo Francisco Miqueletti/ Hospital Rural, (Mandaguari/PR)
- Casa de Saúde Anglo-Americana, (Santos/SP)
- Hospital São José / Santa Casa de São Vicente, (São Vicente/SP)

Diretor Técnico

- Hospitais dos Estivadores de Santos, (Santos/SP)
- Hospital São José / Santa Casa de São Vicente, (São Vicente/SP)

Diretor Executivo

- Hospital dos Estivadores de Santos, (Santos/SP)

Chefias Médicas

- Chefe do Pronto Socorro Central de São Vicente, (São Vicente/SP)
- Chefe do Departamento de Cirurgia do Hospital São José, (São Vicente/SP)
- Chefe do Pronto Socorro Central de Praia Grande, (Praia Grande/SP)

Diretorias Médicas

- Diretor do Departamento de Ambulatórios da Secretaria de Saúde de São Vicente, (São Vicente/SP)
- Diretor da Unimed de Santos, (Santos/SP)
- Diretor do Sindicato de Médicos de Santos, São Vicente, Praia Grande e Cubatão.

Associações Médicas

- Presidente e Fundador das Associações Médicas de: Mandaguari/PR e São Vicente/SP.

Médico Revisor - INAMPS Rural e Urbano para os Municípios de: Mandaguari, Jandaia do Sul, São Pedro do Ivaí, Bom Sucesso, Kaloré, Borrásópolis, no Estado do Paraná.

Responsável Técnico

- Clínica Total Saúde, (São Vicente/SP)

Superintendência

- Caixa de Saúde e Pecúlio dos Funcionários Públicos Municipais de São Vicente, (São Vicente/SP).

OUTRAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS

- Clínica Total Saúde, (São Vicente/SP)
- Ambulatório médico do Sindicato dos Trabalhadores em Edifícios e Condomínios de São Vicente - STECSV, (São Vicente/SP)
- Saúde Clínica, Ocupacional e Segurança do Trabalho - MedSeg, (São Vicente/SP)
- Médico e Responsável Técnico da Instituição de Assistência aos Idosos - Residencial Casablanca (4 Unidades), (São Vicente/SP)
- Diretor Médico da Empresa Med In Gestão – MedIn, (São Paulo/SP)
- Instituto Alpha de Medicina para Saúde – Responsável Técnico.

4. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO



Brasão de Poá/SP

4.1. História do município de Poá

A história de Poá começa em 1.621, com a formação de um povoado em terras missionárias carmelitas.

Sendo cortada pela Estrada São Paulo – Rio (atual SP-66), Poá, chamada de “Apoá” na época, era distrito do município Mogi das Cruzes; um local pouco povoado e ponto de parada de tropeiros e outros viajantes.

Entre os viajantes, o imperador Dom Pedro I. Outros viajantes que passaram por Poá na época, relataram haver “em torno de Mogy – Mogi das Cruzes –, certo surto agrícola e que, contudo, entorpecera naquele momento, por falta de braços causada pela partida das milícias paulistas para a Cisplatina e pela fuga de muitos homens de condição humilde, receosos de recrutamento”.

Em 1877, os poucos moradores da região reivindicavam a construção de uma estação de trem entre as estações Lageado (atual Guaianases) e Mogi das Cruzes.

Por se próxima a Itaquaquecetuba, Arujá e Santa Isabel, a construção da estação foi aprovada e serviu inicialmente para escoar a produção agrícola da região à Capital.

Da mesma forma como em outras cidades, a estação de trem foi fundamental para o crescimento populacional e econômico de Poá.

Sete dias depois da Proclamação da República, o Governo Provisório modificou o nome da linha férrea de Estrada de Ferro Dom Pedro I para Estrada de Ferro Central do Brasil. Por meio de um decreto federal, foi autorizado e feito o ajuste de bitola para a incorporação da estrada de ferro São Paulo – Rio de Janeiro à EFCB.

Assim que foi integrada à Central do Brasil, os trens começaram a fazer parada em Poá e em 11 de abril de 1891, finalmente inaugurada a Estação Poá para transporte de passageiros. A partir daí o povoamento foi mais rápido.

A Estação Poá era o ponto para onde convergiam carregamentos de lenha e produção agrícola de Poá e das cidades vizinhas. A movimentação permitiu então o desenvolvimento comercial do centro da cidade, principalmente nas avenidas de acesso.

A Emancipação ocorre depois do fim da Segunda Guerra Mundial, e a explosão demográfica da Grande São Paulo, a sua típica paisagem rural vai acabando, graças à facilidade de acesso pela linha da Estrada de Ferro Central do Brasil e a existência de terrenos a baixo custo.



Vista Panorâmica de Poá/SP

Formação Administrativa

Distrito criado com a denominação de Poá pela Lei Estadual n.º 1.674, de 03-12-1919, subordinado ao município de Mogi das Cruzes.

Em divisão administrativa referente ao ano de 1933, o distrito de Poá figura no município de Mogi das Cruzes. Assim permanecendo em divisões territoriais datadas de 31-XII-1936 e 31-XII-1937.

Elevado à categoria de município com a denominação de Poá, pela Lei Estadual n.º 233, de 24-12-1948, desmembrado de Mogi das Cruzes. Sede no antigo distrito de Poá. Constituído de 2 distritos: Poá e Ferraz Vasconcelos, criado pela mesma Lei do município. Instalado em 26-03-1949.

Em divisão territorial datada de 1-VII-1950, o município é constituído de 2 distritos: Poá e Ferraz Vasconcelos.

Pela Lei Estadual n.º 2.456, de 30-12-1953 é desmembrado do município de Poá o distrito de Ferraz de Vasconcelos, elevado à categoria de município.

Em divisão territorial datada de I-VII-1960, o município é constituído do distrito sede.

Assim permanecendo em divisão territorial datada de I-I-1979.

Pela Lei Estadual n.º 3.198, de 25-12-1981, é criado o distrito de Cidade Kemel e anexado ao município de Poá.

Em divisão territorial datada de 1-VII-1983 (suplemento), o município é constituído de 2 distritos: Poá e Cidade Kemel.

Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2014.

Festas Tradicionais

- 11 de Fevereiro – Dia Santificado Padroeira Nossa Senhora de Lourdes.
- 26 de Março – Aniversário de Poá – Dia de São Ludgero
- Mês de Junho – “Arraiá” da Cidade – Praça dos Eventos “Lucília Gomes Felipe” – Av. Antônio Massa, s/nº Centro.
- Confecção do tapete de Corpus Christi: Rua 26 de Março – Centro
- Mês de Setembro – Expoá.

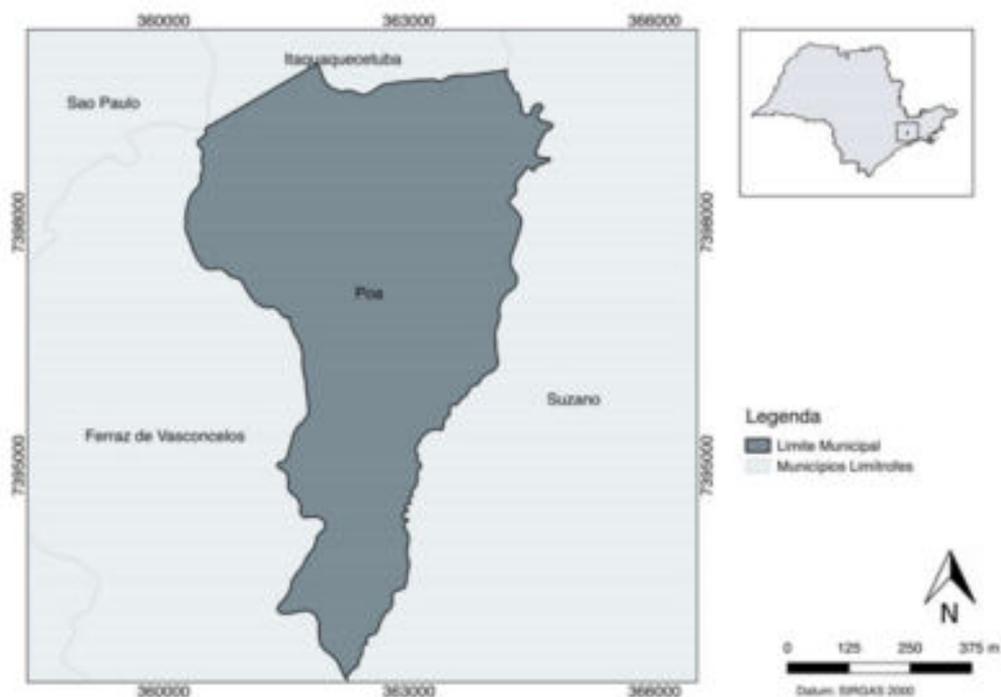
Expoá

Por haver uma grande quantidade de orquídeas existentes em Poá e em todo o Alto Tietê, por causa do clima favorável ao cultivo da planta, foi criada em 1970 a Exposição de Orquídeas e Plantas Ornamentais de Poá, mais conhecida como EXPOÁ, com o objetivo “incrementar o turismo do município, assim como o de prestar uma homenagem à natureza”.

A exposição é reconhecida pela Secretaria Estadual de Esportes e Turismo de São Paulo do Governo do Estado e faz parte desde 1976 do Calendário Nacional do Instituto Brasileiro de Turismo (antiga Embratur), vinculada ao Ministério do Turismo. É realizada todos os anos no mês de Setembro.

4.2. Perfil Demográfico

Localização do município de Poá/SP



Fonte: URBATEC, 2017.

Poá é um município localizado no Estado de São Paulo, o município se estende por 17,264 km² e contava com 118 349 habitantes no último censo (2020), seus habitantes se chamam Poenses.

A densidade demográfica é de 6 880,6 habitantes por km² no território do município.

Vizinho do município de Ferraz de Vasconcelos, Itaquaquecetuba e Suzano. Poá se situa a 3 km a Norte-Leste de Ferraz de Vasconcelos.

4.3. Perfil Sócio Econômico

Renda, pobreza e desigualdade



<http://www.atlasbrasil.org.br/perfil/municipio/353980#sec-renda>

Os valores da renda per capita mensal registrados, em 2000 e 2010, evidenciam que houve crescimento da renda no município - Poá - entre os anos mencionados.

A renda per capita mensal no município era de R\$ 610,40, em 2000, e de R\$ 664,31, em 2010, a preços de agosto de 2010.

No Atlas do Desenvolvimento Humano, são consideradas extremamente pobres, pobres e vulneráveis à pobreza as pessoas com renda domiciliar per capita mensal inferior a R\$70,00, R\$140,00 e R\$255,00 (valores a preços de 01 de agosto de 2010), respectivamente.

Dessa forma, em 2000, 2,88% da população do município eram extremamente pobres, 11,76% eram pobres e 31,52% eram vulneráveis à pobreza; em 2010, essas proporções eram, respectivamente, de 2,34%, 6,80% e 21,99%.

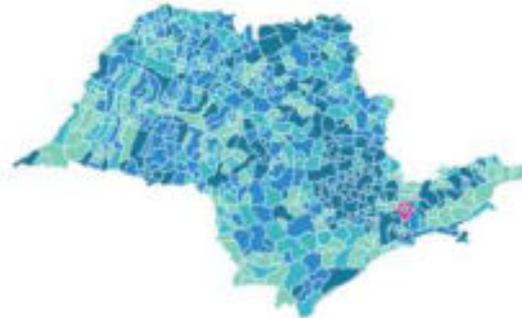
4.3.1. Produção Econômica – PIB

PIB per capita [2018]
39.992,89 R\$

Comparando a outros municípios



PIB per capita



Legenda



Dado inexistente para este município

Percentual das receitas oriundas de fontes externas [2015]
40,5 %

Total de despesas empenhadas [2017]
394.505,82 R\$
(x1000)

Total de receitas realizadas [2017]
446.332,88 R\$
(x1000)

4.3.2. Índice de Desenvolvimento Humano – IDH

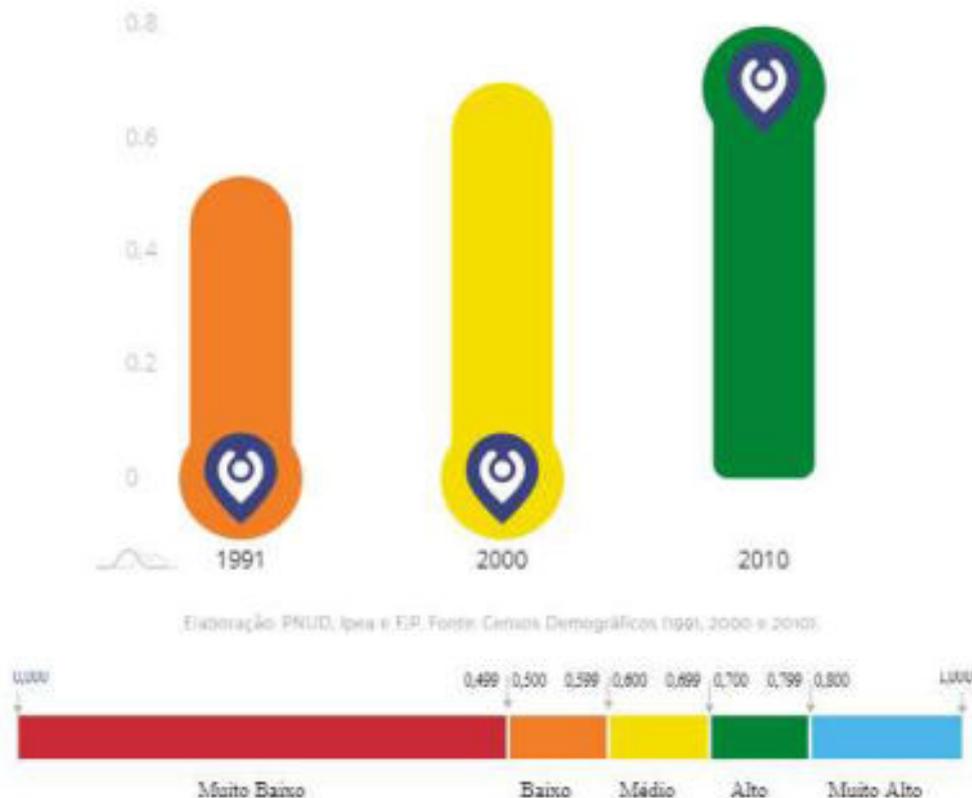
A partir dos dados do Censo Demográfico, o gráfico e a tabela mostram que o IDHM do município - Poá - era 0,699, em 2000, e passou para 0,771, em 2010.

O IDHM e seus indicadores



Em termos relativos, a evolução do índice foi de 10,30% no município.

Valor do IDHM no município - Poá/SP - 1991, 2000 e 2010



Como evidenciado anteriormente, o IDHM do município - Poá - apresentou aumento entre os anos de 2000 e 2010, enquanto o IDHM da UF - São Paulo - passou de 0,702 para 0,783. Neste período, a evolução do índice foi de 10,30% no município, e 11,54% na UF.

Ao considerar as dimensões que compõem o IDHM, também entre 2000 e 2010, verifica-se que o IDHM Longevidade apresentou alteração 9,04%, o IDHM Educação apresentou alteração 20,83% e IDHM Renda apresentou alteração 1,87%.

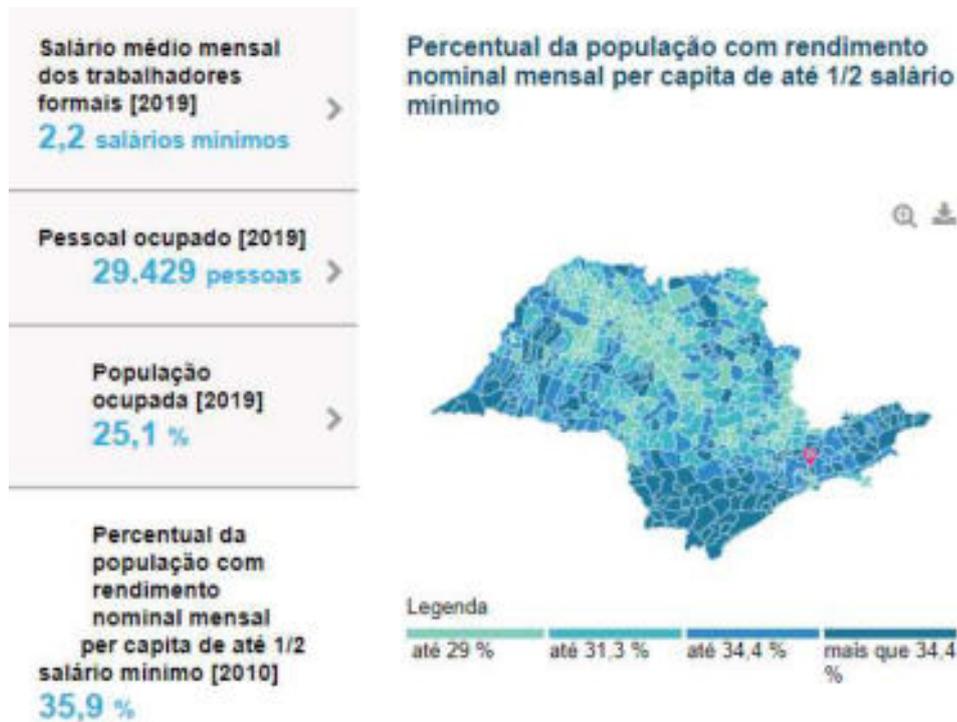
O gráfico acima permite acompanhar a evolução do IDHM e suas três dimensões para o município - Poá - e para a UF - São Paulo - nos anos de 1991, 2000 e 2010.

Evolução do IDHM no município - Poá / SP - 1991, 2000 e 2010



4.3.3. Trabalho e Rendimento

Em 2019, o salário médio mensal era de 2.2 salários-mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 25.1%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 307 de 645 e 220 de 645, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 1176 de 5570 e 855 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário-mínimo por pessoa, tinha 35.9% da população nessas condições, o que o colocava na posição 112 de 645 dentre as cidades do estado e na posição 3380 de 5570 dentre as cidades do Brasil.



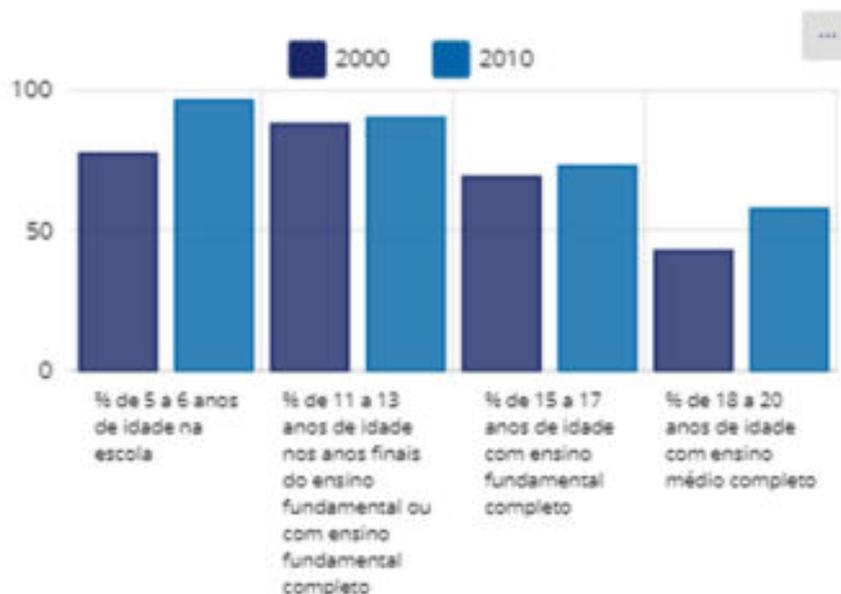
Fonte: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/poa/panorama>

4.3.4. Educação

O IDHM Educação é composto por cinco indicadores. Quatro deles se referem ao fluxo escolar de crianças e jovens, buscando medir até que ponto estão frequentando a escola na série adequada à sua idade. O quinto indicador refere-se à escolaridade da população adulta.

A dimensão Educação, além de ser uma das três dimensões do IDHM, faz referência ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 4 – Educação de Qualidade.

Fluxo escolar por faixa etária no município - Poá/SP - 2000 e 2010



No município, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola era de 96,67%, em 2010. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos, frequentando os anos finais do ensino fundamental, era de 90,40%. A proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo era de 73,23%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo era de 57,96%.

4.4. Saúde do Município

4.4.1. Nascidos Vivos

Nascimento vivo é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não despreendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se

considera como uma criança viva.

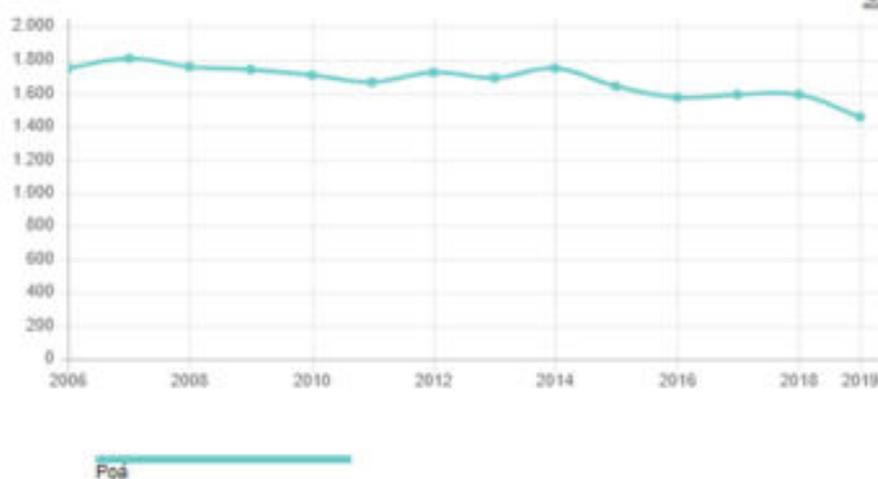
 Outros indicadores de educação, por sexo e cor, calculados com base nos registros do Ministério da Educação - Poá/SP - 2016 e 2017

Indicadores de Registros Administrativos	Total	Total	Negros	Branco	Mulheres	Homens
	2016	2017	2017	2017	2017	2017
Taxa de Distorção Idade-Série no médio	9,70	9,40	-	-	-	-
Taxa de evasão no ensino fundamental	1,50	1,50	-	-	-	-
IDEB anos finais do ensino fundamental	4,90	5,10	-	-	-	-
IDEB anos iniciais do ensino fundamental	6,20	6,70	-	-	-	-
% de alunos do ensino fundamental em escolas com la...	70,06	66,48	61,27	64,71	58,89	57,22
% de alunos do ensino fundamental em escolas com in...	96,42	80,31	81,84	80,53	80,37	80,26
% de alunos do ensino médio em escolas com laborató...	99,28	97,72	98,91	97,11	-	-
% de alunos do ensino médio em escolas com Internet	92,37	91,39	92,11	90,83	-	-

Segue abaixo, taxa de mortalidade infantil na cidade de Poá/SP:

Taxa de mortalidade infantil / Nascidos vivos (Unidade: nascimentos)

pesquisa



Fonte: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/poa/pesquisa/39/30279?ano=2019&indicador=78159&tipo=grafico>

4.4.2. Longevidade e Mortalidade

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do IDHM e faz referência ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 – Saúde e Bem-estar. O valor dessa variável no município - Poá - era de 72,11 anos, em 2000, e de 76,33 anos, em 2010. Na UF - São Paulo, a esperança de vida ao nascer era 72,16 anos em 2000, e de 75,69 anos, em 2010.

A taxa de mortalidade infantil, definida como o número de óbitos de crianças com menos de um ano de idade para cada mil nascidos vivos, passou de 19,40 por mil nascidos vivos em 2000 para 12,80 por mil nascidos vivos em 2010 no município. Na UF, essa taxa passou de 19,35 para 13,86 óbitos por mil nascidos vivos no mesmo período.

A tabela a seguir mostra as esperanças de vida ao nascer e as taxas de mortalidade infantil total e desagregada, por sexo e cor para os anos de 2000 e 2010.

Longevidade e mortalidade, por sexo e cor e situação de domicílio no município - Poá/SP - 2000 e 2010

Indicadores	Total	Total	Negros	Branco	Mulheres	Homens
	2000	2010	2010	2010	2010	2010
Mortalidade infantil	19,40	12,80	-	-	-	-
Esperança de vida ao nascer	72,11	76,33	-	-	-	-

Elaboração: PNAD, Ipea e IBGE. Fontes: IBGE, Censos Demográficos de 2000 e 2010.

A mortalidade refere-se à morte de indivíduos numa população e pode ser expressa como o número de indivíduos num determinado período de tempo ou como uma taxa específica, em percentagem da população total ou qualquer parte dela.

A taxa de mortalidade é equivalente à "taxa de morte" da demografia humana. O índice de mortalidade deve fazer parte do cotidiano dos serviços de saúde, com o propósito de se identificar os problemas, as estratégias e medidas de prevenção de óbitos evitáveis, diminuindo as desigualdades nas taxas de mortalidade e alcance melhores níveis de sobrevivência.

4.4.3. Morbidade Hospitalar de Poá

MORBIDADE HOSPITALAR								
INTERNAÇÕES POR CAPÍTULO CID – 10 SEGUNDO MUNICÍPIO								
PERÍODO 2019								
MUNICÍPIO	CAP 01	CAP 02	CAP 03	CAP 04	CAP 05	CAP 06	CAP 07	CAP 08
POÁ 353980	77	10	22	38	36	21	2	4
PERÍODO 2020								
MUNICÍPIO	CAP 01	CAP 02	CAP 03	CAP 04	CAP 05	CAP 06	CAP 08	CAP 09
POÁ 353980	238	18	24	39	18	23	3	233
PERÍODO 2019 (Continuação)								
CAP 9	CAP 10	CAP 11	CAP 12	CAP 13	CAP 14	CAP 18	CAP 19	TOTAL
271	305	51	41	2	111	35	35	1.061
PERÍODO 2020 (Continuação)								
CAP 10	CAP 11	CAP 12	CAP 13	CAP 14	CAP 18	CAP 19	CAP 21	TOTAL
260	36	17	4	55	52	36	1	1.057

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nibr.def>

De acordo com a tabela é possível verificar que as mais recorrentes morbidades hospitalares no período de 2019, verificam-se nos capítulos:

Cap. X - Doenças do aparelho respiratório

- Cap. IX – Doenças do aparelho respiratório
- Cap. XIV – Doenças do aparelho geniturinário
- Cap. I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias

E no período de 2020, verificam-se nos capítulos:

- Cap. X - Doenças do aparelho respiratório
- Cap. I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias
- Cap. IX – Doenças do aparelho respiratório
- Cap. XIV – Doenças do aparelho geniturinário

4.4.4. Equipamentos de Saúde de Poá

Os estabelecimentos de saúde do município de Poá, que tem a sua base e o atendimento do SUS (Sistema Único de Saúde) são:

CNES	DESCRIÇÃO
6322778	CAPS AD
39489	CAPS II
6322816	CASA DO ADOLESCENTE
6322840	CASI CENTRO DE ATENCAO A SAUDE DO IDOSO IRMA DULCE
9815333	CENTRAL DE ABASTECIMENTO E ASSISTENCIA FARMACEUTICA
6394361	CENTRAL DE REGULACAO DE POA
5937914	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS DE POA CEO
2773139	CENTRO DE FISIOTERAPIA ALBERT SABIN
9156844	CENTRO MUNICIPAL DE ESPECIALIDADES CEME
2773252	CMRF VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA POA
2718928	ESF MADRE ANGELA
116750	HOSPITAL DE CAMPANHA POA CONTRA COVID
7556454	ODONTOMOVEL POA
2082411	PRONTO ATENDIMENTO DR GUIDO GUIDA
7666519	SAE POA
6394493	SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE DE POA
2773430	UBS DE VILA JAU

2773805	UBS DR CYPRIANO MONACO JD NOVA POA
2773481	UBS FILOMENA ROSIELA GUIDO JD SAO JOSE DE POA
2773457	UBS JOSE PERETA
2773449	UBS MARIA EDUARDA RIBEIRO DOMINGUES SANTA HELENA
2773821	UBS TITO FUGA CALMON VIANA POA
2773163	UBS VEREADOR FARID DOMINGUES CSII DE POA
2773406	UBS VEREADOR WELLINGTON LOPES JD AMERICA
2773201	UNIDADE DE VIGILANCIA ZOOTICA
6322581	USF CIDADE KEMEL
6322719	USF DR MURILO MENDES SOARES VILA JULIA
6322530	USF JARDIM EMILIA
6322646	USF JD SAO JOSE
2718987	USF NELSON POZZANI FILHO VILA VARELA
6322670	USF SEBASTIAO ARRECIGNELLI
2773953	VIGILANCIA SANITARIA DE POA

Fonte: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>

4.4.5. Covid-19

O Corona vírus (COVID-19) é uma doença infecciosa causada pelo vírus SARS-CoV-2.

A maioria das pessoas que adoece em decorrência da COVID-19 apresenta sintomas leves a moderados e se recupera sem tratamento especial. No entanto, algumas desenvolvem um quadro grave e precisam de atendimento médico.

Como ela se espalha

O vírus pode se espalhar pela boca ou pelo nariz de uma pessoa infectada, em pequenas partículas líquidas expelidas quando elas tosse, espirram, falam, cantam ou respiram. O tamanho dessas partículas vai de gotas respiratórias maiores até aerossóis menores.

A infecção pode ocorrer caso você inale o vírus quando estiver perto de alguém que tenha COVID-19 ou se você tocar em uma superfície contaminada e, em seguida, passar as mãos nos olhos, no nariz ou na boca. O vírus se espalha com mais facilidade

em locais fechados e em multidões.

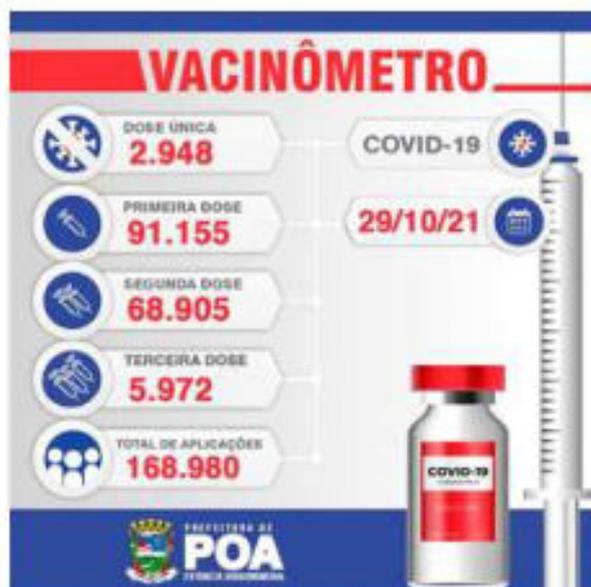
É dever de todos adotar medidas de prevenção e controle no dia a dia para conter a disseminação do vírus. Confira seis medidas preventivas para colocar em prática.



Fonte:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/>

Vacinômetro na cidade de Poá/SP



Fonte: <https://www.facebook.com/divulgacovidpoa>

Vacinas disponíveis

As vacinas adotadas pelo SUS passaram por todas as etapas necessárias para a criação de um novo imunizante e cumprem a critérios científicos rigorosos adotados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Veja o status das vacinas que estarão disponíveis no Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Registros Definitivos		Aprovadas para uso emergencial		Em análise pela Anvisa	
LABORATÓRIO	DOSES	LABORATÓRIO	DOSES	LABORATÓRIO	DOSES
Astrazeneca/Oxford (Fiocruz)		Janssen (Johnson & Johnson)		Covaxin (Bharat Biotech)	
Pfizer (BioNTech)		CoronaVac (Butantani)		Sputnik-V (União Química)	

Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/>

5. INTRODUÇÃO

O direito à saúde é um dos direitos sociais, presente na Constituição Federal, sendo assim, um direito de todos e dever do Estado.

Se tratando de saúde o que está em questão é o direito à vida, à sobrevivência do ser, e esse direito é superior a todos.

O Sistema Único de Saúde deve oferecer subsídios para tratamentos desde o nascimento, à prevenção de doenças, ambulatorial, de urgência e emergência, hospitalar, entre outros.

A definição de saúde possui implicações legais, sociais e econômicas dos estados de saúde e doença, sendo uma condição essencial para a construção da felicidade humana, sendo um processo civilizatório.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde como sendo o estado de completo bem-estar físico, mental e social. Ou seja, o conceito de saúde transcende à ausência de doenças e afecções. Por outras palavras, a saúde pode ser definida como o nível de eficácia funcional e metabólica de um organismo a nível micro (celular) e macro (social).

Este projeto visa o gerenciamento, a operacionalização e execução das ações e serviços de Urgência e emergência na área da Saúde, englobando a gestão da Unidade de Pronto Atendimento Dr. Guido Guida, no Município de Poá / SP, conforme disposto em Termo de Referência resultante do Processo Administrativo nº 001/2021, tendo em vista a resolutividade das equipes na Unidade através da incorporação de recursos humanos qualificados, tecnologia adequada e materiais necessários para sustentar todos os níveis de complexidade das diversas atividades assistenciais a serem desenvolvidas.

Nos projetos sob gestão do Instituto Alpha, buscamos abordar a questão do

direito fundamental à saúde e sua previsão constitucional, verificando que o objeto da obrigação assistencial de saúde, não está presente apenas no dever de fornecer atendimento primário como consultas, medicamentos, exames e outros, mas sim o bem estar geral do paciente, necessários à efetivação do direito fundamental à saúde, como a humanização e qualidade em todos os setores das nossas Unidades.

5.1. Sistema único de Saúde - SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.



PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS

Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras

características sociais ou pessoais.

Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação Inter setorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS

Estes princípios tratam, na realidade, de formas de concretizar o SUS na prática.

Regionalização e Hierarquização: os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.

Descentralização e Comando Único: descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando

único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

Participação Popular: a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

O modelo do sistema de saúde brasileiro é centrado na hierarquização das ações e serviços de saúde por níveis de complexidade. Isto significa dizer que ele se estrutura em níveis de maior ou menor complexidade de ações e serviços de saúde, conforme dispõe, ainda, os arts. 8º e 7º, II, da Lei 8.080/90.

O modelo de atenção à saúde, que se centra em níveis de complexidade dos serviços, deve ser estruturado pela atenção básica, principal porta de entrada no sistema, a qual deve ser a sua ordenadora. A hierarquização se compõe da atenção primária ou básica[2]; atenção secundária e terciária ou de média e alta complexidade (ou densidade tecnológica).

O modelo do sistema de saúde brasileiro é centrado na hierarquização das ações e serviços de saúde por níveis de complexidade. Isto significa dizer que ele se estrutura em níveis de maior ou menor complexidade de ações e serviços de saúde, conforme dispõe, ainda, os arts. 8º e 7º, II, da Lei 8.080/90.

O modelo de atenção à saúde, que se centra em níveis de complexidade dos serviços, deve ser estruturado pela atenção básica, principal porta de entrada no sistema, a qual deve ser a sua ordenadora. A hierarquização se compõe da atenção primária ou básica[2]; atenção secundária e terciária ou de média e alta complexidade (ou densidade tecnológica).



Este modelo piramidal, de base alargada, densa, em razão de a atenção primária ser a principal porta de entrada do sistema e responsável pela resolução da maioria da necessidade de saúde da população, deve ser estruturada qualitativamente, com fixação de metas e a atribuição de garantir o acesso do usuário ou o seu caminhar na rede de atenção à saúde.

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 Instituto Alpha de medicina para Saúde tem como premissa promover a saúde, o bem estar social e preservar o meio ambiente. É trabalhar pela vida.

5.2. Rede de Urgência e Emergência (Rue)

Para organizar uma rede que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência e emergência de forma resolutiva, é necessário considerar o perfil epidemiológico e demográfico brasileiro, no qual se evidencia, segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde(SVS/MS), uma alta morbimortalidade relacionada às violências e aos acidentes de trânsito entre jovens até

os 40 anos e, acima desta faixa, uma alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório, como o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC). Soma-se a isso o acentuado e rápido envelhecimento da população, com aumento significativo da expectativa de vida nas últimas décadas.

As principais diretrizes que norteiam a implementação da RUE são:

- Universalidade, equidade e integralidade da atenção a todas as situações de urgência e emergência, incluindo as clínicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos, violências e acidentes);
 - Ampliação do acesso, com acolhimento, aos casos agudos e em todos os pontos de atenção;
 - Formação de relações horizontais, articulação e integração entre os pontos de atenção, tendo a atenção básica como centro de comunicação;
 - Classificação de risco;
 - Regionalização da saúde e atuação territorial;
 - Regulação do acesso aos serviços de saúde;
 - Humanização da atenção, garantindo a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
 - Organização do processo de trabalho por intermédio de equipes multidisciplinares;
 - Práticas clínicas cuidadoras e baseadas na gestão de linhas de cuidado e estratégias prioritárias;
 - Centralidade nas necessidades de saúde da população;
 - Qualificação da atenção e da gestão por meio do desenvolvimento de ações coordenadas e contínuas que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;
 - Institucionalização da prática de monitoramento e avaliação, por intermédio de indicadores de processo, desempenho e resultado que permitam avaliar e qualificar a atenção prestada;

- Articulação Inter federativa;
- Participação e controle social;
- Fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas;
- Qualificação da assistência por meio da educação permanente em saúde para gestores e trabalhadores.

A RUE, como rede complexa e que atende a diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em saúde mental etc.), é composta por diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência. Desse modo, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Além disso, de forma transversal a todos os componentes, devem estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso.

Assim, com o objetivo principal de reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada pela atenção básica, é necessário muito mais do que a ampliação da rede de serviço: é necessário, de forma qualificada e resolutiva, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.



As seguintes estratégias são destacadas como prioritárias na RUE:

- Qualificação das portas hospitalares de urgência e emergência e da emergência, estratégias para a RUE;
- Qualificação da atenção ao paciente crítico ou grave por meio da qualificação das unidades de terapia intensiva;
- Organização e ampliação dos leitos de retaguarda clínicos;
- Criação das unidades de internação em cuidados prolongados (UCP) e de hospitais especializados em cuidados prolongados (HCP);
- Qualificação da atenção por meio da organização das linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica;
- Definição da atenção domiciliar organizada por intermédio das Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e das Equipes Multidisciplinares de Apoio (EMAP);
- Articulação entre os seus componentes.

É fundamental a participação de atores de outros segmentos sociais para a proposição de políticas públicas intersetoriais efetivas e eficientes, envolvendo conselhos de saúde, gestores, trabalhadores, prestadores, usuários, conselhos de classe, instituições de ensino, setores da Educação, Segurança Social, Transportes e outros.

O instituto Alpha de medicina para Saúde procurará atender a demanda de Urgência e emergência do Pronto Atendimento Dr. Guido Guida, baseado nos protocolos adotados na Unidade de acordo com as orientações do Ministério da Saúde.

As Unidades de Atendimento às Urgências e Emergências funcionam 24 horas por dia, e devem estar habilitadas a prestar assistência correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade (M1).

Pelas suas características e importância assistencial, os gestores devem desenvolver esforços no sentido de que cada município sede de módulo assistencial disponha de, pelo menos uma, destas Unidades, garantindo, assim, assistência às urgências com observação até 24 horas para sua própria população ou para um agrupamento de municípios para os quais seja referência.

Acerca deste tema, pode-se analisar a portaria que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Segue *in verbis*:

PORTARIA Nº 1.600, DE 7 DE JULHO DE 2011

Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o conceito da saúde como direito social e de cidadania e como resultante das condições de vida da população, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços, nos termos do que dispõe o artigo 196 da Constituição

Federal;

Considerando a necessidade de se trabalhar dentro de um conceito amplo de saúde que direcione a intervenção e resposta às necessidades de saúde, atuando desde a promoção e prevenção, passando pelo diagnóstico, monitoramento e tratamento, mas também recuperação conforme dispõe o artigo 2º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando que será necessária a decisão política do conjunto dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) para estímulo à organização e à implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), buscando um pacto cooperativo entre as instâncias de gestão e governança do sistema para garantir os investimentos e recursos necessários a esta mudança;

Considerando que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade;

Considerando que para organizar uma rede que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência é necessário considerar o perfil epidemiológico no Brasil, onde se evidencia, segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), uma alta morbimortalidade relacionada às violências e acidentes de trânsito até os 40 (quarenta) anos e acima desta faixa uma alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório;

Considerando o alto custo socioeconômico, além dos sofrimentos enfrentados pelas pessoas acometidas por acidentes de trânsito, violências e doenças cardiovasculares no Brasil e a necessidade de intervir de forma mais organizada e efetiva sobre estas doenças e agravos;

Considerando a Portaria nº 737/GM/MS, de 16 de maio de 2001, que institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências;

Considerando a Portaria nº 344/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, que institui o

Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito - Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde;

Considerando a Portaria nº 2048/GM/MS, de 05 de novembro de 2002, que regulamenta tecnicamente as urgências e emergências;

Considerando a Portaria nº 2.657/GM/MS, de 16 de dezembro de 2004, que estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192);

Considerando a Portaria nº 687/GM/MS, de 30 de março de 2006, que institui a Política Nacional de Promoção da Saúde;

Considerando a Portaria nº 1.097/GM/MS, de 22 de maio de 2006, que define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 1.559/GM/MS, de 1º de agosto de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação do SUS;

Considerando a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica;

Considerando o avanço nestes últimos anos no processo de implementação do SUS no Brasil, mas também a evidente necessidade de superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado, conforme caminho apontado na Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que prioriza a organização e implementação das RAS no país; e

Considerando o imperativo de prover a atenção qualificada à saúde de toda população brasileira, incluindo o atendimento ágil e resolutivo das urgências e emergências, resolve:

Art. 1º Esta Portaria reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

CAPÍTULO I - DAS DIRETRIZES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Art. 2º Constituem-se diretrizes da Rede de Atenção às Urgências:

I - ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos;

II - garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes);

III - regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;

IV - humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;

V - garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado;

VI - articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção;

VII - atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas;

VIII - atuação profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;

IX - monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;

X - articulação interfederativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada;

XI - participação e controle social dos usuários sobre os serviços;

XII - fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas

vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos;

XIII - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado; e

XIV - qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização.

Art. 3º Fica organizada, no âmbito do SUS, a Rede de Atenção às Urgências.

§ 1º A organização da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

§ 2º A Rede de Atenção às Urgências deve ser implementada, gradativamente, em todo território nacional, respeitando-se critérios epidemiológicos e de densidade populacional.

§ 3º O acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção.

§ 4º A Rede de Atenção às Urgências priorizará as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica.

Art. 4º A Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes:

I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;

II - Atenção Básica em Saúde;

III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências;

IV - Sala de Estabilização;

V - Força Nacional de Saúde do SUS;

VI - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas;

VII - Hospitalar; e

VIII - Atenção Domiciliar.

CAPÍTULO II - DOS COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E SEUS OBJETIVOS

Art. 5º O Componente Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde tem por objetivo estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade visando a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde.

Art. 6º O Componente Atenção Básica em Saúde tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.

Art. 7º O Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.

Parágrafo único. O Componente de que trata o caput deste artigo pode se referir a atendimento primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou de atendimento secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas que necessita ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento.

Art. 8º O Componente Sala de Estabilização deverá ser ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de

atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção a saúde pela central de regulação das urgências.

Parágrafo único. O Componente de que trata o caput deste artigo não se caracteriza como novo serviço de saúde para assistência a toda demanda espontânea, mas sim para garantir a disponibilidade de atendimento para estabilização dos agravos críticos à saúde.

Art. 9º O Componente Força Nacional de Saúde do SUS objetiva aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando-se seus riscos.

Art. 10. O Componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas está assim constituído:

I -a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências; e

II - as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h) e o conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas não hospitalares devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

Art. 11. O Componente Hospitalar será constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias.

Art. 12. O Componente Atenção Domiciliar é compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à

saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar.

CAPÍTULO III - DA OPERACIONALIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Art. 13. A operacionalização da Rede de Atenção às Urgências dar-se-á pela execução de 5 (cinco) fases:

I - Fase de Adesão e Diagnóstico:

- a) apresentação da Rede de Atenção às Urgências nos Estados e no Distrito Federal;
- b) realização de diagnóstico e aprovação da região inicial de implementação da Rede de Atenção às Urgências na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nos Estados e no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF); e
- c) instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências, formado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde, que terá como atribuições:
 - 1. mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase;
 - 2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede;
 - 3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; e
 - 4. monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede.

II - Fase do Desenho Regional da Rede:

- a) realização de análise da situação dos serviços de atendimento às urgências, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda das urgências, dimensionamento da oferta dos serviços de urgência existentes e análise da situação da regulação, da avaliação, do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte para as urgências, da auditoria e do controle externo, pela Comissão Intergestores Regional (CIR) e pelo CGSES/DF, com o apoio da Secretaria de Saúde;

b) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, com detalhamento técnico de cada componente da Rede, contemplando o desenho da Rede Atenção às Urgências, metas a serem cumpridas, cronograma de implantação, mecanismos de regulação, monitoramento e avaliação, o estabelecimento de responsabilidades e o aporte de recursos pela União, Estado, Distrito Federal e Municípios envolvidos;

c) aprovação do Plano de Ação Regional na CIR, no CGSES/DF e na CIB; e

d) elaboração dos Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes da CIR, em consonância com o Plano de Ação Regional;

III - Fase da Contratualização dos Pontos de Atenção:

a) contratualização pela União, pelo Estados, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência, observadas as responsabilidades definidas para cada Componente da Rede de Atenção às Urgências no desenho regional; e

b) instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe a CIR, com apoio institucional da SES;

IV - Fase da Qualificação dos Componentes: a qualificação dos Componentes da Rede de Atenção às Urgências será definida na portaria específica de cada um dos Componentes, onde constarão as responsabilidades que deverão ser cumpridas e as ações que serão desenvolvidas; e

V - Fase da Certificação: a certificação será concedida pelo Ministério da Saúde aos gestores do SUS, após a etapa de qualificação dos Componentes da Rede de Atenção às Urgências, com avaliação periódica.

§ 1º O Grupo Condutor da Rede de Atenção às Urgências no Distrito Federal será composto pela Secretaria de Saúde e pela CGSES/DF, com apoio institucional do Ministério da Saúde, e terá as mesmas atribuições do Grupo Condutor Estadual, descritas na alínea "c" do inciso I do art. 13.

§ 2º O Plano de Ação Regional e o Plano de Ação Municipal serão os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da Rede de Urgência e Emergência, assim como para o monitoramento e a avaliação da implementação da Rede pelo Grupo Condutor Estadual e pelo Ministério da Saúde.

§ 3º A contratualização dos Pontos de Atenção é o meio pelo qual o gestor, seja ele o Município, o Estado, o Distrito Federal ou a União, estabelece metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, com o(s) ponto(s) de atenção à saúde da Rede de Atenção às Urgências sob sua gestão, de acordo com o Plano de Ação Regional e os Planos de Ação Municipais.

CAPÍTULO IV - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 14. Os Comitês Gestores de Atenção às Urgências já existentes deverão ser mantidos e deverão ser apresentadas propostas de estruturação e funcionamento de novos Comitês nos âmbitos Estadual, Regional e Municipal nos locais onde ainda não existem.

§ 1º As Secretarias Municipais de Saúde deverão constituir e coordenar Comitês Gestores Municipais da Rede de Atenção às Urgências, garantindo a adequada articulação entre os entes gestores e os executores das ações e as Secretarias Estaduais de Saúde deverão constituir e coordenar os Comitês Gestores Estaduais e os Comitês Gestores Regionais do Sistema de Atenção às Urgências.

§ 2º Os Comitês Gestores da Rede de Atenção às Urgências representarão o espaço formal de discussão e implementação das correções necessárias à permanente adequação do sistema de atenção integral às urgências, dentro das diretrizes estabelecidas pelos Planos de Atenção às Urgências, em suas instâncias de representação institucional que permitirão que os atores envolvidos na estruturação da atenção às urgências possam discutir, avaliar e pactuar as diretrizes e ações prioritárias, subordinadas às estruturas de pactuação do SUS nos seus vários níveis.

§ 3º Nos Comitês Gestores Estaduais da Rede de Atenção às Urgências, os indicadores deverão ser analisados segundo critérios de regionalização, buscando-se construir um quadro descritivo completo da atenção estadual às urgências, apontando aspectos positivos, dificuldades, limites e necessidades a serem enfrentadas no contexto da macro e micro regulação (regional e local).

§ 4º O relatório da situação da atenção estadual às urgências elaborado nos termos do parágrafo anterior será remetido à Coordenação-Geral de Urgência e Emergência

(CGUE/DAE/SAS/MS), onde comporá a base nacional de dados relativa à atenção às urgências.

§ 5º Fica recomendado que os Comitês Gestores Estaduais da Rede de Atenção às Urgências sejam compostos pelo Coordenador Estadual do Sistema de Atenção às Urgências, pelo COSEMS, representado por Coordenadores Municipais de Atenção às Urgências, pela Defesa Civil Estadual, representantes do Corpo de Bombeiros, da Secretaria Estadual de Segurança Pública e da Polícia Rodoviária e do Conselho Estadual de Saúde, das empresas concessionárias de rodovias, com sugestão de estudar a necessidade ou oportunidade de se incorporarem a eles representantes das Forças Armadas Brasileiras.

§ 6º Fica recomendado que os Comitês Gestores das Redes Regionais de Atenção às Urgências, sob coordenação estadual e com fluxo operacional compatível e de acordo com a realidade regional, tenham a seguinte composição:

I - Coordenador Regional da Rede de Atenção às Urgências ou outro representante da SES que assuma tal função;

II - Coordenadores Municipais da Atenção às Urgências;

III - representantes dos serviços de saúde (prestadores da área das urgências);

IV - representante do Corpo de Bombeiros, Polícias Rodoviária, Civil e Militar, onde essas corporações atuem na atenção às urgências;

V - representante da Defesa Civil;

VI - representante dos gestores municipais e estadual da área de trânsito e transportes;
e

VII -conforme a necessidade justificar, representantes da Aeronáutica, Marinha e Exército brasileiros.

§ 7º Fica recomendado que os Comitês Gestores das Redes Municipais de Atenção às Urgências tenham a seguinte composição mínima:

I -Coordenador Municipal da Rede de Atenção às Urgências;

II - representantes dos serviços de saúde (prestadores da área das urgências);

III - representante do Conselho Municipal de Saúde;

IV - representante do Corpo de Bombeiros, Polícias Rodoviária, Civil e Militar, Guarda

Municipal, onde essas corporações atuem na atenção às urgências;

V - representante da Defesa Civil Municipal;

VI - representante do gestor municipal da área de trânsito; e

VIII - conforme a necessidade justificar, representantes da Aeronáutica, Marinha e Exército brasileiros.

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

Art. 16. Fica revogada a [Portaria nº 1863/GM/MS, de 29 de setembro de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 193, de 6 de outubro de 2003, Seção 1, p. 56.](#)

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

5.3. O papel das Unidades de Saúde - Urgência e Emergência

As Unidades de Atendimento às Urgências e Emergências funcionam 24 horas por dia, e devem estar habilitadas a prestar assistência correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade (M1).

Pelas suas características e importância assistencial, os gestores devem desenvolver esforços no sentido de que cada município sede de módulo assistencial disponha de, pelo menos uma, destas Unidades, garantindo, assim, assistência às urgências com observação até 24 horas para sua própria população ou para um agrupamento de municípios para os quais seja referência.

De acordo com protocolos assistenciais de Urgência/Emergência da Secretária Estadual da Saúde – Estado de São Paulo segue:

- As UBSs os PSFs ,os PAs/ Pronto Socorro são a “porta” de entrada dos pacientes no Sistema de Saúde.
- O atendimento às urgências deve ser qualificado, pois todas as evidências mostram que o atendimento qualificado nos primeiros minutos/horas é fundamental para um obter o melhor resultado possível nas “verdadeiras urgências”.

- As urgências mais frequentes no nosso meio (traumas, Sepses, emergências cardiovasculares – PCR, IAM, AVC, emergências respiratórias) têm a sua “hora de ouro” nos primeiros momentos do atendimento onde o atendimento qualificado baseado em protocolos é fundamental para a redução da morbimortalidade.

Assim, as UBSs, SAMU, PAs e Pronto Socorro devem estar preparadas para prestar atendimento qualificado às urgências, respeitando o seu nível de complexidade e promovendo o acolhimento dos quadros agudos. Dentro da concepção de reestruturação do modelo assistencial atualmente preconizado.

Não se pode admitir que um paciente em acompanhamento em uma unidade básica de saúde, por exemplo, por hipertensão arterial, quando acometido por uma crise hipertensiva, não seja acolhido na unidade em que habitualmente faz tratamento. Nesta situação se aplicaria o verdadeiro conceito de pronto atendimento, pois, numa unidade onde o paciente tem prontuário e sua história pregressa e atual são conhecidas, é possível fazer um atendimento rápido e de qualidade, com avaliação e readequação da terapêutica dentro da disponibilidade medicamentosa da unidade. Quando este paciente não é acolhido em sua unidade, por ausência do profissional médico, por falta de vagas na agenda ou por qualquer outra razão e recorre a uma unidade de urgência como única possibilidade de acesso, é atendido por profissionais que, muitas vezes, possuem vínculo temporário com sistema, não conhecem a rede loco regional e suas características funcionais e, frequentemente, prescrevem medicamentos não disponíveis na rede SUS e de alto custo. Assim, o paciente não usa a nova medicação que lhe foi prescrita porque não pode adquiri-la e, tão pouco, usa a medicação anteriormente prescrita e disponível na unidade de saúde, pois não acredita que esta seja suficiente para controlar sua pressão.

Esta situação problema é apenas ilustrativa de uma grande gama de situações semelhantes, que acontecem diariamente, não apenas com hipertensos, mas com diabéticos, pacientes portadores de dor aguda e/ou crônica, cardiopatas, portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica, mulheres em acompanhamento ginecológico e/ou obstétrico, crianças em programa de puericultura e etc.(PORTARIA 2048 MS)

O objetivo final da implantação dos protocolos de atendimento à urgência é criar o conceito de cadeia de sobrevivência, em que cada momento do atendimento ao paciente grave existe um tempo pré-estabelecido e atendimentos qualificados baseados em protocolos de atendimento de maneira que isso possibilite o melhor atendimento possível e redução da morbimortalidade dos pacientes graves.

Outra questão, apesar dos avanços promovidos pela Regulação Médica com redução do número de pacientes nas portas hospitalares.

O Pronto Socorro é uma unidade hospitalar onde são atendidos pacientes com problemas de saúde agudos cuja intervenção deve ser imediata e especializada. Esses pacientes não podem esperar por uma consulta com hora marcada para um atendimento médico. As situações de saúde presentes nessa unidade são classificadas como urgência ou emergência.

Urgência é uma ocorrência imprevista de agravos à saúde com ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata, enquanto uma emergência é a constatação médica de condições que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. (CREMESP, consulta no 55.820/98).

A diferença fundamental entre urgência e emergência é o risco iminente de morte. A urgência não tem risco iminente de morte e a emergência tem risco iminente de morte.

O atendimento ao paciente deve ser realizado com rapidez e qualidade.

A agilidade e a qualidade dos procedimentos realizados pela equipe multiprofissional podem significar a vida do paciente. Por isso é importante que a equipe de trabalho envolvida tenha boa sincronia no atendimento ao paciente.

O custo no atendimento ao paciente deve ser o mais baixo possível. Para tanto é necessário eliminar os desperdícios que ocorrem nos processos que envolvem o atendimento ao paciente.

Um Pronto Socorro é tipicamente composto por portaria, espera, recepção, sala de atendimento de emergências, consultórios de atendimento médico, salas de medicação, inalação, exames e procedimentos, leitos de observação e isolamento. Contempla, ainda, o PS o conforto médico, expurgo e o depósito de material de limpeza.

Os serviços de apoio diagnóstico estão centralizados em área específica e devem estar devidamente integrados para o rápido atendimento ao paciente que chega ao Pronto Socorro.

Devido às características do paciente, do atendimento, dos profissionais e do ambiente físico do OS, a integração é um componente imprescindível para o atendimento de qualidade nessa unidade hospitalar. Como cada um dos profissionais vai identificar a necessidade de atendimento rápido devido às condições físicas do paciente, informará o colega que fará o próximo atendimento e dará a continuidade necessária.

O ambiente do Pronto Socorro deve ser planejado de modo a atender as demandas de segurança, bem-estar e qualidade do serviço prestado, proporcionando instalações físicas adequadas à divisão técnica do trabalho e aos trabalhadores que atuarão naquele espaço.

Outros elementos essenciais para o bom funcionamento de um PS são o fluxo do atendimento, os equipamentos, a comunicação, o abastecimento de medicamentos e materiais, e o treinamento do pessoal.

O fluxo do atendimento deve ser contínuo para facilitar e propiciar a rapidez no atendimento. Quando o paciente chega no Pronto Socorro deve passar pela portaria, ir para a recepção, em seguida para a consulta médica, alguns possuem pré-consulta ou triagem, realiza exames, recebe medicação da enfermagem, retorna para reavaliação médica e recebe uma finalização, retorna para casa, é internado no hospital ou fica em observação no Pronto Socorro. Esse processo deve ocorrer o mais rápido possível. A comunicação visual e sonora entre os setores deve estar em perfeito entrosamento.

Portanto a área física deve ser organizada de tal forma que propicie o fluxo contínuo do paciente através do Pronto Socorro e facilite a comunicação visual e sonora entre os setores permitindo o rápido atendimento ao paciente.

Equipamentos, como desfibrilador, respirador artificial, entre outros, são fundamentais para o atendimento de urgência e emergência ao paciente no Pronto Socorro e devem estar disponibilizados para uso em perfeitas condições de manutenção.

Entre os itens que podem ser citados para a correta operacionalização do Pronto Socorro está o abastecimento de materiais e medicamentos. Este deve ser contínuo, ou seja, não podem faltar de forma alguma os medicamentos e materiais anteriormente padronizados para uso no local e não deve sobrar para evitar o desperdício dos itens. A reposição deve ser feita em tempo hábil e horário previamente definido para que não falte no atendimento.

Pessoas. O processo de trabalho do Pronto Socorro envolve participação de diferentes profissionais e funcionários com distintos níveis de escolaridade, formação profissional e experiência de trabalho. Assim, realizam atividades específicas dentro de sua competência profissional em diferentes setores da unidade.

A recepção é o primeiro setor que o paciente se dirige ao chegar ao PS, após passar pela portaria, local onde a recepcionista, nível secundário de escolaridade, preenche uma ficha de atendimento com os dados do paciente e solicita que o mesmo aguarde na espera. Seguindo o fluxo, o próximo setor é o atendimento médico. O médico, nível superior, preenche a ficha com as informações pertinentes e a indicação dos próximos passos do paciente dentro do Pronto Socorro. Então a ficha de atendimento e o paciente retornam à recepção para verificação da sequência do atendimento definida pelo médico e autorização do convênio, se necessário. O paciente segue para a enfermagem, com auxiliares de enfermagem de nível secundário e enfermeiros de nível superior e/ou para realização de exames de apoio diagnóstico com técnicos de nível secundário e médicos nível superior, e retornam para reavaliação e conduta do médico para finalização do atendimento no Pronto Socorro.

5.4. Referência e Contrarreferência dos Serviços de Urgência e Emergência

O Sistema de referência e contrarreferência em saúde são essenciais para ofertar a atenção global ao paciente. Através de uma troca de informações eficaz entre os diferentes níveis de assistência, permite-se a criação de um ambiente favorável à abordagem do paciente como um todo, visando facilitar os processos de acesso do paciente aos atendimentos de saúde.

A referência e contrarreferência são requisitos indispensáveis às questões de acessibilidade, universalidade e integralidade da assistência. No entanto, a contra referência ainda está distante do considerado ideal para a eficácia do atendimento global ao paciente.

Referência e contrarreferência constituem-se na articulação entre as unidades de Saúde, sendo que por referência compreende-se o trânsito do nível menor para o de maior complexidade. Inversamente, a contrarreferência compreende o trânsito do nível de maior para o de menor complexidade (WITT, 1992).

Fratini (2007) aponta que é necessário que se crie uma estratégia de comunicação entre os serviços de maior e menor complexidade, fazendo com que o usuário seja acompanhado em seu histórico de saúde e tratamentos passados/realizados.

Podemos assegurar que para concretização de um sistema de referência e contra referência é importante a existência de registros e comunicação por telefone ou informatizada, para que possa haver melhora na qualidade de assistência oferecida ao paciente (FRATINI, 2007); fazendo assim com que se concretize com a referência e contra referência a ideia de eficácia/sucesso na universalização, equidade e integralidade que são princípios do Sistema Único de Saúde - SUS. Para isso "é necessário investir em tentativas de maior integração entre os serviços e de estabelecimento de fluxos formais de encaminhamento de cliente, sem o que a informatização possivelmente não será suficiente para responder às necessidades do sistema almejado (JULIANI; CIAMPONE, 1999, p. 316)".

A portaria 1.559 de 1º de Agosto de 2008, Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS.

6. CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE – PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DR. GUIDO GUIDA



Unidade: Pronto Atendimento Dr. Guido Guida

CNESS: 2082411

Endereço: Rua Barão de Juparanã, Nº 43; Jardim Medina, Poá/SP.

CEP: 08.556-230.

Horário de funcionamento: Sempre aberto.

A Unidade de Pronto Atendimento será mantida pela Prefeitura da Estância Hidromineral de Poá, integrando a Rede Municipal de Saúde, da qual fazem parte os equipamentos constantes, conforme segue:

CNES	DESCRIÇÃO
6322778	CAPS AD
39489	CAPS II
6322816	CASA DO ADOLESCENTE
6322840	CASI CENTRO DE ATENCAO A SAUDE DO IDOSO IRMA DULCE
9815333	CENTRAL DE ABASTECIMENTO E ASSISTENCIA FARMACEUTICA
6394361	CENTRAL DE REGULACAO DE POA
5937914	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS DE POA CEO
2773139	CENTRO DE FISIOTERAPIA ALBERT SABIN
9156844	CENTRO MUNICIPAL DE ESPECIALIDADES CEME
2773252	CMRF VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA POA

2718928	ESF MADRE ANGELA
116750	HOSPITAL DE CAMPANHA POA CONTRA COVID
7556454	ODONTOMOVEL POA
2082411	PRONTO ATENDIMENTO DR GUIDO GUIDA
7666519	SAE POA
6394493	SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE DE POA
2773430	UBS DE VILA JAU
2773805	UBS DR CYPRIANO MONACO JD NOVA POA
2773481	UBS FILOMENA ROSIELA GUIDO JD SAO JOSE DE POA
2773457	UBS JOSE PERETA
2773449	UBS MARIA EDUARDA RIBEIRO DOMINGUES SANTA HELENA
2773821	UBS TITO FUGA CALMON VIANA POA
2773163	UBS VEREADOR FARID DOMINGUES CSII DE POA
2773406	UBS VEREADOR WELLINGTON LOPES JD AMERICA
2773201	UNIDADE DE VIGILANCIA ZOOTICA
6322581	USF CIDADE KEMEL
6322719	USF DR MURILO MENDES SOARES VILA JULIA
6322530	USF JARDIM EMILIA
6322646	USF JD SAO JOSE
2718987	USF NELSON POZZANI FILHO VILA VARELA
6322670	USF SEBASTIAO ARRECIGNELLI
2773953	VIGILANCIA SANITARIA DE POA

Fonte: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>

6.1. Visita técnica

A visita técnica foi realizada na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL GUIDO GUIDA em 28 de outubro de 2021, para avaliar as condições das suas instalações físicas e de infraestrutura.

No dia 28 de outubro as 10h a representante legal Sra Adriana Coluci da Costa Marques do Instituto Alpha de Medicina para Saúde, realizou visita técnica ao Pronto Atendimento Guido Guida.

A visita foi acompanhada pela Sra Alexandra da Secretaria de Saúde de Poá.

Objetivos:

1 – Conhecer as dependências da unidade observando e identificando as

condições estruturais, necessidades de adequações, reformas e demais serviços pertinentes para melhoria na qualidade de assistência, tornando o local mais acolhedor;

2 – Identificar os equipamentos médicos hospitalares, mobiliários e instrumentais, bem como as condições de conservação para garantir um atendimento de qualidade, sem riscos para a assistência médica e demais equipes multiprofissionais;

Nesse sentido, passamos a realizar as seguintes considerações:

O imóvel utilizado para funcionamento do PRONTO ATENDIMENTO GUIDO GUIDA, encontra-se de forma geral ruim necessitando de adequações na sua estrutura, tais como: iluminação, portas, piso, paredes, janelas, elétrica e hidráulica.

A caixa d'água necessita de manutenção corretiva e limpeza.

O mobiliário existente é insuficiente, necessitando de manutenção corretiva.

Os equipamentos médicos hospitalares encontram-se em regular estado de conservação e funcionamento.

Foi identificado a necessidade de aquisição de enxoval hospitalar completo.

O local não dispõe de servidor para os equipamentos de informática.

Segundo informações a rede de gases medicinais passou por manutenção recentemente, porém as réguas necessitam de manutenção e/ou substituição.

Durante a visita foi observado que a manutenção predial está ruim, sendo necessárias melhorias.

Observou-se que os equipamentos de combate a incêndio necessitam de manutenção.

Verificou-se externamente que as entradas são de fácil acesso, porém o fluxo necessita de aperfeiçoamento para facilitar o deslocamento dos usuários.

Internamente constatamos a existência de dois elevadores para uso de pacientes e funcionários, além de um elevador monta carga, todos necessitando de manutenção.

O prédio não possui sistema de para-raio.

A unidade necessita de desinsetização, desratização e descupinização.

A unidade possui gerador próprio em funcionamento.

A unidade possui duas caldeiras a Gás.

A unidade não disponibiliza Sistema de Vácuo.

O sistema de oxigênio é fornecido através de cilindros, sendo que o local onde é armazenado possui espaço para instalação de tanque criogênico.

A unidade possui refeitório e cozinha equipada, não dispendo de câmara fria.

A farmácia e almoxarifado estão funcionando no mesmo local, não possuindo refrigeração.

De forma geral, pouquíssimos locais dispõe de ar condicionado.

O pavimento térreo está sendo todo utilizado para operação.

O primeiro pavimento disponibilizado para o Pronto atendimento encontra-se desativado.

O segundo pavimento está desativado e será de responsabilidade da prefeitura assim como o telhado, exceto o local onde encontra-se a CME.

O local onde funciona a CME possui duas autoclaves e está interdito pela Vigilância Sanitária Estadual.

Foram observados os seguintes serviços terceirizados: Alimentação; fornecimento de gases medicinais, limpeza hospitalar, lavanderia hospitalar, esterelização de instrumentais médicos hospitalares; laboratório de análises clínicas, locação de equipamentos (eletrocardiograma, CR digitalizadora) .

O local não possui controlador de acesso.

O fluxo de atendimento aos portadores de síndrome gripal é realizado em local separado.

Triagem adulto e infantil, sendo classificados no mesmo local.

O setor de observação masculina e feminina está sendo no mesmo ambiente.

6.2. Prestação dos Serviços

O Pronto Atendimento Municipal Guido Guida é a única referência do município para atendimento relacionado à Síndrome Gripal, além disso, é a Unidade de assistência clínico/pediátrica interruptamente no serviço de urgência e emergência de referência para o atendimento extra-hospitalar SAMU, pactuado no convênio SAMU –

Suzano/Poá.

O Pronto Atendimento Municipal Dr Guido Guida prestará atendimentos de urgência e emergência, SADT-Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, para usuários do Sistema Único de Saúde, por demanda espontânea e referenciada (SAMU).

A Unidade contará com atendimento de porta além do serviço estabilização em sala de choque, leitos de emergência, remoção para unidades referenciais (contemplando 01 viatura de suporte avançado de vida e 01 viatura suporte básico) e leitos de observação Clínica Médica, bem como, atendimento em área exclusiva de pacientes com síndrome respiratória, composta no total por 20 leitos, distribuídos por atendimentos, conforme seguem:

- Clínica Médica – 05 leitos observação;
- Pediatria – 04 leitos observação;
- Covid-19 – 02 leitos observação;
- UTI Covid-19 – 02 leitos (com monitor e respirador);
- Emergência – 02 leitos estabilização e 05 leitos (com monitor e respirador).

O quadro médico será lançado da seguinte forma:

Especialidade	Qtde / Turno
CLINICA MÉDICA – ADULTO	2 DIURNO / 2 NOTURNO
CLINICA MÉDICA – COVID-19	1 DIURNO / 1 NOTURNO
EMERGÊNCIA	1 DIURNO / 1 NOTURNO
PEDIATRIA (CLÍNICA E EMERGÊNCIA)	2 DIURNO / 2 NOTURNO

Serão disponibilizadas salas específicas para o funcionamento da ala de COVID-19, onde serão realizados serviços de exames laboratoriais do Pronto Atendimento, bem como, apoio laboratorial da Rede Básica, eletrocardiograma aos usuários atendidos em regime de urgência/emergência, efetuando tanto a aquisição, quando necessário,

quanto à manutenção dos equipamentos necessários, como também os aparelhos de diagnósticos, medicamentos, insumos, almoxarifado, esterilização de materiais (resistentes à alta temperatura e sensíveis ao calor), gases medicinais do Pronto Atendimento e apoio a Rede Básica, gerador e cabina primária, alimentação dos pacientes e acompanhantes, enxoval, lavanderia, software e sistema de gestão na saúde, bem como todas relacionadas à segurança integrada e tecnologia da informação, despesas com materiais de escritórios, informática, limpeza e manutenção da caixa d'água, manutenção da caldeira, bem como manutenção e adequação predial, importando naquelas que sejam decorrentes da boa utilização do imóvel, bem como serviços decorrentes da unidade como segurança, controladores de acesso, dentre outros que considerar necessário para o regular desempenho das atividades.

Será mantida uma equipe de higiene e limpeza hospitalar, própria ou terceirizada, a fim de manter a adequada condição de salubridade e higiene em dependências do Pronto Atendimento Municipal Dr. Guido Guida, com a disponibilização de mão de obra qualificada, materiais, equipamentos e produtos saneantes domissanitários.

6.3. Especialidades Médicas disponíveis 24 horas

A Unidade de Pronto Atendimento Municipal Dr. Guido Guida presta atendimentos de urgência e emergência das seguintes especialidades médicas:

- Clínica Médica Adulto – 24 horas;
- Clínica Médica Covid-19 – 24 horas;
- Emergência – 24 horas;
- Pediatria (Clínica e Emergência) – 24 horas.

6.4. Serviços a serem realizados

O paciente será atendido desde a sua admissão até sua alta, de acordo com sua patologia, incluindo todos os atendimentos e procedimentos necessários para a

identificação do seu diagnóstico.

Os serviços a serem realizados são:

- Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico durante as 24 horas do dia aos pacientes dentro do perfil da linha de cuidado do Pronto Atendimento;

- Exames Laboratoriais;
- Eletrocardiograma;
- Triagem Geral;
- Triagem Covid-19;
- Coleta Geral;
- Coleta Covid-19;
- Observação Clínica Médica;
- Observação Covid-19;
- UTI Covid-19;
- Suturas;
- Exames de Imagem – Raios-X;
- Administração de Medicamentos;
- Fisioterapia;
- Inalação.

7. ATIVIDADE

A Entidade realizou um estudo prévio através de pesquisas junto ao município, bem como visita técnica para o conhecimento do objeto, a fim de que possa oferecer o mais eficaz e eficiente serviço, de acordo com as necessidades locais, considerando normas técnicas, jurídicas e financeiras voltadas para as Organizações Sociais sem fins lucrativos.

Diante do cenário apresentado em relação ao município de Poá, o método que sustenta as ações do presente Projeto assenta-se nos conceitos do apoio institucional, bem como em uma gestão na qual as atividades, fluxos e procedimentos desenvolvidos

serão embasados em protocolos técnicos, resoluções, normas e portarias de órgãos públicos, acadêmicos ou de categoria de classe, de forma que o usuário do Pronto Atendimento Dr. Guido Guida seja beneficiado com a qualidade e acolhimento em todo o atendimento, desde a sua chegada na unidade até a alta.

Através do sistema de atendimento eletrônico o Instituto fará o monitoramento e acompanhamento em tempo real, a fim de estar sempre munido de informação ao tomar qualquer ação seja corretiva ou preventiva.

7.1. Administrativos

7.1.1. Recepção

A recepção é a porta de entrada do Pronto Atendimento e também seu cartão de visitas. É geralmente o primeiro local onde o paciente recebe uma atenção pormenorizada e atendimento pessoal individualizado, no que tange a cobertura de internação, funcionamento de processos internos, de iniciação de procedimentos médicos emergência.

Este primeiro contato será realizado por profissionais devidamente capacitados e qualificados para executá-lo de forma cordial, com atenção, rapidez e o adequado tratamento aos trâmites burocráticos necessários ao processo.

Será registrada uma Ficha de Atendimento – FA, onde serão inseridos os dados pessoais e encaminhados para a sala de atendimento para classificação de Risco.

Espera

Após atendimento de classificação, haverá um painel digital com a informação do andamento do atendimento, fazendo assim o controle eletrônico desde a ordem de chegada até a saída, facilitando também para o paciente a visualização de forma online do andamento do seu atendimento, seguindo de acordo com o grau de prioridade

classificado na triagem, informando a posição em relação à sua ordem na fila enquanto este aguarda para a sua consulta, tomada de medicamentos, exames, entre outros procedimentos.

Na espera, o paciente que aguardar atendimento para atendimento clínico, será acolhido com conforto, em um ambiente harmonizado e climatizado. A chamada via painel eletrônico, com voz e foto, a partir de um acionamento via sistema do profissional médico.

Estará disponível a tela com a fila de espera, conforme já apresentado.



Figura: Fila painel de atendimento – Clínico ou classificação de Risco

OBS: Esta tela estará em todos os ambientes em que o paciente precisará aguardar por atendimento, para que o mesmo possa sempre acompanhar a sua ordem na espera.

7.1.2. Serviço de Arquivamento de Prontuário

Todos os prontuários médicos dos pacientes serão preenchidos de forma individualizadas contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução,

intervenções e exames realizados, escritos de forma objetiva, datados, assinados e com a informação completa (nome e registro do Conselho de Classe Profissional) do responsável pelo atendimento (médico equipe de enfermagem, fisioterapia, nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam).

Os prontuários serão ordenados no Serviço de Arquivo de Prontuários e gerados em Sistema Informatizado Eletrônico.

7.1.3. Plantão Administrativo

O Instituto Alpha manterá para as atividades do Pronto Atendimento um plantão de atendimento, com jornada de 12/36 horas, onde os colaboradores desta área serão os responsáveis pela comunicação com as Centrais de Regulação, funcionando dentro dos parâmetros estabelecidos pela Política Nacional de Regulação do SUS e normas acordadas e acompanhadas pela SMS/CMS/ITA.

7.1.4. Faturamento

O Setor de Faturamento da Unidade será responsável pela alimentação de informações dos atendimentos dos pacientes na Unidade nos sistemas padronizados pelo SUS, mantendo atualizados, mensalmente, junto à SMS, o CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e a FPO - Ficha de Programação Orçamentária, com informações encaminhadas junto com a Prestação de Contas. O Setor de Faturamento seguirá as normas operacionais do Departamento de Regulação, Controle e Avaliação Municipal.

7.1.5. Gestão

Para a Gestão eficaz e o atendimento qualificado à população, o Instituto manterá equipe gestora disponível in loco, acompanhando e tomando as ações necessárias ao

bom andamento da Unidade, bem como implantará sistema de Gestão “*on line*”, sendo possível acessar em tempo real qualquer informação acerca do atendimento.

O Instituto possui em seu quadro diretivo profissionais habilitados e aptos a participar do planejamento, controle, avaliação, gerenciamento e organização dos processos das equipes, acompanhando seu desempenho físicos (estrutura – física da instituição de saúde) e financeiros (controle de compras e custos) que atuarão direto e indiretamente na execução dos serviços da Unidade.

Atuarão *in loco* ainda profissionais com perfil de liderança atuando diretamente junto à sua equipe para apoio técnico e administrativo, como:

Diretor clínico, Gerente administrativo, Coordenação médica, coordenação administrativa, coordenação técnica, e supervisores (técnico e administrativos)

A Gestão estará orientada a propiciar atendimento de base humanística, que possibilite atuação dos demais profissionais orientada por princípios éticos e comprometidos com a qualidade de atendimento ao paciente considerando fatores diversos, inclusive as mudanças necessárias no Setor Saúde;

Toda a equipe gestora seja diretoria ou contratados estarão aptos a realizar diagnóstico e solução de problemas técnico-administrativos; supervisionar a execução de contratos, controlar, compras, logística, distribuição e estoque de materiais e equipamentos; implementação de políticas públicas de saúde; gerenciar serviços e os processos de trabalho; participar do tratamento estatístico de indicadores de saúde; promover apoio, assistência e segurança ao paciente.

De acordo com os princípios e diretrizes do SUS, a equipe gestora do Instituto atenderá as condições de maneira a submeter-se às normas instituídas pela Diretoria de Saúde municipal.

Através do sistema de atendimento eletrônico descrito no decorrer desta proposta, a equipe gestora acompanhará em tempo real os atendimentos da unidade, os fluxos, as demandas, bem como qualquer informação que julgar necessária para a tomada de decisões. Terá acesso aos atendimentos realizados, pacientes em espera, bem como o tempo em que estão aguardando atendimento, podendo desta forma tomar ações imediatas de gestão. Acompanhará todas as

ações adotadas e apresentará sempre que solicitado, relatórios de atividade que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto.

Alimentará com informações técnicas-financeiras, dentro dos prazos estabelecidos, os sistemas de informações do Tribunal de Contas, conforme prevê a legislação.

Aplicará ferramentas gerenciais que viabilizem a elaboração e utilização de Planejamento Estratégico, conforme edital.

A gestão garantirá que a equipe multidisciplinar estará preparada tecnicamente dentro dos princípios éticos para dar um atendimento competente e um respeito ao paciente, que, por ser em um serviço de urgência, mais facilmente corre o risco de ser ameaçado.

7.1.5.1. Ferramentas Gerenciais

A solução tecnológica implantada atenderá todas as demandas gerenciais que possibilitem, permitam a elaboração e utilização para a realização de um planejamento estratégico.

A gestão de informações proporcionará fases bem distintas relacionadas entre si que englobam situações de **planejamento, organização, direção e controle**.

O Sistema mantém o Gestor do Instituto munido de informações para que possa tomar qualquer ação corretiva ou preventiva na Unidade. Os relatórios com dados de atendimentos serão enviados mensalmente à Secretaria de Saúde do Município junto à Prestação de contas assistencial.

O Modulo de Relatórios Gerenciais “*Business Intelligence*” proporcionará:

- Gestão de Indicadores - Soluções para proporcionar o controle de processos organizacionais através de instrumentos de medição (indicadores) para avaliação de recursos, prazos e desempenho.
- *Balanced Scorecard (BSC)* - Ferramentas de auxílio ao planejamento estratégico que traduz a missão e estratégia da organização em um conjunto de

indicadores de desempenho somada a consultas gerenciais predefinidas para a direção dos equipamentos de saúde.

- **WORKFLOW** - Automatiza os processos de informação tais como aprovação de solicitações, pedidos, etc. Garantindo o menor tempo de operação tornando a Secretaria de Saúde mais dinâmica, rápida e preparada para os desafios as Saúde Pública.

Aplicar ferramentas gerenciais que viabilizem a elaboração e utilização de planejamento estratégico garantindo:

- Atingir e manter a missão da unidade;
- Modelo de governança com administração participativa;
- Segurança do paciente e colaboradores;
- Administração ambiental;
- Qualificação gerencial e assistencial;
- Sistema de avaliação de custos;
- Sistema de informação que permita acompanhamento online pela secretaria da saúde;
- Incentivo à educação permanente e continuada; i) administração da qualidade;
- Administração de riscos.

7.1.5.2. Monitoramento de atendimento

A gestão do Instituto irá acompanhar o desempenho das atividades no Pronto Atendimento através da sua plataforma eletrônica de atendimento.

Relatórios Gerenciais

Os relatórios com dados de atendimentos serão enviados mensalmente à Secretaria de Saúde do Município junto à Prestação de contas assistencial.

- Demanda por período; por profissional; por setor; por município (quando o paciente vem de outro Município);
- Tempo médio de espera;
- Quantitativo de exames solicitados;
- Pacientes demandantes;
- CID's mais comuns (pode informar surtos ou epidemias de um determinado bairro, por exemplo)
- Outros.

Apresentamos abaixo alguns dos relatórios que o gestor do instituto bem como o gestor público tem acesso na utilização do sistema de atendimento eletrônico.

As telas apresentadas são apenas modelos.

Total de atendimentos

CMOPH

TOTAL DE FICHAS POR DIA CONSOLIDADO
PRONTO SOCORRO CENTRAL DE MONGAGUA

EMISSÃO 09/06/2020 DATA ATÉ 05/06/2020



EMISSÃO [09/06/2020 - TERÇA-FEIRA]			
ESPECIALIDADE	FICHAS	RETORNOS	TOTAL
225.225 - MÉDICO CLÍNICO - PS	140	20	170
225.226 - EMERGÊNCIA/REPOUSO - PS	11	1	12
225.270 - MÉDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA - PS	16	13	29
Total EMISSÃO[09/06/2020 - TERÇA-FEIRA]	175	44	219
Total Geral	175	44	219

Este relatório demonstra os quantitativos de atendimento por dia em cada especialidade, Entre outros aspectos possibilita uma análise melhor dos recursos necessários na Unidade, inclusive indica os períodos sazonais, evitando assim

excedentes dos mesmos e trazendo economicidade ao Gestor Público.

Total de atendimentos Município x Municípios vizinhos



CIDADE (MONSABUÁ - SP)	
EMISSÃO	QUANTIDADE
05/04/2020 - TERÇA-FEIRA	154
Total CIDADE(MONSABUÁ - SP)	154
CIDADE (PRAIA GRANDE - SP)	
EMISSÃO	QUANTIDADE
05/04/2020 - TERÇA-FEIRA	6
Total CIDADE(PRAIA GRANDE - SP)	6
CIDADE (ITANHAÉM - SP)	
EMISSÃO	QUANTIDADE
05/04/2020 - TERÇA-FEIRA	3
Total CIDADE(ITANHAÉM - SP)	3
CIDADE (OUTRAS CIDADES)	
EMISSÃO	QUANTIDADE
05/04/2020 - TERÇA-FEIRA	2
Total CIDADE(OUTRAS CIDADES)	2
Total Geral	175

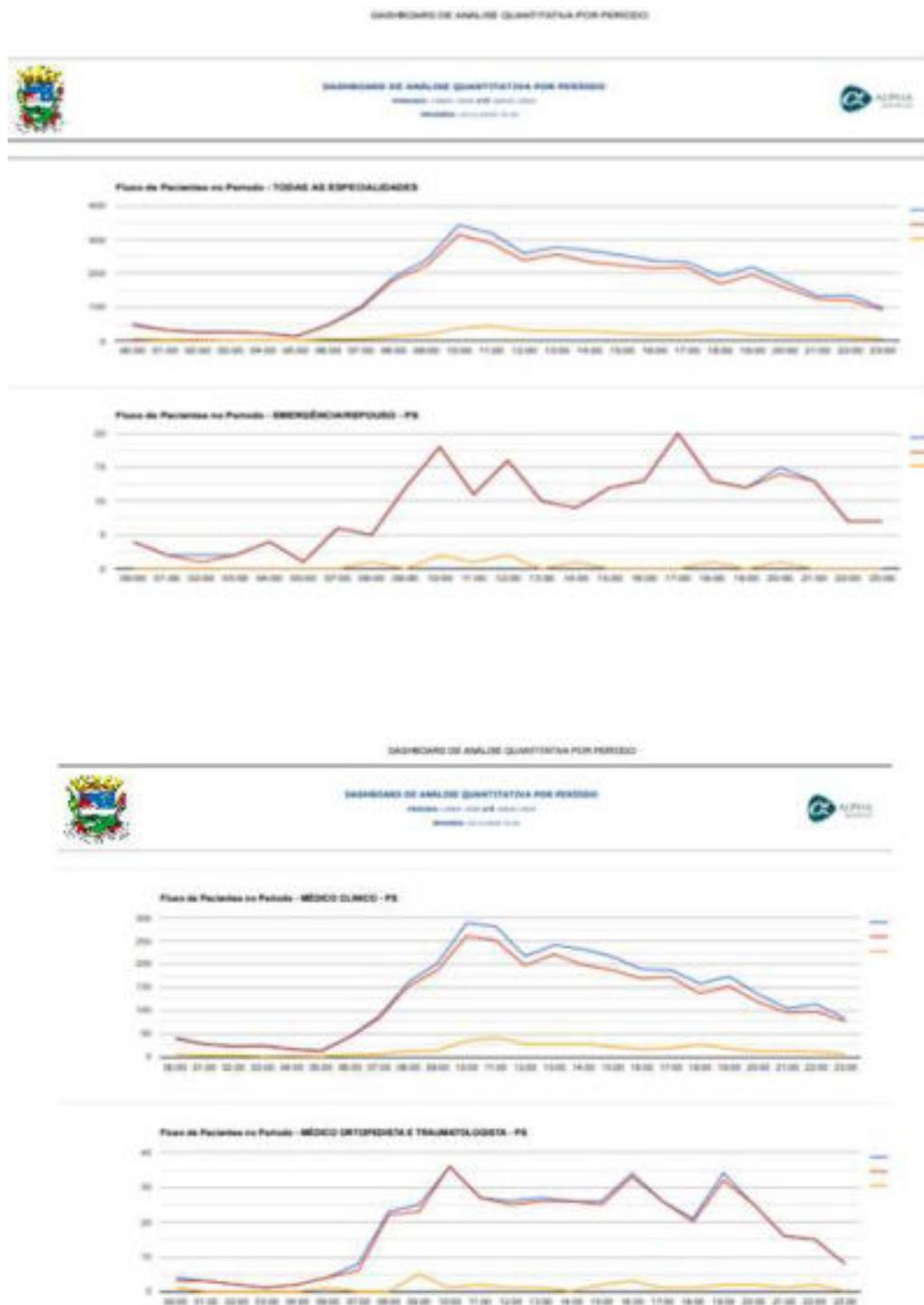
Este relatório demonstra detalhadamente os quantitativos de atendimento por dia oriundos de cada cidade, trazendo transparência e clareza para que o Município saiba exatamente a demanda existente em seu Município bem como das cidades vizinhas que procuram atendimento na Unidade.

Os dados fornecidos por este relatório permite uma análise para futuras ações preventivas em seus atendimentos, sabendo exatamente o quantitativo real do município.

Análise dos Horários de maior demanda

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 procuram atendimento à saúde dentro das 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 local mais indicado para aquele atendimento.



The screenshot shows a web interface with the following elements:

- Top left: 23/11/2020
- Top center: CNEPis
- Center: **PACIENTES MAIS DEMANDANTES** (PROFESSOR SOLIMÃO CEREZINI DE MOURA)
- Below center: DATA DE ELABORAÇÃO: 07/11/2020
- Top right: ALPHA INSTITUTO logo
- Main content: A table with columns: NOME DO PACIENTE, ENDEREÇO, TEL. CONTATO, TEL. MUNICÍPIO, DATA ÚLTIMO ATENDIMENTO, DATA ÚLTIMO ATENDIMENTO (repeated), and DATA ÚLTIMO ATENDIMENTO (repeated). The table contains multiple rows of patient data.

Nos casos mais recorrentes pode ser notado que há munícipes com problemas sociais, pois procuram atendimento mais de uma vez por dia (praticamente todos os dias).

CID's mais comuns

Este relatório demonstra o quantitativo de atendimento especificado por doença (CID10), permitindo aos gestores visualizar as principais ocorrências epidemiológicas do município, como epidemias.



É possível fazer pesquisas considerando a quantidade de atendimento por bairro (qual CID mais comum naquele bairro), por CID (aonde um determinado CID é mais expressivo), Considerando o período que desejar, seja um dia, um mês, ano, etc.

COVID19 - Importante ferramenta para a identificação dos bairros com maior concentração de casos suspeitos ou confirmados, possibilitando assim 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. Pode ser apresentado também qual bairro precisa de um determinada ação devido ao apontamento de um CID comum na região.

A plataforma possui uma infinidade de opções de pesquisa, trazendo a informação essencial para o gestor na tomada de decisão. A pesquisa pode ser feita por especialidade, por região, por data, etc.

A partir deste relatório, é possível formular estratégias para atender as necessidades, seja educação permanente, seja reuniões periódicas com os usuários,

bem como notificar a secretaria os CID's que mais prevalecem no município.

Tempo médio de espera



TEMPO MÉDIO DE ESPERA CONSOLIDADO
PRONTO SOCORRO CENTRAL DE MONGAGUÁ

EMISSION: 18/11/2020 DATA ATÉ: 18/11/2020

ESPECIALIDADE: 225125 - MÉDICO CLÍNICO - PS

TEMPO MÉDIO DE ESPERA CONSOLIDADO							
EMISSION	RECEPÇÃO (MINUTOS)	CLASSIFICADO (MINUTOS)	CONSULTA (MINUTOS)	RETORNO (MINUTOS)	TEMPO MÉDIO SEM RETORNO (MINUTOS)	TEMPO MÉDIO COM RETORNO (MINUTOS)	QTD. TOTAL DE FICHAS NO PERÍODO
18/11/2020 - QUARTA-FEIRA	0	0	22	22	36	52	102
Total: TEMPO MÉDIO DE ESPERA CONSOLIDADO							52
Total: Total							52

Este apresenta um levantamento diário do tempo médio de espera dos pacientes atendidos na unidade, nos apresentando um controle assíduo e constante da eficiência do atendimento dos nossos profissionais.

Fila de atendimento em tempo real



AGUARDANDO CONSULTA <small>12 Pacientes em espera</small>		RETORNO CONSULTA <small>0 Pacientes em espera</small>		CHAMADA NÃO ATENDIDA <small>14 Pacientes em espera / não atendidos</small>	
FOTO	PACIENTE(S) - TOTAL 12	FOTO	PACIENTE(S) - TOTAL 0	FOTO	PACIENTE(S) - TOTAL 14
	Nome: 01/01/2018 14:15 NÃO ATENDIDO VILMA FRANCISCA DA SILVA ABALHO				Nome: 01/01/2018 14:15 NÃO ATENDIDO RUTH DA CONCEIÇÃO GONÇALVES DE SOUZA
	Nome: 01/01/2018 14:14 NÃO ATENDIDO FRANCISCO RODRIGUES DOS SANTOS				Nome: 01/01/2018 14:15 NÃO ATENDIDO CARLOS EDNEI BONFIM CERQUEIRA
	Nome: 01/01/2018 14:14 NÃO ATENDIDO MARIA COSTA SILVA FERREIRA				Nome: 01/01/2018 14:15 NÃO ATENDIDO GERALDO DO CARMO MOREIRA
	Nome: 01/01/2018 14:14 NÃO ATENDIDO DIEGO SILVA DE JESUS				Nome: 01/01/2018 14:15 NÃO ATENDIDO WILSON PEDRO DE SOUZA
	Nome: 01/01/2018 14:14 NÃO ATENDIDO MANUEL JOSÉ REVES COSTA				Nome: 01/01/2018 14:15 NÃO ATENDIDO SILVANA APARECIDA DE SANTANA
	Nome: 01/01/2018 14:14 NÃO ATENDIDO DANIELLE COSTINHO THOME DO NASCIMENTO				Nome: 01/01/2018 14:15 NÃO ATENDIDO MARIA LUCIA FLOREANO
	Nome: 01/01/2018 14:14 NÃO ATENDIDO MARIA CONCEIÇÃO DOS SANTOS				Nome: 01/01/2018 14:15 NÃO ATENDIDO MARCOS ANTONIO DOS SANTOS

O sistema nos possibilita conforme tela anexa a visualização para tomada de decisão em tempo real, pois nos mostra o quantitativo de pacientes em espera frente ao tempo de atendimento dos nossos profissionais.

Tela no Conforto Médico

O Instituto irá disponibilizar painel eletrônico no conforto médico como forma de mantê-los sempre atentos ao fluxo de pacientes na fila para atendimento no consultório médico. Desta forma os profissionais acompanharão o número e tempo de esperas de pacientes aguardando atendimento. Os profissionais serão orientados a realizar imediato atendimento sempre que houver pacientes em espera, bem como não poderão deixar a clínica médica ou sala de atendimento sem que tenha um profissional realizando atendimento.

É possível que a gestão da Unidade acione o profissional médico (caso seja necessário) mesmo estando a distância, com apenas um clique através do celular ou computador.



Figura: Tela de pacientes em fila eletrônica.

7.2. Assistenciais

7.2.1. Sala de Acolhimento/Classificação de Risco

O atendimento de Urgência e Emergência será feito através do acolhimento com Classificação de Risco, que é um instrumento de humanização ao atendimento, que visa estabelecer classificação mediante protocolo, as queixas destes pacientes, a fim de encaminhá-los a um atendimento ideal de acordo com as necessidades de suas demandas, e com atenção especial aos possíveis casos de Covid19. Será avaliado pela equipe técnica e administrativa um melhor fluxo dentro da Unidade para combate ao Covid-19.

A Classificação de Risco traz segurança tanto para o paciente quanto para o profissional, pois substitui a forma ineficaz e arriscada em muitos casos, de atendimento por ordem de chegada.

A implantação deste fluxo faz com que as pessoas tenham consciência sobre o processo de atendimento, tendo a Instituição como prioridade atender Urgência e Emergência.

Na sala de atendimento, haverá um enfermeiro que realizará a escuta qualificada com aferição dos sinais vitais e classificação de risco identificando necessidade de atendimento imediato (devendo ser encaminhado para sala de emergência) ou aguardar atendimento clínico de acordo com a gravidade, conforme os principais protocolos utilizados universalmente. Todas as informações serão alimentadas dentro da plataforma tecnológica e posteriormente encaminhadas à assistência médica apropriada na sala de emergência ou consultórios.

Emergências: Em situações onde há risco de perda de vida e, necessitam, portanto, de atendimento imediato, sendo encaminhados para a sala de emergência.

Urgências: Em situações caracterizadas pela gravidade do estado do paciente, não implicando em perda de vida imediata, mas com possível evolução do caso, sendo encaminhados aos consultórios médicos.

Todas as informações serão alimentadas dentro da plataforma tecnológica e posteriormente encaminhadas à assistência médica apropriada na sala de emergência ou consultórios.

A identificação da classificação será diretamente no sistema de atendimento e o paciente será identificado com as cores da classificação sendo elas:



7.2.2. Sala de Urgência/Emergência

A sala de emergência estará preparada com equipe especializada e apta a realizar desde a aplicação de medicação, curativos, drenagens e pequenos procedimentos até atendimentos mais complexos, como uma parada cardíaca com situações onde há risco de perda de vida e, necessitam, portanto, de atendimento imediato.

No entanto, sua estrutura possui capacidade para 04 leitos de atendimento. Serão disponibilizados poltronas reclináveis para atendimento até o momento de internação nos leitos da Unidade, transferência ou alta.

As informações acerca do quadro do paciente serão atualizadas com frequência juntamente com a solicitação de vaga para uma Unidade de atendimento mais adequada ao seu quadro.

7.2.3. Salas de Observação

Nos leitos de observação / internação, masculino, feminino ou isolamento, o médico do plantão acompanhará a evolução do paciente, alimentando diariamente no sistema qualquer informação pertinente ao paciente, inclusive medicamentos, prescrição de dietas, e acompanhamento de novos resultados de exames, entre outros.

As informações acerca do quadro do paciente também serão atualizadas com frequência juntamente com a solicitação de vaga para uma Unidade de atendimento mais adequada ao seu quadro. Será registrado, via sistema de regulação municipal e CROSS.

A Tecnologia da Informação atuante na disponibilização, planejamento, na organização e no gerenciamento dos leitos de enfermaria e observação, envolvendo a área de gestão de pessoas, materiais e equipamentos.

Controle do uso de leitos e equipamentos, exames, medicamentos e outros.
Emissão de relatórios e boletins de prestação de contas para o Sistema Único de Saúde (SUS).

OBSERVAÇÃO CLÍNICA: Compreende a prestação de assistência à saúde no período previsto de até 24 horas, oferecendo atendimento assistencial integral necessário, dentro do escopo de Pronto Atendimento, para obter o diagnóstico e resolver as queixas do paciente com o emprego de terapêuticas necessárias.

INTERNAÇÃO: Admissão de pacientes para ocupar um leito por um período superior a 24 horas, oferecendo atendimento assistencial integral necessário, dentro do escopo de Pronto Atendimento, para obter o diagnóstico e resolver as queixas do paciente com o emprego de terapêuticas necessárias com fins diagnósticos ou terapêuticos, nas seguintes áreas:

CLÍNICA MÉDICA

PEDIATRIA

ORTOPEDIA

ASSISTÊNCIA MÉDICA

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

NO PERÍODO DE OBSERVAÇÃO / INTERNAÇÃO ESTÁ INCLUÍDA

- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer.
- Tratamento farmacoterapêutico necessário, de acordo com a padronização da Unidade, REMUME, conforme determinado pelo SUS – Sistema Único de

Saúde.

- Cuidados e procedimentos assistenciais necessários ao cliente.
- Assistência Nutricional necessária durante o período de observação e internação.
- Direito a acompanhante durante o período da observação e internação, conforme regras estabelecidas devido às condições especiais do usuário (as normas que estabelece o direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS - Sistema Único de Saúde).

Nos leitos de observação / internação masculino, feminino ou isolamento, o médico do plantão acompanhará a evolução do paciente, alimentando diariamente no sistema qualquer informação pertinente ao paciente, inclusive medicamentos, prescrição de dietas, e acompanhamento de novos resultados de exames, entre outros.

As informações acerca do quadro do paciente também serão atualizadas com frequência juntamente com a solicitação de vaga para uma Unidade de atendimento mais adequada ao seu quadro. Será registrado, via sistema CROSS.

A Tecnologia da Informação atuante na disponibilização, planejamento, na organização e no gerenciamento dos leitos de enfermaria e observação, envolvendo a área de gestão de pessoas, materiais e equipamentos.

A tecnologia da informação na gestão de leitos de enfermaria e observação atenderá as seguintes demandas:

- Monitoramento de indicadores de desempenho, qualidade e custos.
- Geração de estatísticas: tempo médio de utilização dos leitos (geral e por profissional).
- Histórico de workflow, Histórico de atributos, Histórico de visualizações, Relatórios específicos por processo e Relatórios gráficos com diversidade de apresentação.
- Controle do uso de leitos e equipamentos, exames, medicamentos e outros.
- Emissão de relatórios e boletins de prestação de contas para o Sistema Único

de Saúde (SUS).

A Plataforma do sistema possibilita o controle de todos os setores da Unidade.

7.2.4. Acompanhante

Será permitido, conforme Lei nº10741/03, Lei nº 8.069/1990 e 106/2009, 01 (um) acompanhante para pacientes menores de 18 anos, maiores de 60 anos ou portadores de necessidades especiais.

Manual Informativo para Pacientes e Acompanhantes

- Este manual tem o objetivo de fornecer informações importantes para uma internação segura, confortável e humanizada.
- Solicitamos a colaboração no cumprimento das normas descritas abaixo, e colocamo-nos à sua disposição.

IDENTIFICAÇÃO

- Para a circulação nas dependências de internação o paciente, acompanhante e visitante deve estar com a pulseira de identificação.

PERTENCES

- Os valores e pertences pessoais do paciente internado deverão ser recolhidos pelo seu responsável no ato da internação, devendo ficar apenas produtos de higiene básica (sabonete, escova e creme dental, desodorante, etc.), toalha e uma troca de roupa, que ficarão aos cuidados do paciente e/ou acompanhante;
- Não nos responsabilizamos por perdas, danos ou extravios de quaisquer objetos, inclusive joias, dinheiro, cartões de crédito, celulares e pertences em geral.

ACOMPANHANTES

- É permitido apenas 01 (um) acompanhante, no Setor de Classificação de Risco e Consultório Médico;
- É permitido apenas 01 (um) acompanhante, no Setor de Repouso, para: Paciente com idade inferior a 18 anos, atendendo ao Estatuto da Criança e Adolescente (Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990).
- Paciente com idade superior a 60 anos, segundo critério médico, atendendo ao Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de outubro de 2003).
- Paciente psiquiátrico.
- Paciente com necessidades especiais.
- (Exceções somente com autorização, por escrito, do enfermeiro responsável pelo setor).
- As trocas de acompanhantes são realizadas na recepção das 08:00h às 09:00h (manhã) e 19:00h às 20:00h (noite); Podendo ser alterado de acordo com as necessidades.
- O acompanhante de paciente adulto deverá ser preferencialmente do mesmo sexo a fim de se evitar possíveis constrangimentos aos demais pacientes do quarto;
- O acompanhante deve permanecer no quarto, cuidando somente de seu familiar, caso haja necessidade de se ausentar, deverá informar à equipe de enfermagem;
- Caso haja transferência do paciente para outra unidade de saúde, poderá haver um acompanhante no momento da saída;
- Não é permitido acompanhante na Sala de Emergência. (Exceções somente com autorização, por escrito, do médico responsável ou do enfermeiro do Setor).

TERMO DE CIÊNCIA

<p>Eu, (PACIENTE/RESPONSÁVEL)</p> <p>_____</p> <p>portador do documento de número (RG/CPF) _____ declaro que recebi o manual de normas e rotinas para pacientes, acompanhantes e visitantes.</p> <p>DATA ____ / ____ / ____</p> <p>_____</p> <p>ASSINATURA</p> <p>ENFERMEIRO (Carimbo e assinatura): _____</p>
--

CONTROLE DE INFECÇÃO

Antes de entrar no quarto, lave as mãos;

Os visitantes e acompanhantes não devem deitar, sentar ou colocar pertences no leito do paciente;

Não é permitido fumar dentro da Unidade e dependências;

Não é permitido trazer flores;

No caso de isolamento, as visitas são restritas. Dirija-se ao posto de enfermagem para receber orientações.

7.2.5. Visitas

As visitas estão suspensas durante a pandemia da Covid 19, ao findar este momento que estamos vivenciando, os horários poderão ser conforme abaixo, ou poderão ser redefinidos de acordo com a necessidade do local.

08h00 as 09h00

16h00 às 17h00

Quando retornarmos com as visitas, será permitido apenas um visitante por paciente por vez.

REPOUSO: É permitido 02 visitantes, **sem revezamento**;

Permitimos visitas religiosas, desde que com credenciais específicas para o desempenho de suas funções e identificados pela recepção.

Os visitantes serão devidamente identificados com pulseiras.

Os horários poderão ser alterados em comum acordo com a SMS –Poá.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Antes de entrar no quarto, lave as mãos;

Os visitantes e acompanhantes não devem deitar, sentar ou colocar pertences no leito do paciente;

Não é permitido fumar dentro da Unidade e dependências;

Não é permitido trazer flores;

No caso de isolamento, as visitas são restritas. Dirija-se ao posto de enfermagem para receber orientações.

7.2.6. Posto de Medicação

A padronização de medicamentos segue a lista classificada do REMUME municipal de Poá e deverá atender o perfil de atendimento clínico, de forma a garantir uma terapêutica eficiente.

Estima-se que os erros de medicação em hospitais provoquem mais de 7.000 mortes por ano nos Estados Unidos da América, acarretando importantes custos tangíveis e intangíveis. No Brasil ainda não estão disponíveis estatísticas de óbitos relacionados a erros de medicação. Diante da possibilidade de prevenção dos erros de medicação e do risco de dano em função da sua ocorrência, torna-se relevante identificar a natureza e determinantes dos erros, como forma de dirigir ações para a prevenção. As falhas no processo de utilização de medicamentos são consideradas importantes fatores contribuintes para a redução da segurança do paciente.

As prescrições, quanto ao tipo, classificam-se como:

Urgência/emergência: quando indica a necessidade do início imediato de tratamento. Geralmente possui dose única;

APLICAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Pro re nata ou caso necessário: quando o tratamento prescrito deve ser administrado de acordo com uma necessidade específica do paciente, considerando-se o tempo mínimo entre as administrações e a dose máxima;

Baseada em protocolos: quando são preestabelecidas com critérios de início do uso, decurso e conclusão, sendo muito comum em quimioterapia antineoplásica;

Padrão: aquela que inicia um tratamento até que o prescritor o interrompa;

Padrão com data de fechamento: quando indica o início e fim do tratamento, sendo amplamente usada para prescrição de antimicrobianos em meio ambulatorial;

Verbal: utilizada em situações de emergência, sendo escrita posteriormente, em decorrência, possui elevado risco de erros e deverá ser restrita às situações para as quais é prevista:

Deverão seguir alguns itens de verificação segura de medicamento:

Identificação do paciente

Identificação do prescritor na prescrição

Identificação da instituição na prescrição

Legibilidade

Não ter uso de abreviaturas

Expressão de doses

Cálculo de dose, via e quantidade

As prescrições verbais deverão ser apenas concedidas em caso de urgência e emergência e validada pelo prescritor assim que possível

Na transferência do paciente entre leitos, entre duas unidades de uma mesma instituição hospitalar e entre instituições hospitalares distintas, as seguintes ações devem ser realizadas: Encaminhar resumo da internação e o prontuário atualizado e organizado (transferência interna), bem como resumo de alta (em caso de transferência externa, como forma de melhor orientar a nova equipe, que prestará assistência ao paciente). O prescritor deverá elaborar detalhado histórico do plano terapêutico medicamentoso do paciente, podendo, para isso, contar com a participação do farmacêutico.

Importante: Os pontos de transição dos pacientes no hospital, da admissão à alta, ou mudança de local de internação, são considerados críticos, pois, frequentemente, nessas mudanças, ocorre expressivo número de erros de medicação, devido a informações incorretas ou incompletas sobre os medicamentos utilizados pelos

pacientes, ocasionando principalmente a omissão ou duplicidade de dose. Nos pontos de transição, especialmente na alta hospitalar, o paciente deverá receber uma prescrição contendo todos os medicamentos de que fará uso e as recomendações necessárias à continuidade do tratamento, sendo recomendável a participação do farmacêutico com orientações para o uso seguro e racional dos medicamentos prescritos.

As prescrições de medicamentos serão fornecidas de forma eletrônica.

O profissional de enfermagem terá acesso à fila de espera de medicação com as informações da medicação a ser ministrada, pacientes por prioridades de classificação de risco, tempo de espera e retorno de atendimento.



PAVIL	POSO	PROFIDADO	NOME	PRESCRIÇÃO	RETORNO	TEMPO	AÇÃO			
COMAR		001/0000/11000	REGISTADO	SP 100MG IV ACQUA ANTIB LAMP IV ACQUA DIPYRIDA DO IV ACQUA DILUTADO LAMP IV ACQUA DIPYRIDA DO IV ACQUA DIPYRIDA DO IV ACQUA	00 - NÃO	23/00:00	CONFIRMAR	EDITAR	EM EDIÇÃO	NÃO RESPONDER
COMAR		001/0000/11000	REGISTADO	SP 100MG IV ACQUA ANTIB LAMP IV ACQUA DIPYRIDA DO IV ACQUA DIPYRIDA DO IV ACQUA DIPYRIDA DO IV ACQUA	00 - NÃO	23/00:00	CONFIRMAR	EDITAR	EM EDIÇÃO	NÃO RESPONDER
COMAR		001/0000/11000	REGISTADO	SP 100MG IV ACQUA ANTIB LAMP IV ACQUA DIPYRIDA DO IV ACQUA DIPYRIDA DO IV ACQUA DIPYRIDA DO IV ACQUA	00 - NÃO	23/00:00	CONFIRMAR	EDITAR	EM EDIÇÃO	NÃO RESPONDER
COMAR		001/0000/11000	REGISTADO	SP 100MG IV ACQUA ANTIB LAMP IV ACQUA DIPYRIDA DO IV ACQUA DIPYRIDA DO IV ACQUA DIPYRIDA DO IV ACQUA	00 - NÃO	23/00:00	CONFIRMAR	EDITAR	EM EDIÇÃO	NÃO RESPONDER

Figura: atendimento de enfermagem

7.2.7. Sala de Inalação

INALAÇÃO, NEBULIZAÇÃO

As doenças respiratórias são muito comuns em alguns períodos do ano, especialmente durante o outono e o inverno em decorrência da queda nas temperaturas

e o tempo seco. Além disso, elas surgem com mais frequência em pessoas que pertencem aos grupos de risco, como crianças e idosos.

Os sintomas são desconfortáveis e deve ser tratados o quanto antes. É aí que entra a importância de procurar um atendimento médico. Esse profissional vai analisar o quadro clínico do paciente e prescrever a medicação e o tratamento adequados.

Por isso, é necessário entender o que é nebulização. Afinal, esse recurso terapêutico é um dos mais recomendados pelos médicos para reduzir e aliviar os sintomas respiratórios, como tosse, falta de ar e chiado no peito.

Inalação ou Nebulização é a aspiração do ar do ambiente com substância inaláveis como vapor de água, medicamentos, através das vias respiratórias para dentro dos alvéolos pulmonares. Difere da inspiração que se refere a uma das fases da respiração.

A nebulização é um tipo de aerossolterapia, ou oxigenioterapia, procedimento que utiliza a inalação de vapores como via medicamentosa.

Tal método é amplamente indicado no tratamento de problemas respiratórios agudos e crônicos de diversas origens, incluindo asma, bronquites, sinusites, infecções e inflamações em geral. Também é atuante na administração de medicamentos bronco dilatadores e na umidificação das vias aéreas, além de fluidificar secreções.

Será disponibilizados esse serviço na Unidade de acordo com prescrição médica em local disponibilizado com rede de gases suficientes para atender a demanda de atendimento nas 24h do dia.

A enfermagem poderá acompanhar a quantidade e o tempo de pacientes em execução de medicação através da tela do sistema.

7.2.8. Sala de Curativo/Sutura

Na sala de Curativo/Sutura serão realizados os procedimentos tratativos. Isto é, no momento do trauma são interrompidas as conexões vasculares e nervosas, sendo que, quanto mais extenso o traumatismo, maior é o número de elementos lesados. Podem ser encontrados nas feridas tecidos desvitalizados, sangue extravasado, microrganismos ou corpos estranhos, como terra, fragmento de madeira, vidro e outros, dependendo do tipo de acidente e do agente causal.

Após lesão tecidual de qualquer natureza, o organismo desencadeia a cicatrização, considerado um processo extremamente complexo, composto de uma série de estádios, interdependentes e simultâneos, envolvendo fenômenos químicos, físicos e biológicos.

Conforme a intensidade do trauma, a ferida pode ser considerada superficial, afetando apenas as estruturas de superfície, ou grave, envolvendo vasos sanguíneos mais calibrosos, músculos, nervos, fâscias, tendões, ligamentos ou ossos.

Independentemente da etiologia da ferida, a cicatrização segue um curso previsível e contínuo, sendo dividida didaticamente em três fases (fase inflamatória, fase proliferativa e fase de maturação).

O cuidado com feridas traumáticas é determinado pela forma como são tratadas. Cada tipo de fechamento da ferida tem um efeito sobre a cicatrização. Pode ocorrer cicatrização por primeira, segunda ou terceira intenção.

Os objetivos do curativo são a proteção da ferida, prevenção de infecção em caso de fechamento por segunda intenção ou uso de dreno e facilitação do processo de cicatrização.

A escolha do curativo irá depender do tipo de procedimento, tamanho da ferida, presença de drenagem ou sinais de infecção do sítio cirúrgico (ISC).

Em geral, quando falamos em curativos, logo, lembramos-nos de kits básicos de primeiros socorros, com gaze, solução fisiológica, esparadrapo. Mas os curativos têm a finalidade de promover rápida cicatrização, prevenir e evitar infecções locais, além de

gerar conforto aos pacientes.

Feridas são interrupções da integridade de um tecido ou órgão, podendo atingir desde a epiderme até estruturas mais profundas”.

As feridas são tratadas como feridas cirúrgicas ou feridas traumáticas. A seguir, segue a diferença entre elas:

Feridas cirúrgicas: como o nome já diz, são provocadas por tratamentos cirúrgicos.

Feridas traumáticas: são causadas acidentalmente, por agentes que podem ser mecânicos (acidentes, perfuração por armas), físicos (frio, calor, radiação), químicos (ácido, soda cáustica) e biológicos (contato com animais ou parasitas).

Independentemente de qual tipo de ferida precisa ser tratada, o curativo tem papel fundamental para uma boa evolução das feridas, até o fechamento e cicatrização perfeita das mesmas. Um bom curativo deve atender a essas finalidades:

- Limpar a lesão e a pele adjacente;
- Reaproximar as bordas do corte;
- Evitar infecções;
- Manter medicamentos em contato com a ferida;
- Absorver secreções;
- Proteger de traumas mecânicos;
- Acelerar a cicatrização;
- Aliviar a dor;
- Oferecer conforto ao paciente.

Existem vários tipos de curativos. Inicialmente, foram desenvolvidos apenas para proteção das feridas e até hoje são utilizados. Estes são chamados de curativos passivos. No entanto, assim como toda a medicina, os curativos também evoluíram e surgiram, então, os curativos ativos.

Os curativos bioativos e hidroativos criam um ambiente apropriado para a cura das lesões e liberam substâncias que auxiliam na cicatrização, acelerando a função e regeneração tecidual.

Os curativos também recebem uma classificação referente à maneira como cobrem as feridas. A seguir, vamos apresentar quais são os tipos de curativos:

Oclusivo — não permite trocas entre a ferida e o ambiente, ou seja, impede a entrada de ar e absorve completamente os fluidos, evitando a formação de crostas;

Semioclusivo — permite que a ferida “respire” e capta o exsudato, mantendo os líquidos eliminados fora do contato com a ferida;

Compressivo — restringe o fluxo sanguíneo na região da ferida e facilita a aproximação das bordas da lesão;

Abertos — as feridas são limpas e recebem medicação, porém sem cobrir o local da lesão.

Curativos prontos – são curativos que já vêm com substâncias que ajudam na cicatrização, absorção de secreções e no controle de bactérias, prontos para aplicação e, geralmente, são mais caros.

O fato é que um bom curativo, feito pela equipe especializada, deve seguir algumas etapas para que seja eficiente, são elas: higienização das mãos e local onde será feito, retirada do curativo anterior (se for o caso), tratamento da ferida e aplicação do novo curativo.

Os curativos devem ser limpos, secos e devem permitir a ventilação. Algumas feridas necessitam que os curativos sejam trocados mais que uma vez ao dia. Por isso, é importante ter orientação médica ou de um enfermeiro para saber qual é a forma mais adequada de tratar as feridas.

Os curativos crônicos deverão respeitar as determinações da Secretaria de

Saúde juntamente com a atenção primária.

Serão realizados curativos aos fins de semana e em casos antecipadamente definidos e em comum acordo com a Secretaria de Saúde.

Deverão ser respeitados horários e grau de complexidade, ou seja, para casos de curativos altamente infectantes serão realizados em horários estipulados.

Toda e qualquer alteração será avisado aos Órgãos competentes antecipadamente.

SUTURAS

Conjunto de manobras realizadas para unir tecidos com a finalidade de restituir a anatomia funcional.

A sutura é definida pela aproximação das estruturas teciduais através da disposição ordenada de inúmeros nós cirúrgicos e exige conhecimento da técnica, dos fios e de suas aplicações em cada tipo de tecido.

Objetivos básicos de uma sutura:

- Evitar infecção da ferida;
- Promover a hemostasia;
- Diminuir o tempo de cicatrização;
- Favorecer um resultado estético.

As suturas devem ser realizadas em feridas limpas, feridas com contaminação recente e feridas sem infecção.

Para se realizar uma boa sutura, algumas normas básicas são necessárias:

Assepsia adequada: infecções podem fazer deiscência de sutura, por que enfraquecem e destroem os tecidos.

Bordas regulares: facilita a exposição das suturas e sua execução.

Boa captação das bordas: bordas bem alinhadas e coaptadas facilitam o processo de cicatrização, reduz formação de queloides e contribui para uma melhor estética.

Hemostasia: hematomas dificultam a cicatrização e favorece infecções (meio de cultura para os microrganismos). Cuidado! Excesso de hemostasia pode fazer isquemia e promover necrose tecidual.

Evitar espaço morto: pode haver acúmulo de líquidos e afastar os tecidos.

Realizar por planos: promove bom confronto das bordas e evita o espaço morto.

Realizar a técnica adequadamente: adequar a sutura ao tecido, com relação à tensão, tipo de fio e espaçamento correto entre os pontos.

Evitar isquemia e corpos estranhos

Utilizar material apropriado

Não se deve suturar quando estiver diante de:

- Feridas/lesões infectadas;
- Mordidas de animais;
- Perfurações profundas;
- Debris que não podem ser completamente removidos;
- Suturas que demandam muita tensão do tecido;
- Feridas com sangramento ativo não controlado;
- Feridas superficiais (escoriações e erosões),

Material a ser utilizado na sutura:

- Pinças de dissecação

- Porta agulhas
- Agulhas
- Fios cirúrgicos

Sempre se atentar a profilaxia antitetânica e rever o esquema vacinal de cada paciente que chega com um ferimento e ao tipo de ferida.

7.2.9. Sala de Coleta de Exames

Local individualizado destinado a coleta de exames laboratoriais provindo do atendimento médico da porta.

7.2.10. Consultórios

Os consultórios médicos estarão equipados para atender as necessidades dos munícipes.

Serão disponibilizados dois consultórios médicos e um de pediatria nas 24 horas do dia.

Contarão com sistema informatizado, sendo os prontuários eletrônicos.

O local contará com conforto para acolher e humanizar o atendimento.

Também serão disponibilizadas duas salas de classificação de risco, seja adulto e pediatria.

Serão equipados contendo sistema informatizado interligados aos demais locais

internos de atendimento.

Durante a consulta, na ficha do paciente, serão inseridos os dados da avaliação médica, bem como todos os procedimentos necessários posteriores a ela, como: sala de gesso, medicação, prescrição médica, procedimentos realizados, solicitações de exames, encaminhamento para observação em leitos internos, Unidades Básicas de Saúde ou internação em hospital de referência, atendendo cada paciente conforme suas necessidades.

Todas as solicitações serão encaminhadas automaticamente via sistema para as diretrizes apontadas pelo profissional médico.

No atendimento médico, bem como na triagem e procedimentos, os profissionais visualizam na tela abaixo a relação de pacientes que aguardam atendimento, e se é um atendimento primário ou retorno, sendo possível intercalar e considerando a classificação de risco de cada paciente.



Figura: Tela de Atendimento médico e procedimentos

FAA - ATENDIMENTO MÉDICO

A tela de atendimento médico é bem dinâmica, facilitando o atendimento do profissional, não havendo necessidade de abrir múltiplas telas, todas as informações poderão ser inseridas em uma única barra de rolagem.

7.2.11. Posto de Enfermagem

Local destinado a enfermagem para execução de atividades técnicas específicas e administrativas.

É utilizado para preencher prontuários, preparar medicamentos, monitorar estado de saúde de pacientes.

O posto deve atender a toda equipe multidisciplinar, bem como estar equipada com sistema informatizado

Os postos de enfermagem serão readequados para garantir a demanda nas 24h do dia, seja para atender a demanda da porta, observação (leitos), sala de choque e emergência.

7.3. Serviços de Apoio

A Instituto Alpha fornecerá infraestrutura necessária e qualificada com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados, obedecendo às Resoluções dos Conselhos Profissionais e às Normas do Ministério da Saúde - MS, do Ministério do Trabalho e Emprego - MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde (NR32) e à RDC 50 da ANVISA, respeitando as exigências do Termo de Referência e as limitações arquitetônicas do imóvel.

7.3.1. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT

O Pronto Atendimento realizará exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico aos pacientes encaminhados e ou referenciados das unidades básicas do município.

Os exames e outros serviços necessários ao apoio do diagnóstico serão

prestados aos pacientes até 24 horas durante o dia, dentro dos limites do perfil da Unidade conforme prevê o Edital.

O Sistema permitirá ao profissional médico ou enfermeiro alimentar as informações do atendimento ao paciente dentro da plataforma digital, como: Solicitações internas (medicação, procedimentos internos, e exames).

Com o prontuário eletrônico, os custos com exames complementares são reduzidos, pois não serão solicitados em duplicidade, o profissional de saúde tem acesso a TODOS os resultados de exames solicitados anteriormente.



Figura: Fila Painel de atendimento – Procedimentos (medicação, exames)

OBS: Se os atendimentos possuírem uma recepção em comum, as telas mudarão automaticamente sendo apresentadas de maneira intercalada.

Os exames poderão ser realizados interno ou externamente, conforme segue:

INTERNO: Eletrocardiograma e Raio-X (digital), exames laboratoriais (coleta) serão realizados dentro da Unidade e os resultados devem estar disponíveis conforme normatização.

EXTERNO: Já os demais exames como tomografia, Ultrassonografia, etc, poderão ser realizados em Hospitais de referência, acompanhados pela equipe de remoção, quando necessário.

A. Raios-X

Os exames serão realizados dentro da Unidade com equipamento digital, e serão disponibilizados para consulta a qualquer momento, permitindo ao profissional, inclusive, a evolução dos resultados em caso de repetições dos exames, pois ficará disponível no prontuário do paciente.

B. Eletrocardiograma

Os exames de eletrocardiograma, também conhecido como ECG ou eletrocardiografia serão realizados na Unidade e serão disponibilizados para consulta a qualquer momento, permitindo ao profissional do Pronto Atendimento uma análise e conclusão.

Por ser um exame rápido, o diagnóstico dele poderá mostrar a existência de diversos problemas cardíacos, entre eles:

- Irregularidades no ritmo cardíaco (arritmia);
- Aumento de cavidades cardíacas;
- Patologias coronarianas;
- Infarto do miocárdio;
- Distúrbios na condução elétrica do órgão;
- Problemas nas válvulas do coração;
- Pericardite - Inflamação da membrana que envolve o coração;
- Hipertrofia das câmaras cardíacas - átrios e ventrículos;
- Doenças que isolam o coração - derrame pericárdico ou pneumotórax;
- Infarto em situações emergenciais;
- Doenças genéticas;
- Doenças transmissíveis (Doença de Chagas).

O eletrocardiograma poderá também monitorar se dispositivos mecânicos implantados no coração estão em perfeito funcionamento, entre eles o marca-passos, e também se o uso de determinados medicamentos estão causando efeitos colaterais no

coração.

C. Exames Laboratoriais

Os exames laboratoriais serão coletados e encaminhados para o laboratório que atenderá dentro do Pronto Atendimento Dr. Guido Guida a ser contratado pelo Instituto Alpha. Os resultados serão disponibilizados para a Unidade de atendimento para diagnóstico e análise médica.

O Instituto irá disponibilizar os serviços de exames laboratoriais do Pronto Atendimento, bem como, apoio laboratorial da Rede Básica do Município de Poá.

Os exames realizados são os elencados abaixo, conforme constam no Edital:

TIPO	QTD/ MÊS
ANTICORPOS ANTI-CCP CITRULINA	20
DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS)	20
DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (3 DOSAGENS)	10
DOSAGEM DE ÁCIDO ASCORBICO	3
DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO	1.000
DOSAGEM DE ALDOLASE	4
DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEÍNA ÁCIDA	10
DOSAGEM DE AMILASE	180
DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	100
DOSAGEM DE CÁLCIO	380
DOSAGEM DE CÁLCIO IONIZÁVEL	20
DOSAGEM DE CLORETO	3
DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	1.400
DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	1.400
DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	1.700
DOSAGEM DE CREATININA	1.800
DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	650
DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	220
DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	25
DOSAGEM DE FERRITINA	160
DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	120
DOSAGEM DE FOLATO	30
DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	80
DOSAGEM DE FOSFORO	30
DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	300
DOSAGEM DE GLICOSE	2.000
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	950
DOSAGEM DE LACTATO	2
DOSAGEM DE LIPASE	5

DOSAGEM DE MAGNESIO	110
DOSAGEM DE POTASSIO	1.000
DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	2
DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	30
DOSAGEM DE SODIO	1.000
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	1.300
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	1.300
DOSAGEM DE TRANSFERRINA	20
DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	1.700
DOSAGEM DE UREIA	1.300
DOSAGEM DE VITAMINA B12	130
ELETROFORESE DE PROTEINAS	1
GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	15
DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	350
CONTAGEM DE RETICULOCITOS	2
DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	3
DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	3
DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	50
DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	50
DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSIDENTACAO (VHS)	250
DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	1
DOSAGEM DE FATOR IX	1
DOSAGEM DE FATOR V	1
DOSAGEM DE FATOR VII	1
DOSAGEM DE FATOR VIII	1
DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	1
DOSAGEM DE FATOR XI	1
DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	1
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	10
ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	10
ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	2
HEMATOCRITO	5
HEMOGRAMA COMPLETO	2.900
LEUCOGRAMA	2
PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	2
PESQUISA DE CELULAS LE	2
PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	2
CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	1
DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	2
DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	270
DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	4
DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	350
DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	2
DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	3
DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	3
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	2
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	90
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	6
DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	650
PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	1

PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	1
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	15
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	10
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	2
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	350
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	3
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	1
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	1
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	10
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	3
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	3
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	1
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	180
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	55
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	150
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	25
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	90
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	100
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	350
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	2
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	1
PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	1
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	90
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	180
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	180
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS	3
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	25
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	70
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	1
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS	5
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	90
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	180
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	180
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS	3
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	25
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	100
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	1
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS	3
PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	10
PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	300
PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	30

PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	80
PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	250
PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFUORESCENCIA)	20
TESTE TREPONEMICO P/ DETECCAO DE SIFILIS	2
TESTE NAO TREPONEMICO P/ DETECCAO DE SIFILIS	350
TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	20
TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	10
TESTE NAO TREPONEMICO P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTES	50
DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANO IGA	1
DOSAGEM DE TROPONINA	150
DOSAGEM DO ANTIGENO CA 125	30
PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	15
PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	850
PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	30
ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	2.200
CLEARANCE DE CREATININA	15
DOSAGEM DE CITRATO	1
DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	60
DOSAGEM DE OXALATO	1
DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	15
DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	1
DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	1
DOSAGEM DE ALDOSTERONA	3
DE ANDROSTENEDIONA	4
DOSAGEM DE CORTISOL	5
DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	3
DOSAGEM DE ESTRADIOL	50
DOSAGEM DE ESTRIOL	3
DOSAGEM DE ESTRONA	1
DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	45
DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	4
DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	80
DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	60
DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	1.500
DOSAGEM DE INSULINA	15
DOSAGEM DE PARATORMONIO	10
DOSAGEM DE PEPTIDEO C	3
DOSAGEM DE PROGESTERONA	10
DOSAGEM DE PROLACTINA	50
DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	5
DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	3
DOSAGEM DE TESTOSTERONA	30
DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	10
DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	2
DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	170
DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	1.000
DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	500
PESQUISA DE MACROPROLACTINA	2
DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	1

DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	2
DOSAGEM DE COBRE	2
DOSAGEM DE FENITOINA	2
DOSAGEM DE LITIO	2
DOSAGEM DE ZINCO	2
ANTIBIOGRAMA	60
BACIOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	90
BACTERIOSCOPIA (GRAM)	15
CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	700
CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	6
EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	5
HEMOCULTURA	15
CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	2
CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	2
DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	2
DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	2
ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	2
EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	2
PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	2
PESQUISA DE ESPERMATOZOIDEOS (APOS VASECTOMIA)	8
REACAO DE PANDY	2
DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	150
PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	150
TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	25
COAGULOGRAMA COMPLETO	170
PSA LIVRE	80
TRANSFERRINA SERICA	5
COLESTEROL VLDL	1.000
LCR LIQUIDO CEFALOR RAQUIDIANO	2
ALBUMINA	5
FRUTOSAMINA	1
VITAMINA A	1
VITAMINA E	1
VITAMINA B1	1
VITAMINA B6	1
VITAMINA D (1,25OH)	3
ANTI-GAD	2
ANTICORPOS ANTI-ENDOMISIOIgA	2
ANCA C e P ANTINEUTROFILOS	2
AVIDEZPARA TQXOPLASMOSE AC IgG	2
ANTIRECEPTOR DE TSH – TRAB	2
CA-15-3	3
CA-19-9	3
T3 LIVRE	3
CURVA INSULINEMICA	3
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)	8
EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	400
EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL E DE MAMA)	5
EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)	30

IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	5
IGE ESPECIFICO PARA CASPA DE CÃO (E5)	5
IGE ESPECIFICO PARA EPITELIO DE COBAIA (E6)	5
RAST E7 - ESCREMENTO DE POMBO	5
RAST E70 - PENAS DE GANSO	5
RAST E71 - PELO DE RATINHO	5
RAST E72 - URINA DE RATINHO	5
RAST E73 - PELO RE RATAZANA	5
IGE ESPECIFICO PROTEINA URINARIA DA RATAZANA (E74)	5
IGE ESPECIFICO PROTEINAS SERICAS DA RATAZANA (E75)	5
IGE ESPECIFICO PARA PROTEINA SERICA DO RATO (E76)	5
RAST E77 - ESCREMENTO DE PERIQUITO	5
RAST E78 - PENAS DE PERIQUITO	5
IGE ESPECIFICO PROTEINA SERICA DO PERIQUITO (E79)	5
RAST E80 - PELO DE CABRA	5
RAST E81 - PELO DE CARNEIRO	5
IGE ESPECIFICO PARA EPITELIO DE COELHO (E82)	5
RAST E83 - PELO DE PORCO	5
RAST E84 - PELO DE HAMSTER (RATO)	5
RAST E85 - PENAS DE GALINHA	5
RAST E86 - PENAS DE PATO	5
RAST E89 - PENA DE PERU	5
DIMERO D	10
TESTE RÁPIDO ANTI HIV	10
TESTE RÁPIDO HBSAG	10
TESTE RÁPIDO HEP C	10
TESTE DENGUE NS1	10
TOTAIS:	39.251

7.3.2. Atendimento do Serviço Social

O Instituto Alpha manterá na unidade o atendimento de Serviço Social com 2 Assistentes Sociais em escalas de plantão administrativo.

Dentre os serviços prestados, elencamos alguns abaixo:

- Prestar orientação social aos pacientes e familiares;
- Realizar atendimento individualizado, utilizando como instrumentos a entrevista e o parecer social;
- Realizar encaminhamentos à rede de instituições de serviços existentes, tais como: Conselhos Tutelares e de Direitos, Delegacias Especializadas, Ministério Público, Secretarias (de Saúde, Assistência Social e Direitos Humanos), entre outras;

A Política Nacional de Medicamentos, como parte essencial da Política Nacional de Saúde, constitui um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população. Envolve o empenho de grandes volumes de recursos públicos.

O Instituto Alpha contemplará as diretrizes e prioridades do Município – envolvendo a inspeção, controle e garantia da qualidade, seleção, aquisição e distribuição, uso racional de medicamento, abastecimento, gerenciamento, armazenamento, controle e distribuição dos mesmos na Unidade de Saúde. O acompanhamento será feito de forma informatizada, reunindo todas as informações necessárias, referentes ao fluxo em estoque até a dispensação, priorizando o controle eficiente de medicamentos, materiais e insumos.

7.3.5. Almojarifado

O almoxarifado da Unidade será responsável pelo correto fluxo de recebimento dos materiais, correto armazenamento, controle de estoque, e sua movimentação, distribuição para as áreas de atendimento ao paciente e as áreas de apoio como: medicamentos e insumos, lavanderia, rouparia, manutenção predial e de equipamentos, conservação e limpeza, entre outros.

Atuamos em conformidade com as Regulamentações que dispõe sobre as boas práticas de distribuição, armazenagem de medicamentos e materiais.

.O setor fará a gestão da distribuição dos materiais a serem distribuídos nas diversas áreas. Esse controle deverá ser realizado através de formulários eletrônicos, onde o colaborador fará a checagem e acompanhamento das demandas de cada setor da Unidade.

Enviará mensalmente relatório para a gestão administrativa local para acompanhamento dos resultados.

Controle de estoque

A Tecnologia da Informação possibilita o controle e gestão do estoque de medicamentos, insumos e materiais médico-hospitalares, integrado ao gerenciamento do estoque do almoxarifado central, registrando a distribuição e a dispensação individual ao uso de cada paciente, sendo possível gerenciar os medicamentos e insumos desde a aquisição, movimentação de entradas, saídas, devoluções, transferências, inventário assegurando a identificação dos lotes gerando economicidade pela garantia do uso racional.

O Modulo de Gestão de Estoque (Medicamentos e Insumos) poderá proporcionar:

- Gerenciamento das cadeias de fornecimento mais complexas.
- Imposição da metodologia que considere como critério de primeira instância a data de validade do produto.
- Permite o gerenciamento dos medicamentos atendendo aos regulamentos da Anvisa.
- Gerenciamento de documentos totalmente integrado para o controle de registros eletrônicos e assinaturas eletrônicas.
- Sistema de gerenciamento de qualidade integrado (prazo de validade).
- Gerencia a rastreabilidade do ciclo de vida do produto.

Caberá ao setor administrativo realizar o controle de patrimônio dos bens cedidos ou adquiridos pelo Pronto Atendimento. Será realizado inventário periodicamente e qualquer intercorrência será informado à administração da Unidade. Caso haja alguma baixa de patrimônio, a Prefeitura será comunicada.

No controle deverá constar no mínimo as seguintes informações: tipo, estado de conservação, número de controle do patrimônio e local.

7.3.6. Dispensação de Medicamentos, Insumos e Material Médico-Hospitalar

Por meio de sistema informatizado, haverá o controle e gestão do estoque de medicamentos, insumos e materiais médico-hospitalares integrado ao gerenciamento

do estoque do almoxarifado, registrando a distribuição e a dispensação individual ao uso de cada paciente. Com isso, será possível gerenciar os medicamentos e insumos desde a aquisição, movimentação (entradas, saídas, devoluções, transferências) do inventário assegurando a identificação dos lotes gerando economicidade pela garantia do uso racional.

A Gestão de Estoque (Medicamentos e Insumos) proporcionará:

- Gerenciamento das cadeias de fornecimento mais complexas;
- Imposição da metodologia que considere como critério de primeira instância a data de validade do produto;
- Permitirá o gerenciamento dos medicamentos atendendo aos regulamentos da Anvisa;
- Sistema de gerenciamento de qualidade integrado (prazo de validade);
- Gerência a rastreabilidade do ciclo de vida do produto.

Com a plataforma eletrônica de Gestão, será possível controlar tanto o medicamento como os materiais, desde o recebimento até a sua dispensação.

7.3.7. Expurgo, Central de Material e Esterilização.

O expurgo de sangue, secreções, materiais infectantes ou qualquer outros materiais que possam oferecer algum tipo de risco será efetuado conforme regramento feito pela Anvisa dentro das características da unidade.

O enfermeiro será o responsável a providenciar a escala de serviço designando o profissional responsável pelos cuidados diários com o expurgo.

Os materiais recolhidos para expurgo serão acondicionados em equipamentos apropriados a esta finalidade, fechados e estocados em local próprio e seguro, ficando armazenado pelo menor tempo possível até o seu destino final.

A Central de Material Esterilizado - CME é uma unidade de apoio técnico dentro de uma unidade de saúde. As atividades básicas como limpeza, preparo e acondicionamento dos instrumentais cirúrgicos serão realizadas na própria unidade pela equipe de enfermagem. Já a esterilização do material será realizada por uma empresa

especializada contratada.

Na busca por racionalizar os gastos e otimizar os recursos dos serviços decorrentes do custo x benefício de equipamentos, pessoal e investimento na estrutura física, a CME do Pronto Atendimento Dr. Guido Guida terá adaptação básica na infraestrutura da Unidade, a fim de criar um espaço que possa atender às normas necessárias para um funcionamento eficaz do processo interno. Este espaço será destinado a receber material considerado sujo e contaminado, descontaminando-os e preparando-os para a esterilização, que será realizada fora da Unidade.

Haverá uma área para material sujo, material limpo e material esterilizado (quando retornar para a Unidade) já esterilizado para futura distribuição interna.

A estrutura física da CME tem como princípio o fluxo unidirecional dos artigos, para tanto, prevê barreira física, com o objetivo de evitar o cruzamento de artigos.

Será realizado levantamento de viabilidade econômica, a fim de definir sobre a readequação para CME interna, ou se a realização de desinfecção e esterilização poderão ser realizadas externamente por uma empresa contratada.

A Unidade deverá contar com acesso exclusivo para os colaboradores do setor e com áreas específicas para:

- Recepção e limpeza (setor sujo);
- Preparo (setor limpo);
- Monitoramento do processo de esterilização (setor limpo);
- Armazenamento e distribuição de materiais esterilizados (setor limpo).

Em caso de esterilização externa, segue modelo de fluxo a ser adotado:



7.3.8. Serviço de Nutrição e Dietética

Será contratado o serviço de fornecimento de alimentação, por pessoa jurídica. Será exigido que o fornecedor esteja de acordo com as Normas da ANVISA e Centro de Vigilância Sanitária-CVS/Conselho Estadual da Saúde-CES/SP.

A assistência nutricional supervisionada por uma Nutricionista contratada pelo Instituto. Será fornecido a alimentação aos pacientes que se encontrem em observação ou internação, bem como aos colaboradores da Unidade.

Será fornecida também refeições ao acompanhante quando houver a necessidade de extenso período de observação e ou internação do paciente.

A empresa que servirá a alimentação na Unidade deverá também manter

obrigatoriamente em seu quadro de funcionários um nutricionista responsável, que em conjunto com o nutricionista do Pronto Atendimento Dr. Guido Guida serão os responsáveis pela elaboração de cardápios com preparações de refeições variadas e equilibradas, proporcionando um aporte calórico adequado às necessidades do paciente.

Haverá um profissional específico e qualificado, destinado ao arranjo, higienização e distribuição aos pacientes das refeições e das preparações lácteas (dieta enteral e parenteral), bem como a distribuição das refeições aos seus acompanhantes.

Será fornecida para os paciente cinco refeições (café da manhã, almoço, chá da tarde, jantar e ceia), incluindo ou substituindo por dieta enteral ou parenteral quando necessário (para uso por sondas ou via oral, industrializado ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar).

Os horários das refeições poderão ser seguidos conforme abaixo:

- a) Desjejum ou Café da manhã: primeira grande refeição, servida no início da manhã (entre 06:30 e 07:30 da manhã) para interromper o jejum após o período regular de sono.
- b) Almoço: grande refeição servida no meio do dia.
- c) c) Lanche da tarde: pequena refeição servida à tarde, antes do jantar.
- d) Jantar: refeição servida no início ou meio da noite (entre 17:30 e 19:00)
- e) Ceia: pequena refeição servida aproximadamente duas horas após o jantar e antes do paciente dormir.

Aos acompanhantes serão servidas três refeições (café da manhã, almoço e jantar), seguindo os horários de acordo com os horários servidos aos pacientes.

Os Profissionais responsáveis farão a indicação da dieta no prontuário eletrônico do paciente e a mesma estará disponível imediatamente para visualização do

nutricionista, que ao alimentar as informações deixará gravado para relatórios a dieta individual e diária de cada paciente, incluindo as alterações.

Cada profissional terá acesso apenas às informações pertinentes ao que corresponde sua área, prevalecendo à confidencialidade das informações do paciente.

Não será permitida a entrada de alimentos, salvo exceções que deverão ser autorizadas pelo médico.

Será fornecido almoço e jantar para as equipes de plantão.

7.3.9. Serviço de Lavanderia

Competirá a entidade a contratação de uma empresa prestadora de serviço especializado em lavanderia hospitalar, visando à higienização do enxoval do Pronto Atendimento, nos moldes da Portaria do Ministério da Saúde nº 2.616/GM e Manual de Processamento de Roupas de Serviços de Saúde: Prevenção e Controle de Risco (ANVISA).

A higienização do enxoval do Pronto Atendimento Municipal Dr. Guido Guida ocorrerá através de uma empresa especializada em lavanderia hospitalar, pois este é um dos principais serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, e sua distribuição deverá ser em perfeitas condições de higiene, conservação e em quantidade adequada.

Os enxovais serão separados em tipo e sujidades, para que seja feita a correta higienização do mesmo. Os enxovais serão enviados em sacos transparentes separados para devida esterilização, seguindo as normas da ANVISA, evitando o risco de contaminação.

A Rouparia Hospitalar cuida da disponibilidade adequada das roupas hospitalares em cada unidade de saúde, gerenciando a sua conservação, da sua renovação e controla as eventuais perdas por desgaste, desaparecimento ou destruição.

O espaço físico fornecido pela municipalidade deverá comportar os serviços de armazenagem e distribuição de roupas limpas.

Serão disponibilizados profissionais que atuarão no setor de rouparia, incumbidos de acompanhar o processo de troca de enxoval nos setores, envio e recebimento da

lavanderia, bem como a demanda diária, objetivando o total controle do estoque do enxoval.

Visando a execução a contento, o presente serviço estará disponível diariamente, sem exceção, durante oito horas por dia, atendendo às demandas programadas e às não programadas.

Como condição de envio e recebimento dos enxovais, será realizado o inventário dos bens, com a avaliação técnica das atuais condições/estado de conservação, quantitativo de roupa a ser processada (aferido em balança eletrônica), com etiqueta e controle em sistema das pesagens. A entrega e recolhimento da roupa serão efetuados em locais e horários determinados.



7.3.10. Serviço de Vigilância

Será contratado o serviço de Controlador de Acesso a fim de realizar um atendimento humanizado desde a entrada até a saída dos pacientes, acompanhantes e do público em geral, identificando, orientando e encaminhando cada usuário ao local devido.

Este serviço será responsável também:

- Controlar o movimento de pessoas na redondeza e em todo o espaço interno da Unidade;
- Observar e conter aglomeração de pessoas estranhas na Unidade sob sua responsabilidade;
- Zelar pela ordem e segurança entre os usuários e profissionais.

A contratação do serviço seguirá as Normas do Regulamento a ser pactuado com o Município.

7.3.11. Tecnologia da Informação

Com o intuito de fiscalizar os serviços prestados, fornecer estatísticas reais e assim melhorar o controle de atendimentos para a Secretaria Municipal de Saúde, o modelo de gestão do Instituto acompanha sistema de atendimento totalmente informatizado, permitindo acesso às informações dos pacientes **em tempo real** e a qualquer momento, via internet, sendo possível acompanhar as informações referentes aos pacientes, ao fluxo da Unidade, tempo de espera dos atendimentos, etc.

O Instituto Alpha manterá uma infraestrutura com a implantação e manutenção de sistema, monitoramento, suporte técnico e treinamento, disponibilizando todos os insumos necessários, materiais e humanos, a fim de manter o perfeito funcionamento de forma contínua e sem interrupções. O sistema utilizado na Unidade se comunicará os sistemas oficiais e outros definidos pela SMS e pelo MS, bem como a Regulação Interna do Pronto Atendimento através do NIR (leitos, consultas, exames e urgências).

Caberá a nossa Organização Social a responsabilidade de manter o desempenho adequado, fazer a administração e a manutenção de todos os equipamentos fornecidos a fim de garantir o objeto do projeto, incluindo a manutenção preventiva e corretiva, sem qualquer ônus para a SMS.

A Entidade realizará a implantação do Sistema de Atendimento eletrônico que se integrará a todos os sistemas oficiais do Ministério da Saúde. Os serviços especializados de instalação deverão compreender, além da instalação dos sistemas, a instalação de todos os componentes necessários à operação de todos os sistemas, bem como o modelo de dados necessário para suportar os sistemas de informação. A implantação se dará após assinatura do contrato e início das atividades.

O sistema de gestão já utilizado pelo Instituto Alpha será adotado na Unidade de Pronto Atendimento Dr. Guido Guida e, integra-se aos demais sistemas da Saúde Municipal, e será utilizado, seguindo os modelos de sucesso de gestão, com alto índice de aprovação dos usuários sejam colaboradores, entes públicos ou pacientes.

O gestor da Unidade, a diretoria do Instituto bem como o Gestor Público terá acesso a qualquer informação no momento e local que desejar, sempre que necessário.

Haverá acompanhamento diário pela equipe do Instituto, para suporte aos usuários, Realizará a manutenção dos equipamentos de informática, pontos de rede e materiais de consumo necessários para o pleno funcionamento do sistema de atendimento eletrônico.

O Instituto Alpha preza o atendimento ao paciente e a assistência a seus familiares. Uma das ferramentas utilizadas para informações é o prontuário eletrônico desenvolvido pelo Instituto, onde é possível monitorar as patologias prevalentes no município de Poá. Esses dados são fundamentais para uma política de saúde pública e vigilância sanitária.

É possível ainda monitorizar as patologias prevalentes, distribuídas por bairros dos município, faixa etária, frequência de atendimento. Sendo assim com esses dados podemos avaliar surtos de epidêmicos (ex: casos de dengue em determinado bairro) , com isso a atuação da Secretaria de Saúde se torna mais assertiva e eficaz, economizando recursos e tempo de resposta.

O Sistema mantém o Gestor do Instituto munido de informações para que possa tomar qualquer ação corretiva ou preventiva na Unidade, como por exemplo:

- Fila de espera Eletrônica;
- Prontuário Eletrônico;
- Medicação – fila eletrônica;
- Acompanhamento *Online*
- Painel de acompanhamento de demanda no Repouso
- Acompanhamento aos leitos de enfermaria e observação
- Controle de estoques
- Entre outros;

Apresentamos como utilizaremos a plataforma eletrônica em todos os serviços para apoio à nossa gestão.

A plataforma eletrônica contempla:

- Customização (possibilidade de adaptar a qualquer solicitação específica da Unidade)
- Integra-se com o Ministério da Saúde;
- Suporte à distância 07 dias por semana ininterruptos;
- Permite utilização por várias plataformas: (notebook, celular, outros)
- Acompanhamento online em tempo real de todas as atividades da Unidade, conforme apresentados durante a nossa Proposta.

7.3.12. Manutenção Predial

A contratada garantirá, de forma preventiva e corretiva, a manutenção periódica e a adequação das instalações da Unidade, que correspondem ao pavimento terreo e primeiro andar da Edificação, excluindo da manutenção e adequação, o terceiro e último andar, bem como o telhado, ficarão à cargo da Prefeitura, uma vez que o orçamento disposto pelo Instituto não contempla tal area, não prevista em Edital.

O restante dos equipamentos (mobiliário, caixa d'água, caldeira entre outros) e aparelhos de diagnósticos, bem como dos serviços decorrentes do Pronto Atendimento, como segurança e controladores de acesso que considerar necessários, garantindo assim o desempenho regular das atividades.

Dependendo da amplitude do escopo e grau de urgência, optaremos pela terceirização das atividades envolvidas na manutenção predial.

A contratação de uma empresa idônea e qualificada para assumir as tarefas, vai prolongar a vida útil do imóvel, garantindo assim a segurança e condições suficientes para o desempenho das atividades de todos os profissionais existentes na Unidade.

O Instituto Alpha utilizará ferramentas de gestão que facilite e otimize o processo de controle da manutenção, pois dentre vários itens a serem analisados estão:

- Controlar os períodos da manutenção preventiva;
- Avaliar relatórios e indicadores;
- Acompanhar o desempenho das manutenções;
- Controlar e efetuar chamados;
- Gerenciar equipes responsáveis pela supervisão dos prestadores e fornecedores.

Seguiremos as principais normas e exigências do ministério da saúde, para as devidas manutenções, atendendo a RDC 50/2002 – Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Ministério da Saúde, sendo que esta Resolução dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de

estabelecimentos assistenciais de saúde.

Edificações:

ABNT NBR 5674/2012 – [Manutenção de Edificações](#);

ABNT NBR 9450/2004 – Acessibilidade a Edificações, Mobiliário, Espaços e Equipamentos urbanos;

ABNT NBR 17240/2010 – Sistemas de Detecção e Alarme de Incêndio – Projeto, Instalação Comissionamento e Manutenção de Sistemas de Detecção e Alarme de Incêndios;

ABNT NBR 15345/2013 – Instalação Predial de Tubos e Conexões de Cobre e Ligas de Cobre — Procedimentos;

ABNT NBR 12188/2016 – Sistemas Centralizados de Suprimento de Gases Medicinais, de Gases para Dispositivos Médicos e de Vácuo.

Elétrica:

ABNT NBR 13534/1995 – Instalações Elétricas em estabelecimento assistencial de saúde – requisitos para segurança;

ABNT NBR 5410/1997 – Instalações elétricas de baixa tensão;

ABNT NBR 14664/2001 – Grupos Geradores;

ABNT NBR 5419/2005 – Sistemas de Proteção contra Descarga Elétrica.

Hidráulica:

ABNT NBR 13714/2000 – Sistemas de Hidrantes e de Mangotinhos para Combate a Incêndio;

ABNT NBR 17240/2010 – Sistemas de Detecção e Alarme de Incêndio – Projeto, Instalação Comissionamento e Manutenção de Sistemas de Detecção e Alarme de Incêndios;

ABNT NBR 12188/2016 – Sistemas Centralizados de Suprimento de Gases Medicinais, de Gases para Dispositivos Médicos e de Vácuo para Uso em Serviços de Saúde;

ABNT NBR 15345/2013 - Instalação Predial de Tubos e Conexões de Cobre e

Ligas de Cobre — Procedimentos;

ABNT NBR 5626/1998 - Instalação Predial de Água Fria – Instalações.

7.3.13. Readequação Predial e Programação Visual

O Instituto Alpha viabilizará condições de infraestrutura de conectividade e rede de dados interna, necessárias ao bom desenvolvimento dos serviços, disponibilizando os equipamentos adequados e necessários de execução dos serviços, realizando, quando necessário, e quando estiver fora do cronograma financeiro, será solicitado à Administração Municipal a fim de que possa autorizar e disponibilizar orçamento e investimento para tanto.

Os serviços técnicos especializados para implantação de pontos de rede (conexão) obedecerão às normas técnicas da ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas. A estrutura de rede ofertará capacidade de transmissão, emissão e recepção de informações multimídia (dados, voz e imagem), para que seja possível a utilização do sistema de atendimento eletrônico em sua capacidade máxima.

7.3.14. Manutenção de Equipamentos Médicos e Hospitalares

O Instituto Alpha, a fim de garantir uma prestação de serviços de saúde na linha de urgência e emergência com qualidade, fará a manutenção dos equipamentos também de forma preventiva e corretiva.

O plano de ação será elaborado após avaliação das instalações efetuada pelo Instituto, no caso de ser a Organização Social escolhida para assumir a gestão do Pronto Atendimento Municipal Dr. Guido Guida, seguindo os Procedimentos Operacionais Padrão –POP. Com o levantamento das informações necessárias, será elaborado um relatório das condições atuais da unidade no que tange as condições

estruturais, instalações elétricas e hidráulicas, climatização (ar condicionado e ventilação), caixa d'água, caldeira, mobiliário e equipamentos entre outros. Será analisado como é realizada a atual forma de manutenção e para quando está agendada as próximas revisões. Com estas informações, classificaremos através de um ranking as prioridades, facilitando assim o planejamento e execução da manutenção, seja preventiva ou corretiva, ainda possíveis adequações.

- **Manutenção Preventiva**

Caberá ao Instituto Alpha planejar e agir preventivamente na manutenção, visando à conservação e/ou recuperação dos seus móveis e equipamentos médicos e hospitalares, visando garantir a continuidade e segurança da operação do Pronto Atendimento.

Fazer a manutenção preventiva dos equipamentos de uma unidade de saúde significa ter um compromisso com as vidas que são recebidas e cuidadas diariamente no estabelecimento. Prevenir o aparecimento de problemas é uma das atividades básicas para fornecer a segurança aos pacientes. Desta forma, os profissionais de saúde poderão trabalhar com mais segurança, garantindo assim, eficiência e qualidade no atendimento.

O funcionamento constante na unidade de saúde aumenta ainda mais a relevância da manutenção para evitar que o trabalho possa ser comprometido de alguma forma. Como o local precisa funcionar 24 horas de forma ininterrupta, o ideal é diminuir ao máximo os riscos de imprevistos com a Unidade. Desta forma, o plano de prevenção é mais do que necessário para ter controle de todos os tipos de manutenções.

- **Manutenção Corretiva**

A manutenção corretiva ocorrerá sempre que ocorrer alguma avaria ou falha de funcionamento, seja no mobiliário, seja nos equipamentos, através de uma ação imediata para que o reparo seja efetuado no menor prazo possível, buscado assim que

a Unidade consiga continuar suas atividades de forma ininterrupta.

7.3.15. Serviço de Higiene e Limpeza

O Serviço de limpeza será realizado através da contratação de uma empresa terceirizada com ampla experiência na higienização e limpeza na área da Saúde, visando à obtenção de adequada condição de salubridade e higiene nas dependências do Pronto Atendimento Municipal Dr. Guido Guida.

A equipe gestora da Unidade manterá uma equipe capacitada, fazendo o acompanhamento bem como a avaliação dos serviços, buscando utilizar nos seus processos o Procedimento Operacional Padrão - POP - de limpeza. Caso ocorra alguma contingência que desenvolva o serviço em desacordo, a empresa prestadora do serviço será notificada para adotar urgentemente as devidas providências.

A contratada garantirá, a limpeza da Unidade, que corresponde ao pavimento terreo e primeiro andar da Edificação, excluindo o terceiro e último andar, que ficarão à cargo da Prefeitura, uma vez que o orçamento disposto pelo Instituto não contempla tal area, não prevista em Edital.

A contratação da empresa de manutenção e limpeza seguirá as normas do Regulamento a ser pactuado com o município, seguindo a normatização da Lei Federal nº 14.133/2021.

7.3.16. Serviço de Remoção

Se a atenção prestada no Pronto Atendimento Dr. Guido Guida der origem à transferência para serviço de maior complexidade em decorrência de patologias complexas, ou que necessite de avaliações especializadas, recursos diagnósticos e terapêuticos não disponíveis na unidade, o profissional médico irá emitir solicitação/relatório, buscando a transferência com garantia de recursos e de recebimento do paciente pela Unidade de destino, juntamente com a cópia de todos os laudos dos exames de imagem e de laboratório.

Para o transporte INTER-HOSPITALAR, o instituto Alpha utilizará as Ambulâncias disponíveis no município para o Serviço de remoção.

Alta - as informações de alta do paciente serão alimentadas pelo médico no prontuário eletrônico do paciente, e ficará disponível para futuras consultas.

Caso o paciente ou seu responsável legal recuse o processo de transferência, será obrigatório que seja assinado o Termo de Responsabilidade de Recusa de Transferência, conforme modelo abaixo:

PROCEDIMENTO/TRATAMENTO:

PACIENTE

Nome: _____
brasileiro (a), estado civil: _____, portador (a) do
RGº _____ e CPF nº _____, residente e domiciliado(a) na
Rua _____ nº _____ bairro: _____
CEP: _____, na cidade de _____

Obs.: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

REPRESENTANTE/ RESPONSABILIDADE LEGAL:

Nome: _____
RG nº: _____ CPF Nº _____

Declaro, para todos os fins de direito e sob as penas da lei:

1. Ter recebido todas as informações relacionadas à importância da minha transferência do Pronto Atendimento Municipal Dr. Guido Guida para a manutenção e continuidade do (s) tratamento (s) instituído

pelo (s) médico (s) que me assiste (m) neste momento. Assumindo os riscos derivados da decisão, e recuso da transferência indicada por vaga oferecida pela Regulação Municipal ou pelo Sistema CROSS, para tratamento do meu diagnóstico;

2. Que fui informado (a) e esclarecido (a) pelos médicos atendentes acerca da minha condição de saúde, do tratamento necessário, da conduta que deverá ser adotada e dos riscos e da não transferência;

3. Que foi informado (a) e esclarecido (a) pelos médicos atendentes sobre as principais complicações que podem derivar da minha recusa em submeter-me a transferência de município;

4. Que de acordo com as informações que foram prestadas, sem vício de vontade ou de consentimento, pretendo recusar a transferência indicada;

5. Que reconheço que foi garantida minha liberdade de escolha, ou seja, de ser submetido (a) ou não a transferência de município;

6. Que reconheço que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que entendi todas as implicações e riscos envolvidos (risco de vida e/ou sequelas irreversíveis), bem como que entendi todas as explicações que me foram prestadas e, apesar disso, decido desistir da transferência de município informada.

Expresso, portanto, minha opção livre, informada e esclarecida, assumindo os riscos derivados da decisão, e recuso da transferência indicada por vaga oferecida pela Regulação Municipal, ou pelo sistema CROSS, para tratamento do meu diagnóstico.

Poá, _____ / _____ / _____.

Assinatura do (Paciente) ou (Responsável/Representante Legal)

Assinatura do Médico e/ou Enfermeiro

Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou Representante Legal, conforme o termo acima. De acordo com o meu atendimento, o paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhe foi informado.

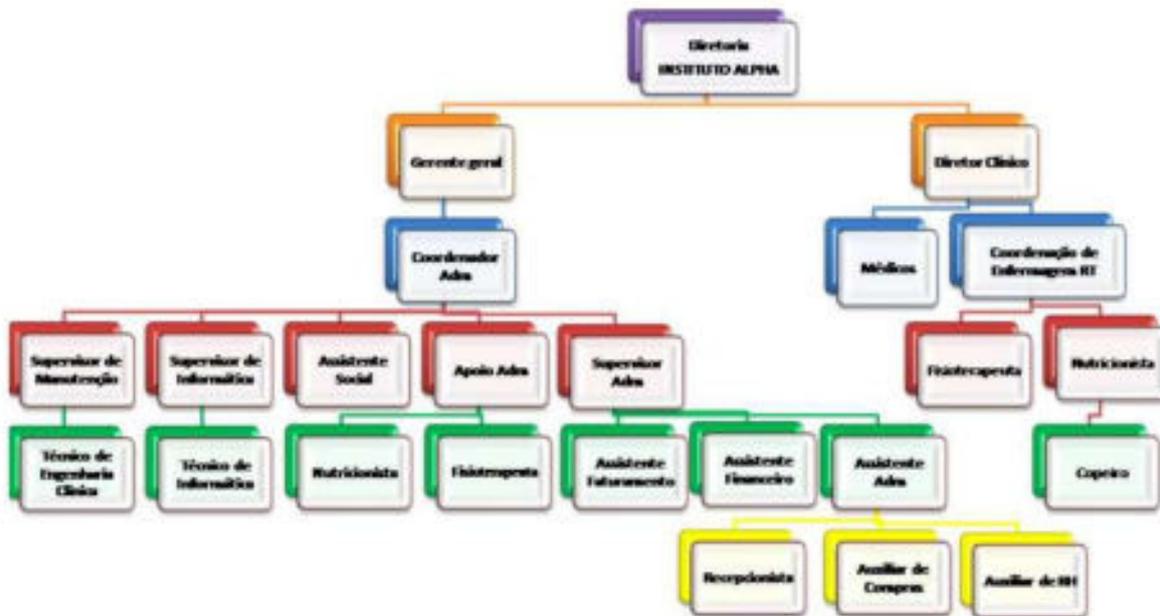
Poá, _____ / _____ / _____.

Assinatura do Médico e/ou Enfermeiro

A manutenção dos veículos de transporte para remoção ficará sob responsabilidade da Prefeitura. Caso

seja solicitado para o Instituto realizar, o Ente Público deverá solicitar por escrito e

7.4. Organograma Proposto



7.5. Fluxogramas

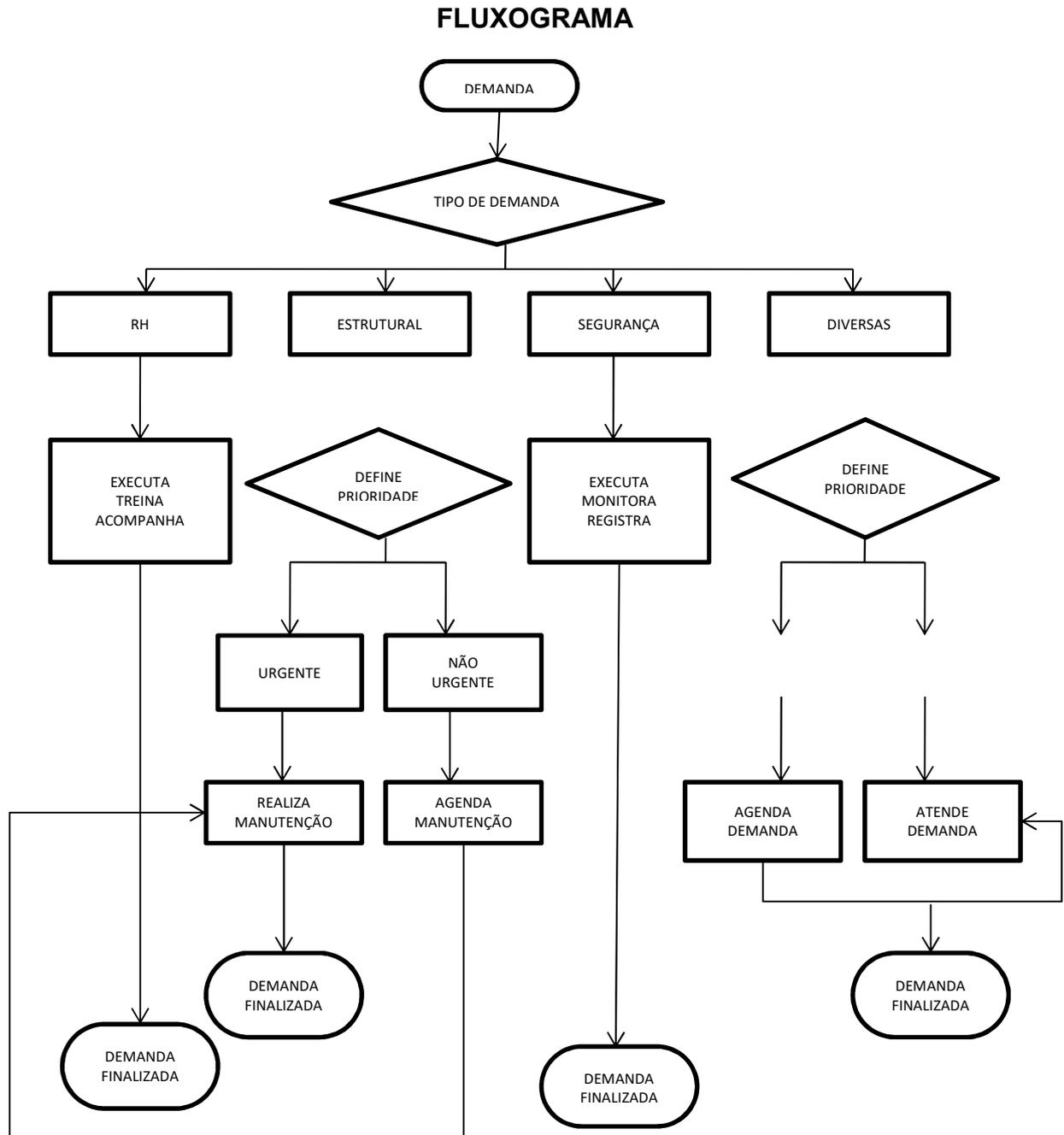
Em seguida apresentaremos alguns fluxogramas para a representação gráfica das etapas de determinadas atividades, sequenciando os passos para a realização dos processos, facilitando assim a visualização e compreensão a partir do desenho de cada um de seus estágios.

7.5.1. Fluxograma Administrativo

Para uma gestão eficaz com atendimento qualificado à população, o Instituto manterá a equipe administrativa in loco, acompanhando e tomando as ações necessárias para o bom andamento da Unidade, elencando as atividades da rotina

diária conforme níveis de prioridade.

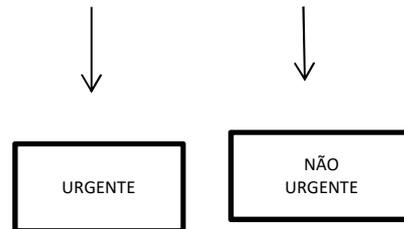
Segue abaixo modelo de fluxograma, onde o mesmo poderá sofrer alterações conforme necessidades e capacidade do Pronto Atendimento.



7.5.2. Fluxograma Médico e Enfermagem

✓ **Processo de Classificação:**

1. Usuário procura o serviço de urgência;
2. Usuário retira a senha (onde tem a descrição de normal ou prioritário);
3. É acolhido pelos funcionários da portaria/recepção e encaminhado para confecção da ficha de atendimento;
4. Logo após é encaminhado ao setor de Classificação de Risco, onde é acolhido pelo enfermeiro que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no protocolo e classifica o usuário;
5. Após classificar encaminhar ficha via sistema para especialidade necessária;



Obs.: Em caso de gestantes, encaminhar ao Hospital Municipal de referência.

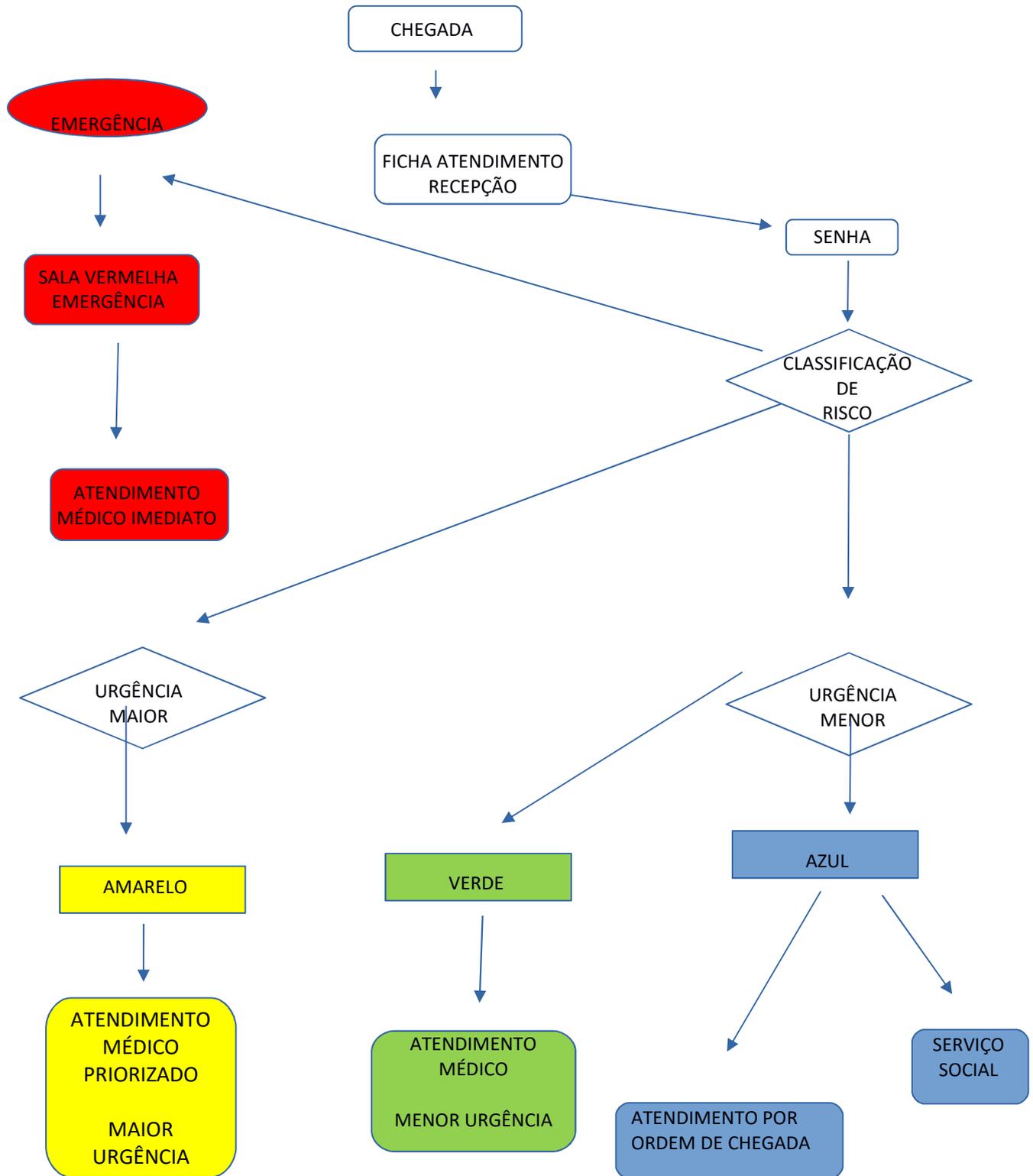
✓ **Critério de Classificação**

- 1 - Apresentação usual da doença;
- 2 - Sinais de alerta (choque, palidez cutânea, febre alta, desmaio ou perda da consciência, desorientação, tipo de dor, etc.);
- 3 - Situação – queixa principal;
- 4 - Pontos importantes na avaliação inicial: sinais vitais – Sat. de O₂ – escala de dor - escala de Glasgow – doenças preexistentes – idade – dificuldade de comunicação (droga, álcool, portador de necessidades especiais específicas, etc.);
- 5 - Reavaliar constantemente poderá mudar a classificação.

✓ **Avaliação do Paciente (dados coletados em Ficha de Atendimento)**

- 1 - Queixa principal (porque o usuário procurou o serviço de urgência naquele momento);
- 2 – Início;
- 3 - Avaliação de dor e de Glasgow ;
- 4 - Dados vitais: pressão arterial, temperatura, saturação de O2 (de acordo com a queixa apresentada no momento e doenças pré existentes);
- 5 - Medicações em uso, doenças preexistentes, alergias e vícios.

FLUXOGRAMA



De acordo com o Ministério da Saúde, os sinais vitais mais importantes e valores normais são:

- Frequência cardíaca (pulso): entre 60 e 90 ppm;
- Pressão arterial: sistólica entre 100 e 140 mm e diastólica entre 60 e 90 mm;
- Temperatura: 35,8° C e 37° C;
- Respiração: ente 16 e 20 mrpm;
- Dor: é medida em escalas entre suportável e insuportável;
- Glicemia Capilar: 70 a 140mg/dl.

- **Frequência cardíaca (pulso):**

- Frequência: número de pulsações por minuto;
- Ritmo: pode ser regular ou irregular, quando os intervalos não são sempre iguais;
- Amplitude: o quanto a artéria se enche de sangue;

Acima ou abaixo disso os seguintes valores podem ser sinal de:

- Frequência correta: Entre 60 e 90 ppm;
- Bradycardia: Cifras abaixo de 60 ppm;
- Pulso acelerado: Entre 90 e 100 ppm, como exceção para adolescentes;
- Taquicardia: Acima de 110 ppm.

- **Pressão arterial:**

- Pressão sistólica: entre 10 e 14 cm de Hg (100 e 140 mm);
- Pressão diastólica: entre 6 e 9 cm de Hg (60 e 90 mm);

- **Temperatura:**

- Axila: 35,8° C a 37° C;
- Boca: 36,3 ° C a 38° C;
- Reto: 37° C a 38° C;

Temperaturas alteradas:

- Entre 37,6° C e 38,9° C: febre;
- Acima de 39° C: hiperpirexia;

-Abaixo de 36,5 ° C: hipotermia.

- **Respiração:**

Nessa análise são levados em conta 3 aspectos:

-Frequência de deslocamento respiratório por minuto;

-Ritmo: regular ou irregular;

-Intensidade: profunda ou superficial;

Conforme se observam alterações nos movimentos respiratórios, essas situações são classificadas de diferentes maneiras segundo uma terminologia:

-Apneia: parada respiratória;

-Bradipneia: respiração lenta;

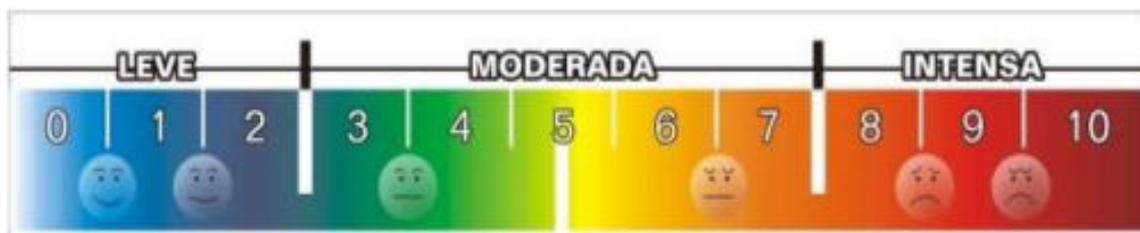
-Taquipneia: respiração acelerada;

-Dispneia: dificuldade para respirar;

-Ortopneia: só é possível respirar com a coluna ereta.

- **Dor:**

A intensidade da dor pode ser medida em diferentes escalas: numéricas, visuais ou com uma classificação entre suportável e insuportável. Com essa escala respondida pelo próprio paciente o enfermeiro consegue avaliar a gravidade da situação.



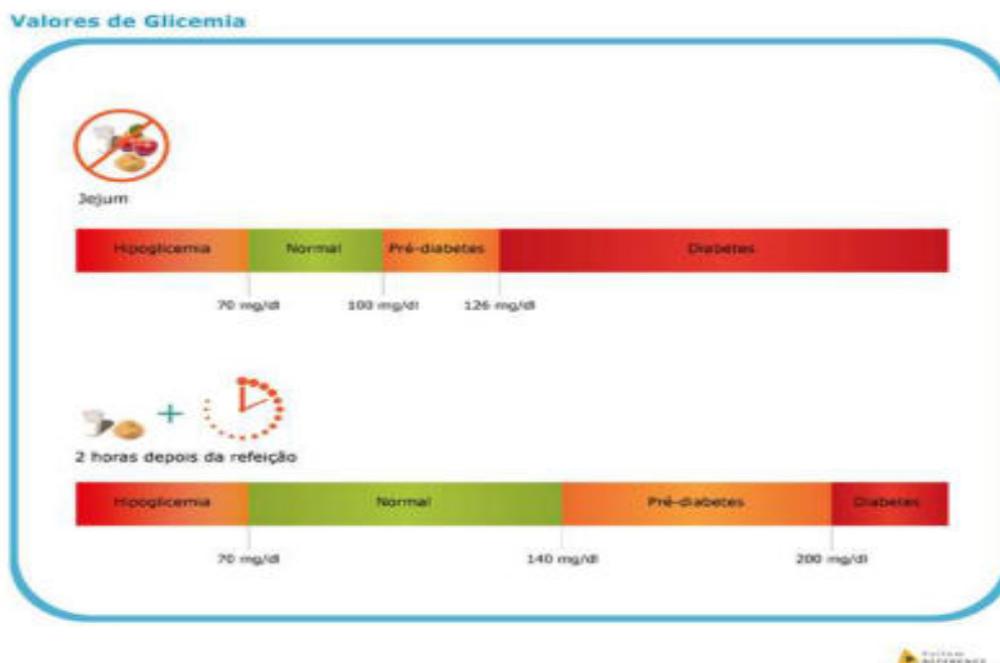
- **Glicemia Capilar**

Diabetes : Valores de Referência em jejum:

- inferior 70 mg/dl: hipoglicemia
- 80 mg/dl a 100 mg/dl: normal
- 100 mg/dl a 126 mg/dl: pré-diabetes
- superior 126 mg/dl: diabetes

Diabetes: Valores de Referência 2 horas após a refeição:

- inferior 70 mg/dl: hipoglicemia;
- 70 mg/dl a 140 mg/dl: normal;
- 140 mg/dl a 200 mg/dl: pré-diabetes;
- superior 200 mg/dl: diabetes.



✓ **Sinais vitais em bebês:**

- Frequência cardíaca: entre 100 e 160 bpm;
- Respiração: 30 a 60 mrpm;
- Pressão arterial: sistólica entre 104 e 127 mm Hg e diastólica entre 67 e 82 mm Hg;
- Temperatura: acima dos 37° C é considerada febre.

✓ **Critérios para a classificação do Risco por Cores:**

AZUL	FC: 60 A 100
	DEXTRO: 70 A 150 mg/dl
	SAT: 95% A 100%
	PRESSÃO ARTERIAL: 100 A 140 SISTÓLICA / 60 A 90 DIASTÓLICA
	TEMPERATURA : 35,5 A 37,4 C°
	DOR: SEM DOR
VERDE	FC: 60a 69, 100 a 120
	DEXTRO: 150 a 300 mg/dl/ 60 a 70mg/dl
	SAT: 90% a 95%
	PRESSÃO ARTERIAL: 140 a 150 sistólica/ 100 a 110 diastólica
	TEMPERATURA : 37,5 A 38,5/ 35 a 35,4
	DOR: SUPORTÁVEL
AMARELO	FC: 50-60/ 120/150
	DEXTRO: 300 a 489/ 50 a 60
	SAT: < 89 a 80%
	PRESSÃO ARTERIAL: >150 sistólica até 190/ diastólica >110
	TEMPERATURA : 38,5 a 39,5/ 34,5 a 35
	DOR: INSUPORTÁVEL
VERMELHO	FC: <50 e >150
	DEXTRO: <50 e > 490
	SAT: <80%
	PRESSÃO ARTERIAL: > 195 sistólica <70 / <50 diastólica > 120
	TEMPERATURA: > 40/ <34,5
	DOR: -----

✓ **Fluxo Paciente trazido por SAMU**

1. Será trazido até recepção onde será entregue documento para abertura de ficha;
2. Técnico do SAMU passa o caso para Enfermeira da Triagem;
3. Enfermeira chama de acordo com o que avaliou passado pelo SAMU, caso a caso;
4. Enfermeira determina a ordem para chamar de acordo com o caso;
5. Chama na triagem de acordo com o item 3 e 4;
6. Realiza triagem e encaminha de acordo com a necessidade apresentada.

✓ **Retorno com resultados de exames laboratoriais**

1. Todos os retornos deverão passar pela sala de classificação de risco (triagem), onde serão reavaliados de acordo com a necessidade;
2. Exceto paciente de retorno com resultado de RX, que deverá ser encaminhado direto da recepção para consultório médico de acordo com a especialidade.

✓ **Atendimento Menor de idade desacompanhado**

1. Irá abrir ficha e passar na sala da classificação de risco;
2. Enfermeiro colocar observação que é menor desacompanhado, avisar assistente social ou contato telefônico com responsável, encaminhar ao consultório;
3. Atendimento médico;
4. Medicação se houver, realizar atendimento conforme prescrição médica, caso dúvidas conversar com a Enfermeira Assistencial do setor, e a mesma se for necessário

conversar com o médico;

5. Verificar se foi comunicado assistente social, ou tentativa de contato com o responsável.

✓ **Encaminhamento de pacientes internamente**

1. Após reavaliação médica, o paciente será encaminhado para observação caso seja prescrito solicitação;

2. Caso paciente seja menor de idade ou necessite de acompanhante, esse deverá receber autorização por escrito respeitando troca de horário de acompanhante e visitas;

3. Todos os pacientes e acompanhantes serão classificados por cores. As cores serão definidas após início das atividades;

4. Todos os pacientes receberão refeições de acordo com a prescrição médica

5. Acompanhantes terão direito a refeições;

6. Não serão autorizados alimentos externos para pacientes, desde que autorizados através de formulário interno com anuência médica e de enfermeiros.

7.5.3. Fluxograma de Notificação Compulsória

No atendimento do paciente, sendo identificada uma suspeita ou agravo de doença de notificação compulsória, o mesmo será atendido do início ao fim sempre que possível, salvo casos em que seja necessário o aguardo do resultado dos exames efetuados. A comunicação obrigatória à autoridade de saúde será realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis que estiverem no plantão, informando a ocorrência da suspeita ou confirmação de doença, conforme relação abaixo:

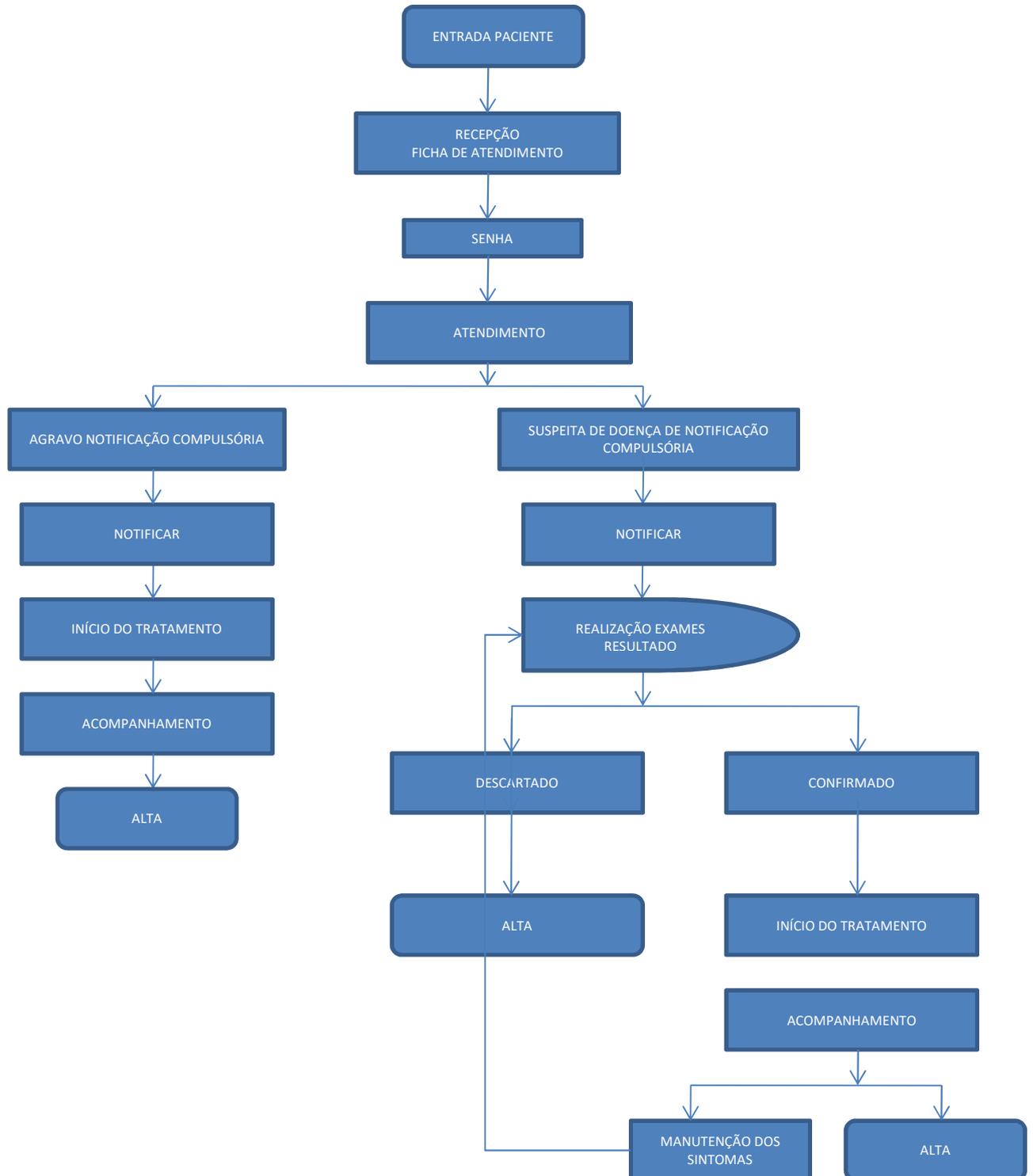
- Acidentes por animais peçonhentos;
- Atendimento antirrábico;
- Botulismo;
- Carbúnculo ou Antraz;
- Cólera;
- Coqueluche;
- Dengue;
- Difteria;
- Doença de Creutzfeldt-Jakob;
- Doença Meningocócica e outras Meningites;
- Doenças de Chagas Aguda;
- Esquistossomose;
- Eventos Adversos Pós-Vacinação;
- Febre Amarela;
- Febre do Nilo Ocidental;
- Febre Maculosa;
- Febre Tifoide;
- Hanseníase;
- Hantavirose;
- Hepatites Virais;
- Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana - HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical;
- Influenza humana por novo subtipo;
- Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados);
- Leishmaniose Tegumentar Americana;
- Leishmaniose Visceral;
- Leptospirose;
- Malária;
- Paralisia Flácida Aguda;

- Peste;
- Poliomielite;
- Raiva Humana;
- Rubéola;
- Sarampo;
- Sífilis Adquirida;
- Sífilis Congênita;
- Sífilis em Gestante;
- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS;
- Síndrome da Rubéola Congênita;
- Síndrome do Corrimento Uretral Masculino;
- Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Corona vírus (SARS-CoV);
- Tétano;
- Tuberculose;
- Tularemia;
- Varíola; e
- Violência doméstica, sexual e/ou outras violências.

Doenças e agravos de notificação de interesse Estadual

- Condiloma acuminado
- Herpes genital
- Óbito de mulher em Idade Fértil (10 a 49 anos)
- Síndrome do corrimento cervical
- Síndrome da úlcera genital
- Tracoma

FLUXOGRAMA



Observação: Esse fluxo poderá sofrer alterações a qualquer tempo, respeitando as necessidades dos pacientes, prazo para entrega dos resultados dos exames e capacidade da Unidade de atendimento.

7.5.4. Rotinas, Procedimentos e Fluxogramas para Biossegurança.

Todos os profissionais que estiverem em atendimento de plantão no Pronto Atendimento deverão ter conhecimento de todas as recomendações da biossegurança de saúde e dos corretos procedimentos operacionais de cada setor.

Deverão agir com tranquilidade e atenção, prevenindo-se de eventuais acidentes, utilizando de acordo com a necessidade os equipamentos de proteção individual e coletivo que serão fornecidos aos colaboradores no momento de sua contratação.

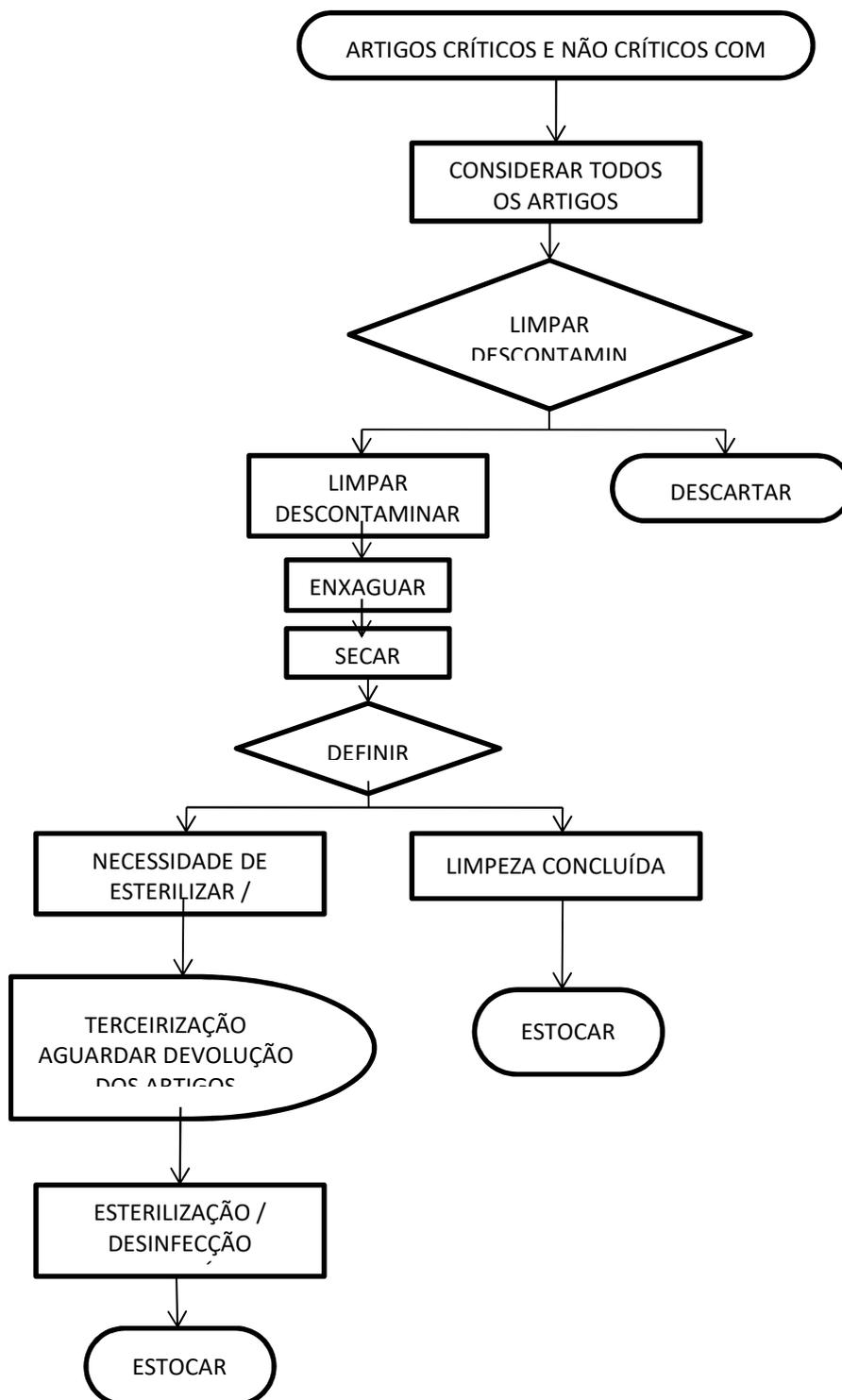
Nos setores de maior trânsito e fluxo de pessoas, as sinalizações gerais das áreas restritas e permitidas estarão fixados em locais de maior visibilidade. Estas áreas estarão bem definidas e o fluxo de pacientes (internos ou externos), visitantes e acompanhantes serão controlados totalmente pelo sistema de vigilância e recepção.

Todo o lixo gerado será preparado, classificado de acordo com o seu nível de risco e acondicionado em embalagens próprias, respeitando as Normas de Segurança e Saúde no Trabalho NR-32, e recolhido pelo serviço oferecido pela Prefeitura de Poá de acordo com o seu calendário.

Todos os artigos críticos e não críticos não descartáveis, entre eles instrumentos cirúrgicos, equipamentos respiratórios, comadres, cubas, aparelhos de pressão entre outros, após o seu uso passarão pelo processo de higienização, esterilização e ou desinfecção para que possam ser reutilizados.

Segue abaixo fluxograma de biossegurança para melhor visualização do processo, sendo que este poderá sofrer alterações durante o projeto mediante necessidades e capacidade da unidade.

FLUXOGRAMA



7.6. Protocolos

7.6.1. Protocolos Clínicos em Urgência e Emergência

Com os protocolos existentes na Unidade, o Instituto Alpha dará continuidade a estes protocolos, bem como suas devidas revisões periódicas, sempre que necessário.

Serão implantados demais protocolos que se fazem necessários ao atendimento na Unidade do Pronto Atendimento, estando sempre em concordância com a Secretaria de Saúde, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do usuário, e serão disponibilizados em sistema informatizado, acessível a todos os profissionais da assistência à saúde, e serão atualizados, revisados e assinados pelos devidos responsáveis técnicos.

Quanto aos protocolos que ainda estarão em andamento e análise, o Instituto seguirá os protocolos e guias de orientação do Ministério da Saúde para a prática diária até que se firme Protocolos específicos.

O modelo de protocolo de atendimento utilizado em nossas unidades de Saúde são compatíveis com este objeto, no entanto, serão construídos os protocolos da Unidade e adaptados a partir da colaboração principal dos Coordenadores das áreas técnicas do Núcleo, Diretoria Clínica da Promoção e Assistência à Saúde, tendo em vista a ampliação e melhora do atendimento à população.

Todos os pacientes ao chegarem ao Pronto Atendimento, passam pela recepção, sendo atendidos em seguida por enfermeiros capacitados em classificar o risco e a gravidade de cada caso. Essa etapa tem o objetivo de identificar sinais e sintomas que indicam a urgência no atendimento médico. O mesmo será realizado na sala de emergência. Após o mesmo receber a avaliação médica, este será encaminhado ao destino conforme prescrição.

Caso ocorra a permanência do mesmo na unidade de observação, esta será amparada e monitorada pelos profissionais de enfermagem juntamente com enfermeiro responsável.

7.6.2. Protocolo de Acolhimento:

- Estar pronto para atender o paciente com respeito e maior brevidade possível;
- Apresentar-se pelo nome social como é conhecido na Unidade, utilizando-se do crachá;
- Atender os pacientes com respeito e educação. Chamá-lo pelo nome, explicando o diagnóstico que pode ser estabelecido naquele momento. Garantir que o paciente compreendeu as informações recebidas, tirando suas dúvidas e dos seus familiares;
- Não banalizar ou menosprezar os sintomas, não informando para o paciente e seus familiares diagnósticos definitivos, quando ainda não é possível estabelecê-los, como exemplo informar ser uma enxaqueca antes da conclusão do resultado;
- Demonstrar para o paciente e familiar que o diagnóstico, no momento, pode ser inespecífico. Ex.: “No momento, o quadro é de uma cefaleia. Devemos mantê-lo em acompanhamento. O senhor deverá utilizar esta medicação e a sua dor irá melhorar nas próximas horas”. Orientar o paciente para o uso correto da medicação. O paciente é corresponsável pelo seu tratamento;
- Suspeitar sempre das condições mais graves primeiro (Diagnóstico Diferencial das Doenças Graves), lembrando-se que quanto mais precoce, mais difícil o diagnóstico. O diagnóstico médico nem sempre pode ser feito imediatamente na abordagem inicial, necessita de acompanhamento e seguimento do caso, etc.;
- Encaminhar os casos crônicos que necessitam de acompanhamento para as respectivas UBS/USF de origem do paciente. Procurar garantir o atendimento do paciente na Unidade de referência (falar com a enfermeira da classificação de risco, a gerente e assistente social);
- Escrever os dados no prontuário corretamente. Anotar dados negativos se considerar importante, pois essas anotações significarão que os dados foram pesquisados. Ex.: Ausência de rigidez de nuca, ausência de sinais neurológicos localizatórios (Hemiparesia, pupilas isofotorreagentes);

- Deixar o paciente orientado e à vontade para retornar a Unidade se houver dúvidas ou mudança no quadro;
- Se atender um paciente com queixas agudas (< 15 dias) ou subagudas (< 60 dias) que está retornando a Unidade, ou que passou por várias Unidades em menos de 72 horas entre uma consulta e outra, considerar que o diagnóstico poderá ser mais difícil (doenças com manifestações sutis ou atípicas), ou que o paciente poderia não estar utilizando as medicações adequadamente, etc. Na dúvida, manter o paciente na sala de observação, considerando levá-lo para encaminhamento;
- Se realizar algum procedimento médico, explicar as possíveis consequências e complicações relacionadas à própria condição e ao procedimento. Ex.: uma sutura no braço pode infectar deiscência dos pontos. Orientar onde o paciente deverá retornar.

7.6.3. Abordagem inicial do paciente grave nas Unidades de Pronto Atendimento

Todos os pacientes que procuram atenção médica devem ser atendidos. No entanto, a função da unidade de emergência é priorizar o atendimento de urgências e emergências.

Assim, define-se “emergência” a constatação médica de condições de agravo à saúde que implique em risco iminente de morte ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. Define-se “urgência” a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem potencial à vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Nas Unidades de Pronto Atendimento da Rede Municipal, pacientes graves coexistem com indivíduos com problemas de menor complexidade. Saber diferenciar rapidamente tais situações torna-se ainda mais importante.

A ideia deste protocolo é tentar caracterizar situações de potencial emergência ou urgência, para que possam ser rapidamente priorizadas e assim receber o atendimento adequado no menor tempo possível, buscando melhorar a qualidade do pronto atendimento à população.

7.6.4. Identificação de Situações de Maior Gravidade.

Indivíduos que apresentam os seguintes sintomas e/ou sinais encontram-se em potencial situação de emergência e devem ser avaliados de forma prioritária:

- Precordialgia ou dor torácica;
- Febre com alterações hemodinâmicas ou Cefaleia;
- Suspeita de obstrução de via aérea;
- Alterações neurológicas agudas: déficit, motor, afasia, convulsão, delírio;
- Intoxicação exógena aguda;
- Poli traumatizado.
- Hematêmese, enterorragia ou hemoptise;
- Dor intensa;
- Rebaixamento agudo do nível de consciência (queda na escala de coma de Glasgow > 2 pontos);
- Alterações marcantes de sinais vitais:
 - Frequência respiratória (FR) > 36 ipm ou > 8 ipm ou uso de musculatura acessória;
 - Saturação arterial de oxigênio (Sat O₂) < 90%;
 - Frequência cardíaca (FC) > 120 bpm ou < 40 bpm;
 - Pressão arterial sistólica (PAS) < 90 mmHg;
 - Enchimento capilar (EC) > 3 segundos.

7.6.5. Manejo Inicial de Pacientes Potencialmente Graves

- Todos pacientes potencialmente em situação de emergência ou urgência devem ser avaliados imediatamente dentro da sala de emergência. Uma vez descartadas tais situações, o atendimento deve ser complementado fora da sala de urgência, a fim de permitir o uso do referido recinto para futuros atendimentos;
- O atendimento inicial de uma situação de risco em potencial deve ser iniciado sempre pelas recomendações Suporte Avançado de Vida (ACLS):

Avaliar uma possível PCR.

- Responsividade, ajuda, via aérea, respiração, pulso e monitoração;
- A etapa de Solicitação de Ajuda com desfibrilador é fundamental em qualquer atendimento de emergência no pronto – socorro, refere-se a levar o paciente à sala de emergência e solicitar o carrinho de parada. Para esta fase do atendimento, é igualmente fundamental o acesso á materiais necessários e o auxilio de profissionais treinados;
 - Em casos de parada cardiorrespiratória (PCR), proceda conforme os algoritmos padronizados.
 - Nos pacientes que não estão em PCR, à primeira medida é realizar o MOV (monitor, oxigênio e veia) seguido das orientações abaixo:
 - Obtenha os sinais vitais (PA, FC, FR, Sat. de Oxigênio, temperatura) e glicemia capilar (dextro);
 - Esclareça a queixa e duração de forma objetiva. São dados fundamentais para a condução adequada de qualquer caso em pronto-socorro;
 - Perguntem de forma breve e direta por fatores associados, antecedentes, medicações em uso e resultados de exames complementares realizados anteriormente;
 - Realize o exame clinico dirigido para a queixa apresentada. Aprofunde o exame conforme as alterações encontradas:
 - ✓ Aspecto geral: avaliação de mucosas e estado geral do paciente;
 - ✓ Neurológico: escala de coma de Glasgow, presença de déficits motores, avaliação de pupilas e de sinais de meningismo;
 - ✓ Cardiovascular: ausculta cardíaca (ritmo, sopros, B3), presença de estase jugular, perfusão periférica e pulsos periféricos (presença e simetria);
 - ✓ Pulmonar: inspeção de uso de musculatura acessória e ausculta pulmonar (crepitações, sibilos, derrames, roncos);
 - ✓ Abdominal: ruídos, sinais de peritonismo, dor e visceromegalias;
 - ✓ Membros: edemas, sinais de empastamento de panturrilhas.

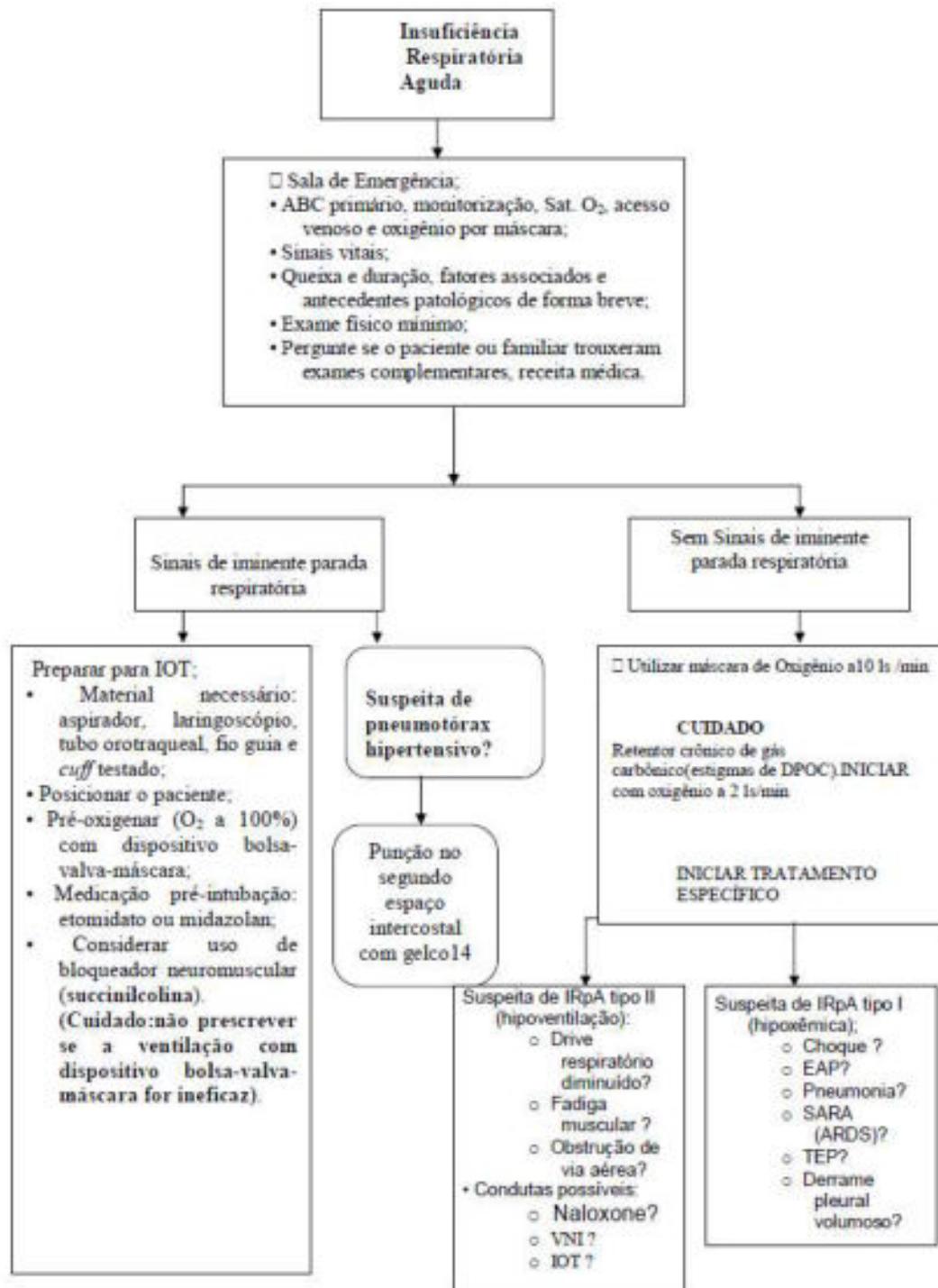
B- Principais Síndromes em Situação de Emergência.

Insuficiência Respiratória Aguda

São basicamente de 2 tipos:

➤ Hipoxêmica ($PaO_2 < 60$ mmHg): a principal fisiopatogenia está relacionada a um distúrbio entre a relação ventilação/perfusão (V/Q). O mais frequente é o distúrbio do tipo SHUNT, quando o alvéolo está preenchido por transudato (edema pulmonar), exsudato (pneumonia) ou sangue (infarto pulmonar, hemorragia);

➤ Hipercapnica ($PaCO_2 > 50$ mmHg): o distúrbio principal envolvido é a hipoventilação alveolar. Pode ocorrer pela diminuição da (FR < 12), do volume corrente “respiração curta”. Dependendo do grau, pode levar à hipoxemia associada, mas, nessa situação, o gradiente alvéolo-arterial permanecerá normal. Nestes casos, salienta-se a fadiga respiratória, que cursa com exaustão da retenção de CO₂. A hipoxemia será um evento tardio e mesmo antes do seu aparecimento, o paciente já se encontra em insuficiência respiratória. Clinicamente, são pacientes que se apresentam taquipnéicos (um mecanismo para tentar compensar a diminuição do volume corrente), com uso da musculatura acessória (tiragem sub-diafragmática, intercostal, de fúrcula, batimento de asa de nariz, respiração paradoxal abdominal), muitas vezes sonolentos (pela retenção de CO₂ ou por encefalopatias tóxico-metabólicas diversas associadas). Necessitam de intervenção imediata, pois podem evoluir para parada respiratória.



A qualidade nos serviços de saúde tem sido objeto de estudo entre diversos seguimentos da saúde. Nos níveis de complexidade assistenciais, tanto primários quanto secundários, também tem surgido essa preocupação com o tema, haja vista as

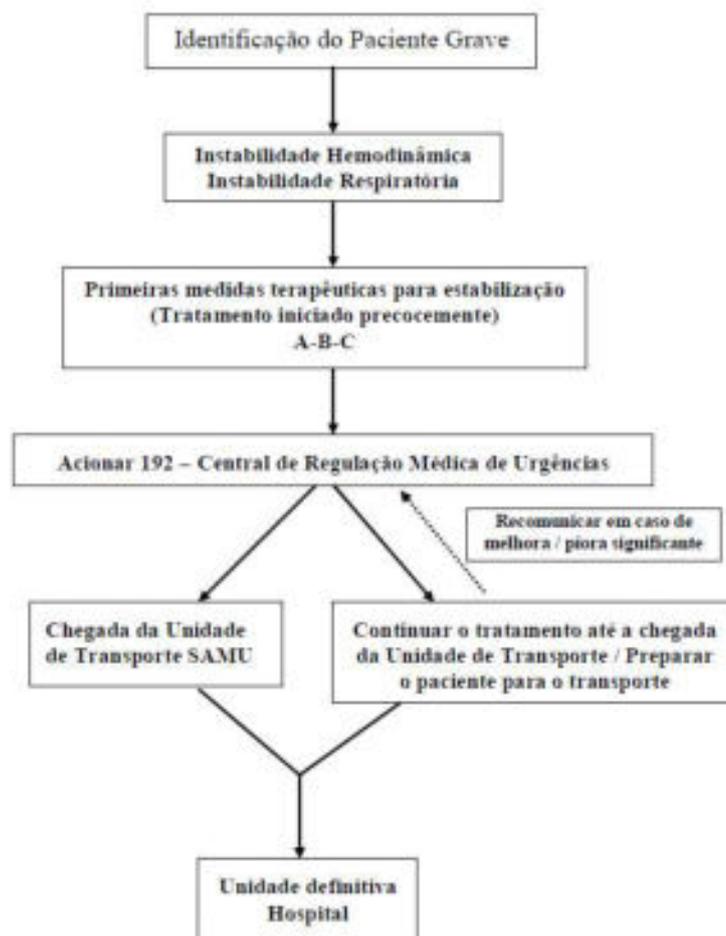
citações sobre qualidade em vários documentos oficiais e definições em normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as ações e práticas, assim como os conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos. Na equipe dos serviços de saúde, a busca pela qualidade tem ocorrido principalmente com investimentos em processos educativos. Tal fato é uma apreensão constante do enfermeiro, pois não é incomum a exposição da equipe de enfermagem na mídia, devido à divulgação de erros de procedimentos, imprudência e falta de cumprimento de protocolos nos serviços de saúde. Dessa maneira, faz-se necessária a definição de padrões e ampliação da cultura de qualidade dos serviços da enfermagem, tornando-se, assim, imprescindível o papel do enfermeiro em implementar estratégias para que a sua equipe assegure aos pacientes a assistência desejada. Uma ferramenta gerencial que o profissional enfermeiro pode utilizar para melhorar a qualidade da assistência prestada é a padronização das intervenções de enfermagem, por meio dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP), que deve ser construída juntamente com a sua equipe, levando em consideração a realidade do serviço e estimulando o alcance de melhorias em suas atividades.

A padronização dos procedimentos é considerada um instrumento gerencial atual e tem sido amplamente estudada pela enfermagem. Os resultados de sua utilização demonstram que se trata de uma ferramenta moderna que apoia a tomada de decisão do enfermeiro, possibilita corrigir as não conformidades, permite que todos os trabalhadores prestem cuidado padronizado para o paciente de acordo com os princípios técnico-científicos e, ainda, contribui para dirimir as distorções adquiridas na prática, tendo também finalidade educativa. Além disso, a adoção de protocolos de cuidados pode proporcionar maior satisfação para a equipe de enfermagem e para o paciente, maior segurança na realização dos procedimentos e, conseqüentemente, maior segurança para o paciente, objetivando garantir um cuidado livre de variações indesejáveis na sua qualidade final, assim como implementar e controlar as ações assistenciais de enfermagem permeadas pela visão de integralidade do paciente. O gestor dos serviços de saúde deve entender a importância e responsabilidade no planejamento de ações educativas junto aos profissionais de saúde de sua instituição,

sempre pautadas nas melhores evidências científicas. Nessa perspectiva, é notório que a Prática Baseada em Evidências (PBE) constitui um movimento que atua como um elo entre os resultados de pesquisas e sua aplicação prática, garantindo a melhoria da qualidade da assistência prestada aos clientes e maior visibilidade da profissão ao demonstrar as bases científicas do seu cuidado. e saúde.

Ressaltamos que o protocolo para o combate ao covid-19 será elaborado pela equipe de gestão técnica em conjunto com a secretaria de saúde e vigilância epidemiológica.

Fluxograma Geral do Paciente Grave nos PAs/PSs



7.6.6. Parada Cardiorrespiratória - PCR

É a interrupção abrupta da atividade mecânica cardíaca, que pode ser reversível por intervenção imediata, mas leva à morte, na sua ausência. Ocorre de forma súbita e inesperada, em indivíduos sem doenças prévias ou naqueles com doenças incuráveis que evoluam para PCR, não por evolução natural da doença e, sim, por causas extrínsecas passíveis de reversão (AHA -ACC).

Como identificar uma PCR?

O diagnóstico deve ser feito com a maior rapidez possível e compreende a avaliação de três parâmetros: responsividade, respiração e pulso.

Os C A B D da RCP (Avaliação Primária):

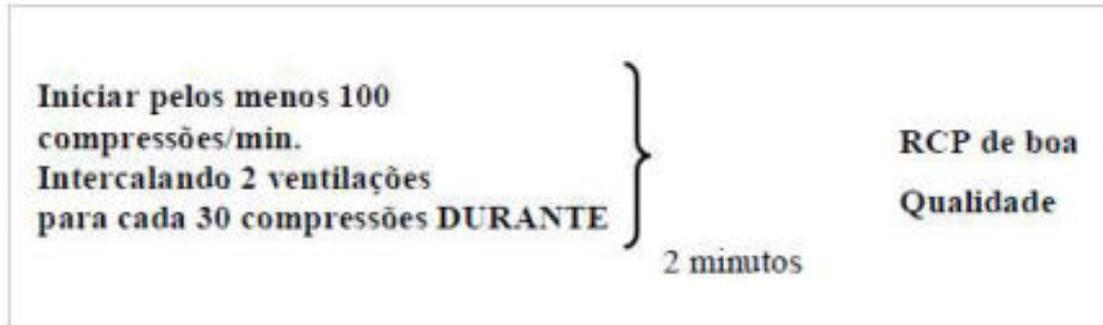
- C (circulation): circulação;
- A (airway): vias aéreas;
- B (breathing): respiração;
- D (defibrillation): desfibrilação ou drogas.

C: Avaliar o pulso + iniciar as compressões torácicas

A: Posicionar o paciente e abrir as vias aéreas

B: Estabelecer duas ventilações;

D: Aplicar o desfibrilador quando disponível.

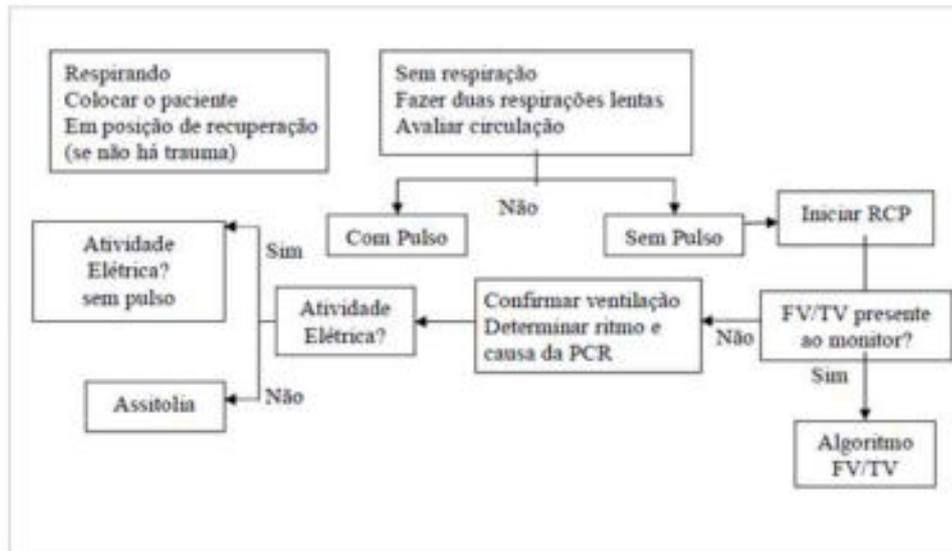


- 1) Checa-se o ritmo: FV/TV, assistolia ou AESP;



- 2) FV/TV: desfibrilar o paciente (1 choque de 200 joules e 360 no desfibrilador monofásico) - Reversão >85% dos casos. Persistindo FV/TV, repetir 1 choque de 360J a cada intervalo de ressuscitação cardiopulmonar (2 minutos).

Observação: Os desfibriladores disponíveis na rede podem ser monofásicos, portanto, a carga para desfibrilação é de 360J. Para utilização de desfibriladores bifásicos a carga inicial será de 200J.



O ABCD secundário:

A: Intubação do paciente, não é obrigatório se a ventilação com ambu e máscara elevar o tórax;

B: Ventilação não-sincronizada para pacientes intubados, manter RCP 30:2 para pacientes não intubados;

C: Monitoração (eletrodos, oxímetro, manguito), acesso venoso, compressões torácicas (não sincronizadas), se o paciente estiver entubado;

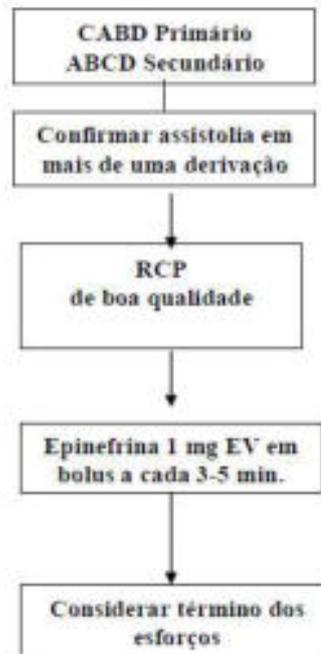
D: administração de drogas.

Protocolo FV/TV	
Epinefrina	1 ap = 1 ml = 1 mg Dose: 1 mg cada 3 min
Amiodarona	1 ap = 3 ml = 50 mg/ml Dose: 300 mg IV bolus 2ª dose: 150 mg após 5 min
Lidocaina	1 fr = 20 ml = 20 mg/ml Dose: 1,5 mg/Kg cada 3 min Dose máx: 3 mg/Kg
Sulfato de Magnésio	1 ap (10%) = 10 ml = 0,1 g/ml Dose: 1 a 2 g IV bolus

- Assistolia: protocolo de linha isométrica (CAGADE);
- Verificar se o monitor e o desfibrilador estão ligados;
- Verificar todas as conexões: dispositivo – cabos, cabos – paciente, dispositivo – pás paciente;
- Verificar GANHO ou SENSIBILIDADE selecionado no desfibrilador/monitor;
- Selecionar derivação e fazer uma rápida verificação do ritmo em cada derivação;
- Quando monitor “EM PÁS” fazer uma rotação de 90° para verificar se há vetor de FV (pá do esterno superior direito para o esterno superior esquerdo; pá do ápice esquerdo para a borda inferior direita do esterno).

TRATAMENTO DAS POSSÍVEIS CAUSAS DE AESP/ASSISTOLIA - Hs e Ts	
Etiologia	Tratamento
Hipovolemia	Fluídos
Hipóxia	O2 a 100% (EOT)
Hipercalemia / Hipocalemia	Bicarbonato / Repositor de potássio
Hipotermia	Reaquecimento
Acidose (Hidrogênio)	Bicarbonato
Pneumotórax hipertensivo	Descompressão
Intoxicações por drogas	Antagonistas
Tamponamento cardíaco	Pericardiocentese
Tromboembolismo pulmonar	Trombolíticos?
IAM	PTCA-Trombólise

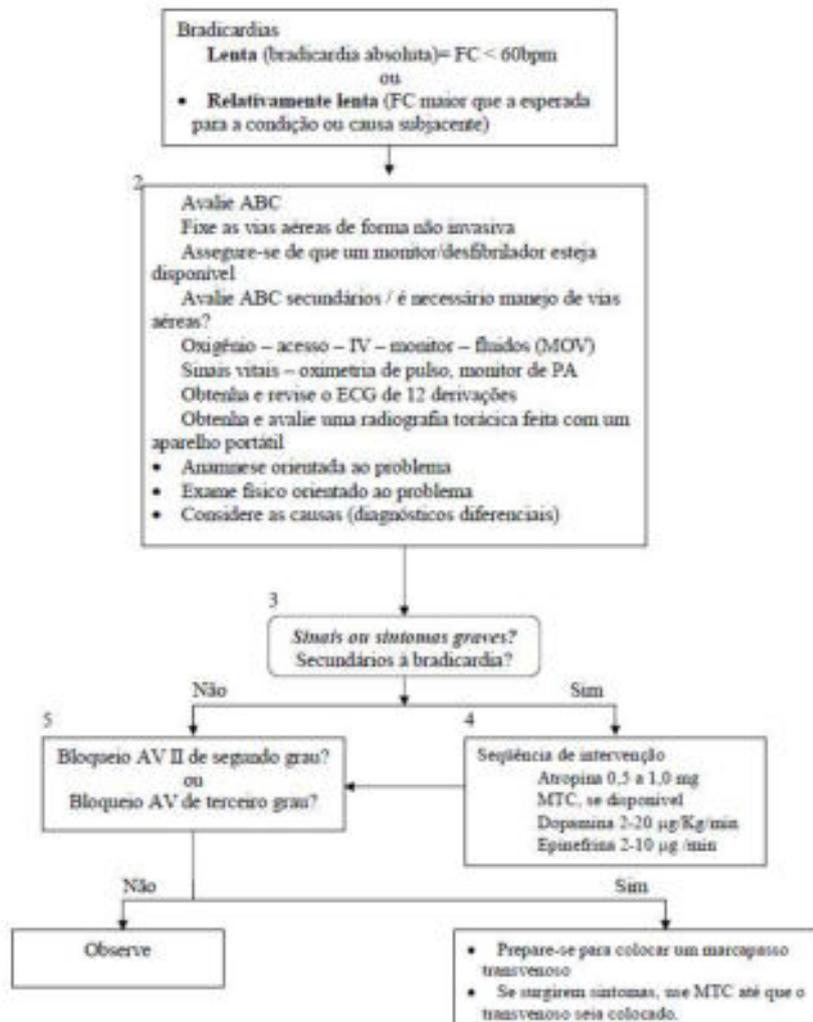
ALGORITMO DE ASSISTOLIA/AESP



7.6.7. ECG/Bradiarritimias

Bradicardia:

- 1) Absoluta – Frequência cardíaca <60bpm;
- 2) Relativa – Frequência cardíaca menor que a desejada para uma condição.



A questão clínica-chave é se a bradicardia está fazendo com que o paciente adoça, ou se alguma outra doença está “causando” a bradicardia.

Efeitos Clínicos da Bradicardia (critérios de instabilidade)

Sintomas: dor torácica anginosa, falta de ar, diminuição do nível de consciência, fraqueza, fadiga, intolerância a exercícios, tontura, vertigem e desmaios.

Sinais: hipotensão, queda da PA em posição ortostática, sudorese, congestão pulmonar ao exame físico ou radiografia torácica, ICC franca ou edema pulmonar, dor torácica, síndrome coronária aguda.

Tratamento

A sequência de tratamento para bradicardia sintomática é:

- **Atropina** (agente de escolha para tratamento inicial – exceto para bloqueio cardíaco de segundo grau Mobitz II, bloqueio cardíaco de terceiro grau e pacientes submetidos a transplante cardíaco). Utilizar doses 0.5mg IV repetida a cada 3-5 minutos. Se após a primeira dose não houver resposta não associe DOPR ou Adrenalina.

- Marca passo transcutâneo (disponível na USA do SAMU)

- **Dopamina:** Após atingir dose máxima de atropina (0.04mg/Kg) adicionar uma infusão de dopamina (iniciar com 5µg/Kg/min.) e aumentar a dose de infusão rapidamente (até20mg/Kg/min.)

- **Adrenalina:** Se o paciente apresentar bradicardia grave com hipotensão, o fármaco de escolha é a adrenalina. A infusão de adrenalina também é indicada quando doses de mais altas de dopamina não fizerem mais efeito.

Obs.: As infusões de adrenalina são preparadas da seguinte maneira: Misturar 1 ampola de 1mg de adrenalina em 500 ml de solução salina normal, a fim de produzir uma concentração de 2mg/ml. Isto pode ser infundido na velocidade de 1 a 5 ml/min.

Obs.: A infusão de Dopamina (Amps = 50mg/10ml) diluída em 240ml de SF0,9%

A importância da localização do infarto e bloqueio cardíaco	
<p>Infarto do VD</p> <p>Pacientes com infarto do VD ou inferior apresentam, freqüentemente, tono parassimpático excessivo. Os efeitos parassimpáticos provocarão a bradicardia, mas a hipotensão, se estiver presente, será devida mais provavelmente à hipovolemia que à bradicardia.</p> <p>▪ <i>Fornecer uma prova de volume cuidadosa com soro fisiológico (250-500 ml em 15-30 minutos).</i></p> <p>Esta ação pode salvar a vida destes pacientes.</p> <p>A baixa freqüência é na verdade uma bradicardia relativa: o coração devia bater mais rápido devido a baixa PA. O fluido em bolo aumenta as pressões de enchimento do VD, o que causa um aumento na força de contração do VD (lei de Starling).</p> <p>Os LAM inferiores geralmente produzem um bloqueio cardíaco ou terceiro grau, com um ritmo de escape juncional de complexo estreito.</p> <p>▪ Utilizar a atropina para aumentar a FC e a PA, se estes pacientes tomarem-se sintomáticos.</p>	<p>▪ Se não houver resposta à atropina, fornecer dopamina ou epinefrina. O defeito de condução é freqüentemente passageiro. Um MTC "em espera" deve ser utilizado (e testado) para esses pacientes, enquanto se aguarda pelo marcapasso transvenoso ou pela solução do bloqueio.</p>

7.6.8. Dor Torácica

Dor torácica é uma queixa comum e causa igualmente frequente de procura à sala de emergência nas Unidades de Pronto. Estima-se que cerca de 1-5 % do total de atendimentos na emergência são devido à dor torácica e que 20 – 35% destes correspondam, a uma situação clínica de gravidade como Síndrome Coronariana Aguda (SCA).

O grande desafio do Emergencista é justamente diagnosticar os pacientes com alto risco de apresentarem uma SCA, além de outras etiologias menos frequentes, porém potencialmente fatais como Tromboembolismo Pulmonar (TEP) e as Síndromes Aórticas Torácicas Agudas (SATA) e Pneumotórax Hipertensivo (PH) que juntas representam 1% dos casos.

Contudo, o diagnóstico inicial da SCA no primeiro atendimento pode ser dificultado pelos seguintes fatos:

- 1) Dos pacientes que realmente apresentam um infarto agudo do miocárdio

(IAM), apenas a metade tem um eletrocardiograma com alterações clássicas como supra desnível de segmento ST (CSST) à admissão;

2) Menos da metade dos pacientes com IAM sem supra desnível de segmento ST (SSST) apresenta creatinoquinase-MB (CK-MB) elevada à admissão.

Esses dados podem explicar porque, mesmo em centros de referência, 2 a 3 % de pacientes com IAM são indevidamente liberados da emergência, taxa que pode alcançar valores de até 10 a 20 % em alguns serviços, sendo que destes, 25% apresenta desfecho letal.

Tromboembolismo Pulmonar (TEP) é o bloqueio da artéria pulmonar ou de seus ramos. Geralmente, ocorre quando um trombo venoso profundo se desloca de seu local e formação e viaja, ou emboliza, para o fornecimento sanguíneo arterial de um dos pulmões. Os sintomas incluem dificuldade de respiração, dor torácica na inspiração e palpitações. Os sinais clínicos incluem dor torácica, baixa saturação de oxigênio sanguíneo (hipóxia), respiração rápida (taquipneia) e frequência cardíaca aumentada (taquicardia). Casos graves de embolia pulmonar não tratada podem levar a instabilidade circulatória e morte súbita.

A Síndrome Aórtica Torácica Aguda (SATA) é uma das doenças de maior mortalidade que se conhece. A suspeita do diagnóstico da doença se baseia na história clínica com quadro de dor torácica aguda, que em geral se inicia retro esternal nas dissecções do Tipo A e se estende para a região interescapular na medida em que a dissecção progride distalmente. A dor, em geral, é de início súbito, intensa e pode ser acompanhada de sudorese e hipertensão. Hipotensão pode ocorrer quando há ruptura ou tamponamento cardíaco.

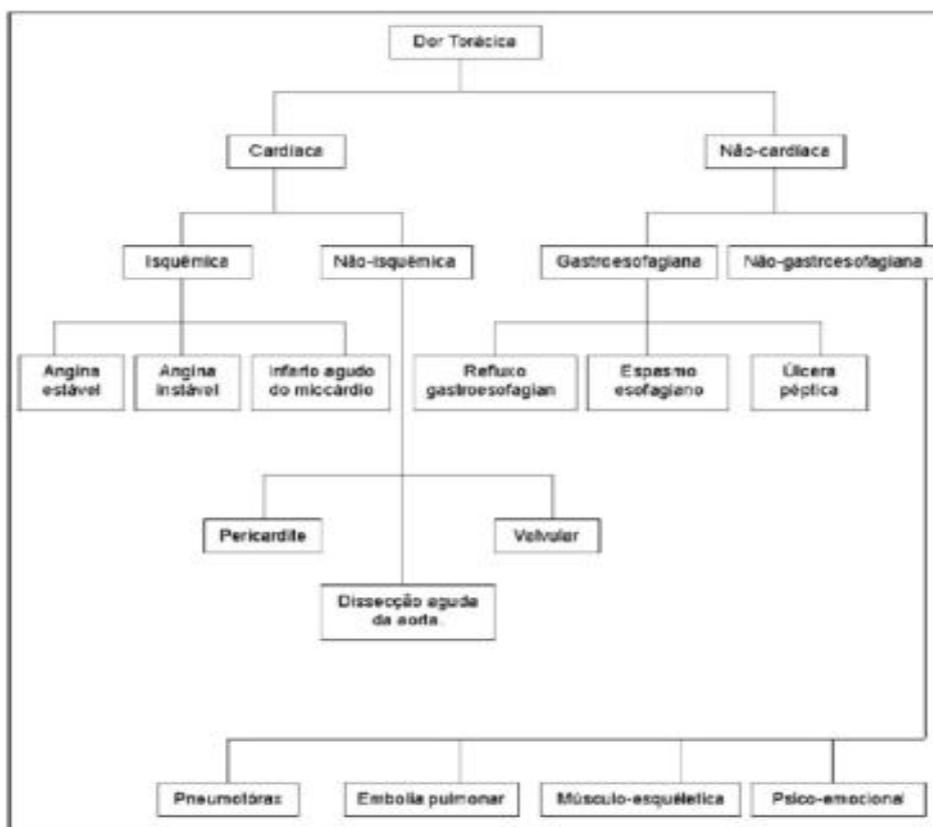
No pneumotórax hipertensivo há acúmulo de ar na cavidade pleural por um sistema de válvula unidirecional, que faz com que o ar possa entrar, mas não possa sair. O pulmão do lado afetado é completamente colapsado, e a traquéia e o mediastino são deslocados para o lado oposto, comprometendo o retorno venoso e causando compressão do pulmão contralateral à lesão.

Na maioria das vezes, a causa é a lesão do parênquima pulmonar, que pode ser agravada com pressão positiva. Lesões traumáticas da parede torácica também podem

ser causa de pneumotórax hipertensivo ocasionalmente. Não é incomum que a inserção de cateteres na veia subclávia ou jugular interna seja a causa de pneumotórax.

Os sinais clínicos do pneumotórax hipertensivo são dispneia, taquicardia, hipotensão, desvio da traqueia para o lado oposto, ausência de murmúrio vesicular unilateral, turgência das veias do pescoço e timpanismo à percussão. A cianose pode surgir como uma consequência tardia da hipóxia.

Causas de Dor Torácica



Síndrome Coronária Aguda

As 10 etapas da avaliação do paciente com síndrome coronariana nas UPAs/ UBS/ PS

- 1) Em pacientes com dor torácica aguda sugestiva de síndrome coronariana aguda realizar o ECG de 12 derivações em menos de 10 minutos
- 2) Encaminhar o paciente para a sala de emergência e iniciar a utilização de M.O.V. (monitor, oxigênio e veia) - enfermeiro classificação de risco.
- 3) **Análise de ECG pelo médico**
- 4) Avaliação do caso clínico pelo médico
- 5) Classificar de acordo com os achados clínicos / eletrocardiográficos
- 6) Iniciar o tratamento imediato em caso de síndrome coronariana aguda (MONAB)
- 7) Manter sob monitoramento constante (ECG, oximetria, PA, Pulso)
- 8) Solicitar a regulação médica do SAMU
- 9) Estar preparado para intercorrências enquanto estiver no aguardo (FV, outras arritmias)
- 10) Passar o caso para o médico do SAMU

Avaliação imediata (<10 minutos)

- Verifique os sinais vitais (manguito de PA automático/manual)
- Meça a saturação de oxigênio
- Estabeleça um acesso IV
- Obtenha o ECG de 12 derivações (revisão por médico)
- Faça anamnese e exame físicos breves e direcionados, concentre-se na elegibilidade para terapêutica fibrinolítica

Os padrões eletrocardiográficos são analisados, permitindo identificar 4 grupos:

- 1) **Eletrocardiograma com supra desnível de ST:**

Presença de supra desnível de J-ST > 0,1mV em pelo menos duas derivações contíguas do plano frontal, ou > 0,2mV em pelo menos duas derivações contíguas do plano horizontal (V1 aV6).

2) Eletrocardiograma com infra desnível de ST ou inversão de T:

Presença de infra desnível de J-ST 0,1mV em pelo menos duas derivações contínuas, ou inversão isolada de T em pelo menos duas derivações contíguas.

3) Eletrocardiograma com bloqueio de ramo esquerdo:

Em ritmo sinusal, presença de complexos QRS com duração 120ms, com morfologia QS ou rS em VI e de flexão intrínseca 60ms em I, V5 ou V6, associado à ausência de onda Q nestas derivações.

4) Eletrocardiograma normal ou inespecífico:

Ausência de qualquer alteração, ou presença de alterações de duração e morfologia QRS e/ou as alterações de posição de J – ST e T que não se enquadrem nas acima descritas, mesmo em presença de ondas Q patológicas consideradas antigas.

Classificar os tipos de dores A, B, C, D:

A abordagem inicial ao paciente com dor torácica consiste em se definir, através de uma breve história clínica, se o sintoma decorre de uma provável causa cardíaca ou de provável causa não-cardíaca. Para tanto, deve-se tentar classificar a dor em um dos seguintes tipos:

Tipo A (dor definitivamente anginosa)

Dor torácica cujas características dão a certeza do diagnóstico de SCA, independentemente do resultado dos exames complementares.

Tipo B (dor provavelmente anginosa)

Dor torácica cujas características sugerem SCA como principal hipótese diagnóstica, porém com necessidade de exames complementares para a confirmação do diagnóstico.

Tipo C (dor provavelmente não anginosa)

Dor torácica cujas características não sugerem SCA como a principal hipótese

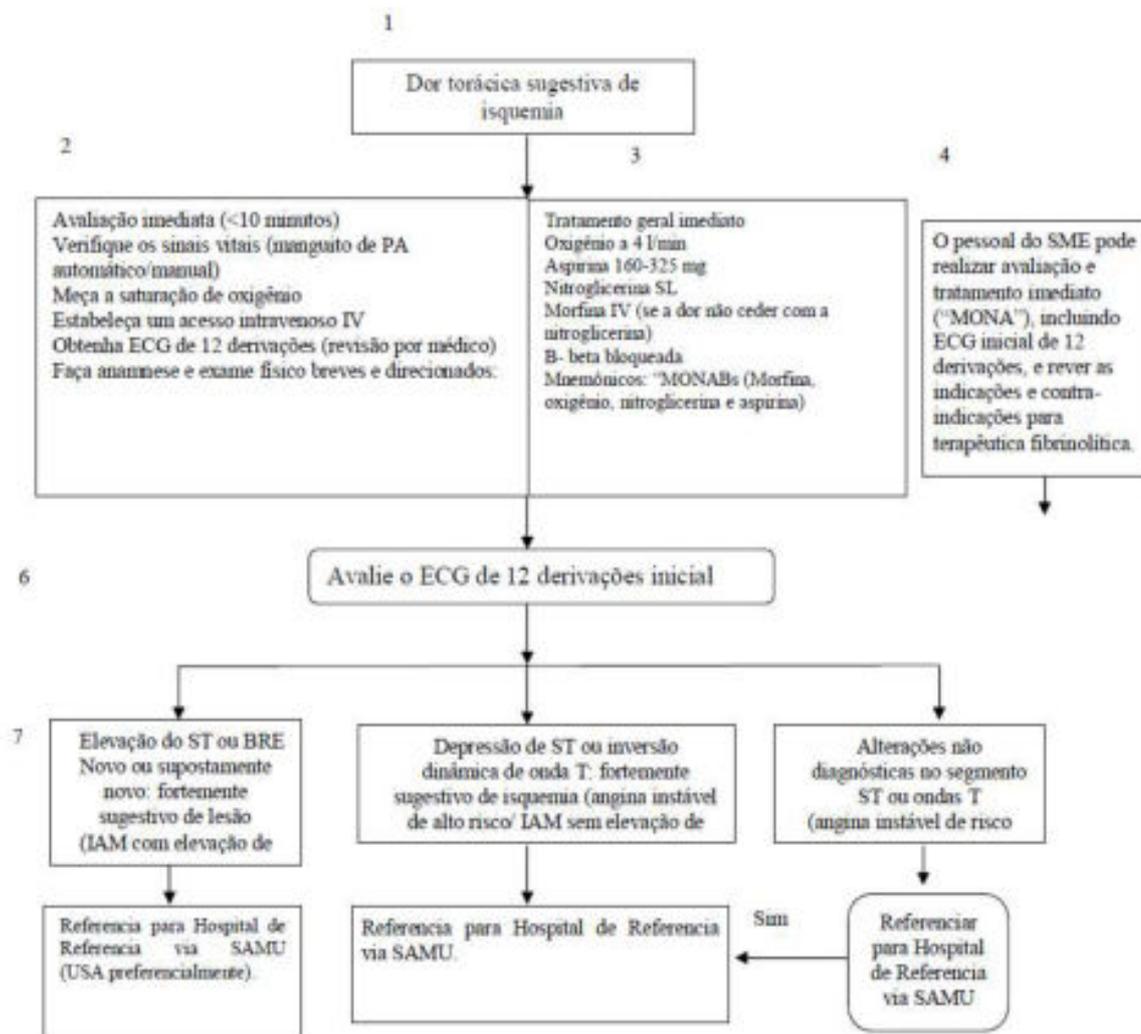
diagnóstica, porém há necessidade de exames complementares para excluí-la.

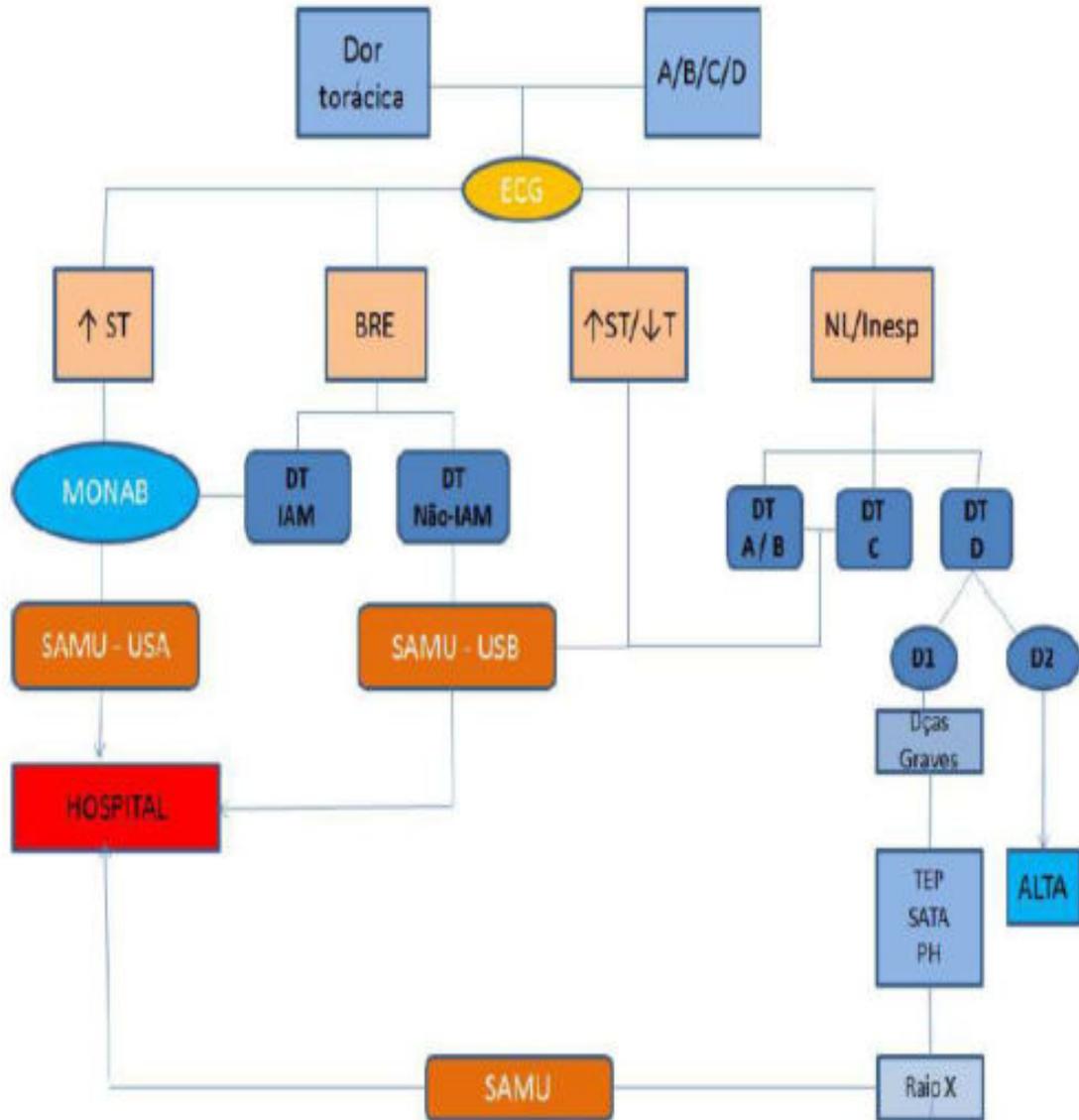
Tipo D (dor definitivamente não anginosa)

Dor torácica cujas características não sugerem SCA no diagnóstico diferencial etiológico. Pode ser subdividida em:

D1 = Possíveis doenças graves com diagnóstico etiológico não determinado;

D2 = Com diagnóstico etiológico determinado.





ECG	Eletro Cardiograma
↑ ST	Supra do Segmento ST
BRE	Bloqueio de Ramo Esquerdo
↑ST/↓T	Supra do Segmento ST ou Inversão de T
NL/Inesp	Normal ou Inespecífico
MONAB	Morfina, Oxigênio, Nitrato, AAS, Beta bloqueador
DT IAM	Dor Torácica – Infarto Agudo do Miocárdio
DT Não-IAM	Dor Torácica – Não Infarto Agudo do Miocárdio
SAMU (USA –USB)	SAMU – USA Suporte Avançado e USB Suporte Básico
Dças Graves	Doenças Graves
TEP SATA PH	Tromboembolismo Pulmonar, Síndromes Torácicas Aórticas Agudas, Pneumotórax Hipertensivo

Tratamento Geral Imediato (MONAB)

- **Oxigênio** a 5l/min. Utilizar uma máscara ou cânula nasal objetivando saturação de oxigênio maior que 90%.
- **Aspirina:** Recomenda-se a utilização rotineira de aspirina (160 – 325mg) a

todos os pacientes com IAM ou SCA.

- **Nitroglicerina:** SL para desconforto contínuo no peito, se a pressão arterial sistólica for maior que 90mmHg e não houver outras contraindicações. Dinitrato de isossorbida (isordil): administrar 5mg em intervalos de cinco minutos (dose máxima 15mg).
- **Morfina EV:** Utilizar doses de 2 a 4mg em intervalos de cinco minutos, se necessário, aos pacientes que obtiverem um completo alívio da dor com nitroglicerina ou nitrato.
- **Betabloqueador EV:** considere em pacientes estáveis com frequência entre 60 e 100 bpm. Contra indicações: sinais de ICC, FC <60 ou >100

7.6.9. Insuficiência respiratória aguda

A – Falência súbita das funções do trato respiratório:

- Ventilação – Tipo II
- Oxigenação – Tipo I A 1 – Causas:
 - Tipo I = Distúrbio V/Q (Pneumonias –TEP) Alteração de difusão (Edema Agudo de Pulmão) SHUNT (SDRA);
 - Tipo II = Depressão do drive respiratório. Doenças neuromusculares Sobrecarga ventilatória (ASMA).

B – Quadro clínico:

- Dispneia
- Cianose
- Alterações do nível de consciência
- Alterações hemodinâmicas
- Alterações da FR, uso de MM acessórios
- Doença de base

C – Diagnóstico laboratorial:

- Oximetria de pulso

D – Conduta:

- Oxigenioterapia
- Monitorização
- Acesso venoso
- Doença de base

E – Oxigenioterapia

- Máscara
- Cateter nasal
- Venturi
- Máscara com reservatório
- Ventilação mecânica
 - Invasiva
 - Não invasiva

F - Pneumopatias obstrutivas

- Crise asmática
- Agudização do DPOC

E - Fisiopatologia:

- Processo inflamatório crônico das vias aéreas

H - Quadro clínico:

- Dispneia
- Tosse
- Sibilos

- Opressão torácica

I - Tratamento:

- Oxigenioterapia (se saturação de O₂ < 90%);
- Máscara, cateter nasal, venturi, máscara com reservatório B – Drogas bronco dilatadoras inalatórias;
- Beta 2 adrenérgicos = Fenoterol, Salbutamol;
- Parassimpatolíticos = brometo de ipratrópio C – Drogas bronco dilatadoras sistêmicas;
- Aminofilina;
- Terbutalina;
- Anti-inflamatórios esteroidais;
- Parenterais = Hidrocortisona, Metil Prednisolona;
- Orais= Prednisona.

Conduta no Pronto Atendimento:

- 1 – O₂ se necessário, cuidado para pacientes DPOC com máscara de O₂ com altas FiO₂;
- 2 – Fenoterol 2,5 mg = 10 gt (Máximo = 5 mg ou 20 gt) 3 inalações seriadas 15/15 min;
- 3 – Avaliação clínica, senão ocorrer melhora: Associar ipratrópio 20 – 40 gts (250 – 500 mg) Inalações seriadas 30/30 min, 1 – 4 horas;
- 4 – Corticoide parenteral Hidrocortisona após as 4 horas ou já a partir da primeira hora Se necessário. Dose = 5 mg/kg;
- 5 – Aminofilina –Terceira linha Dose = 5 mg/Kg, administrar EV em

30 minutos (Máximo = 250 mg ou 1 ampola);

6 – Sulfato de magnésio (crise asmática grave). Dose = 2 g em 30/40 minutos (2 amp. Sulfato Magnésio 10%).

Se receber alta:

- Prednisona 40 mg/dia por 7 dias
- Inalações com Beta 2 agonista 4/4 horas por 48 horas

Se necessário internar:

- Manter todas as drogas utilizadas no PS
- Se necessário Aminofilina, manter inicialmente em infusão contínua

Se não tiver resposta com as medidas acima, evoluir com alteração do nível de consciência, exaustão instabilidade hemodinâmica, fadiga = cuidados de CTI

No atendimento da agudização do DPOC nunca esquecer que a infecção é o principal desencadeante.

DPOC – Quando indicar antibioticoterapia?

Piora da dispneia e alteração do escarro.

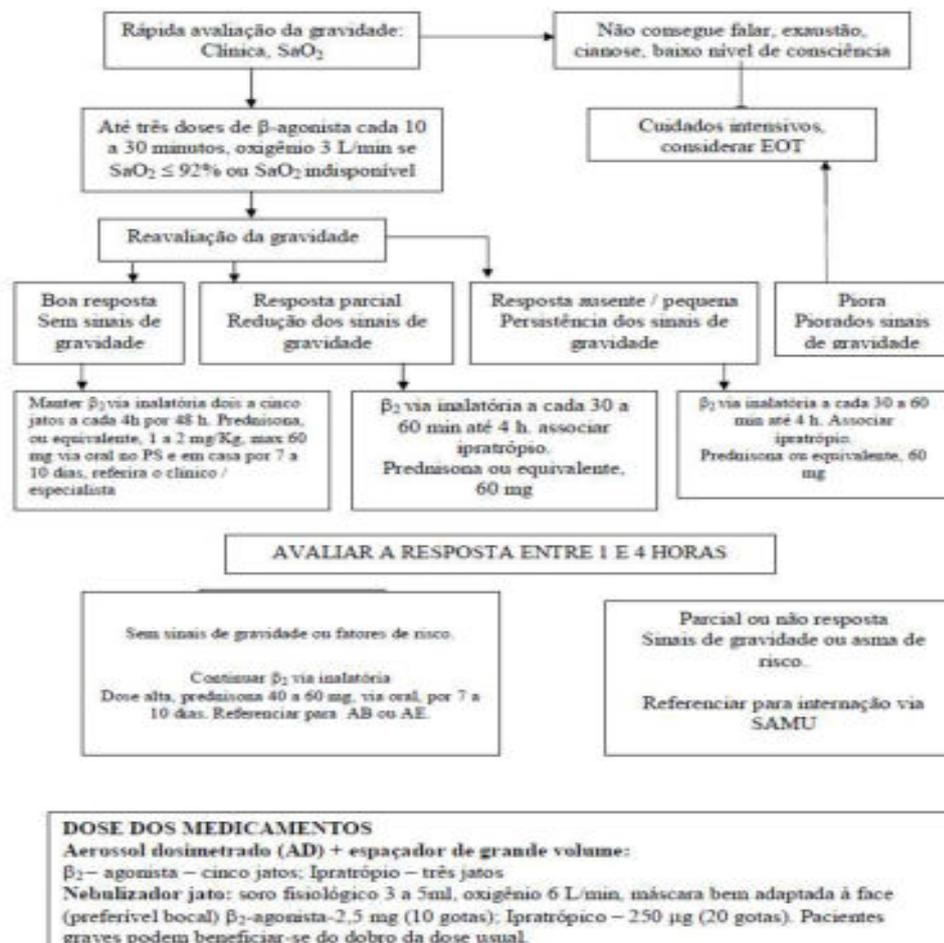
Quais antibióticos podem ser utilizados?

- Abaixo dos 65 anos e sem comorbidades = Amoxicilina
- Acima dos 65 anos e com comorbidades = Macrolídeos ou Quinolona nas respiratórias.

- Avaliar caso a caso, considerar a necessidade e encaminhamento para melhor avaliação (exames, especialistas)

Observação: Iniciar a primeira dose de antibiótico nas primeiras 4 horas no Pronto Atendimento.

Conduta - crise asmática no Pronto Atendimento



7.6.10. Crise hipertensiva / edema agudo de pulmão

Edema Agudo de Pulmão

Síndrome clínica que pode resultar de causas diversas. No entanto, as alterações fisiopatológicas finais são semelhantes e decorrem do acúmulo de fluídos nos espaços alveolares e intersticiais dos pulmões, resultando em hipoxemia, complacência pulmonar diminuída, trabalho respiratório aumentado e relação ventilação-perfusão anormal.

Classificação etiológica do edema agudo de pulmão
1. Causas hemodinâmicas <ul style="list-style-type: none">• Insuficiência ventricular esquerda.• Obstrução da valva mitral (estenose mitral, mixoma de átrio esquerdo, trombose de átrio esquerdo).• Arritmias cardíacas.• Hipervolemia.
2. Permeabilidade capilar alterada <ul style="list-style-type: none">• Endotoxemia.• Infecção (viral, bacteriana) pulmonar.• Quase afogamento.• Aspiração pulmonar.• Anafilaxia.• Síndrome do desconforto respiratório agudo.
3. Pressão oncótica do plasma diminuída
4. Excesso de pressão intrapleural negativa <ul style="list-style-type: none">• Reexpansão de pneumotórax
5. Miscelânea <ul style="list-style-type: none">• Neurogênico, após traumatismo craniano.• Edema pulmonar de altitude.• Embolia pulmonar.

Duas situações clínicas mais frequentes são reconhecidas, sendo a principal, a elevação da pressão hidrostática capilar em decorrência do aumento da pressão diastólica final do VE durante a falência ventricular esquerda. Por isso, esse tipo de edema pulmonar é chamado de hemodinâmico ou cardiogênico.

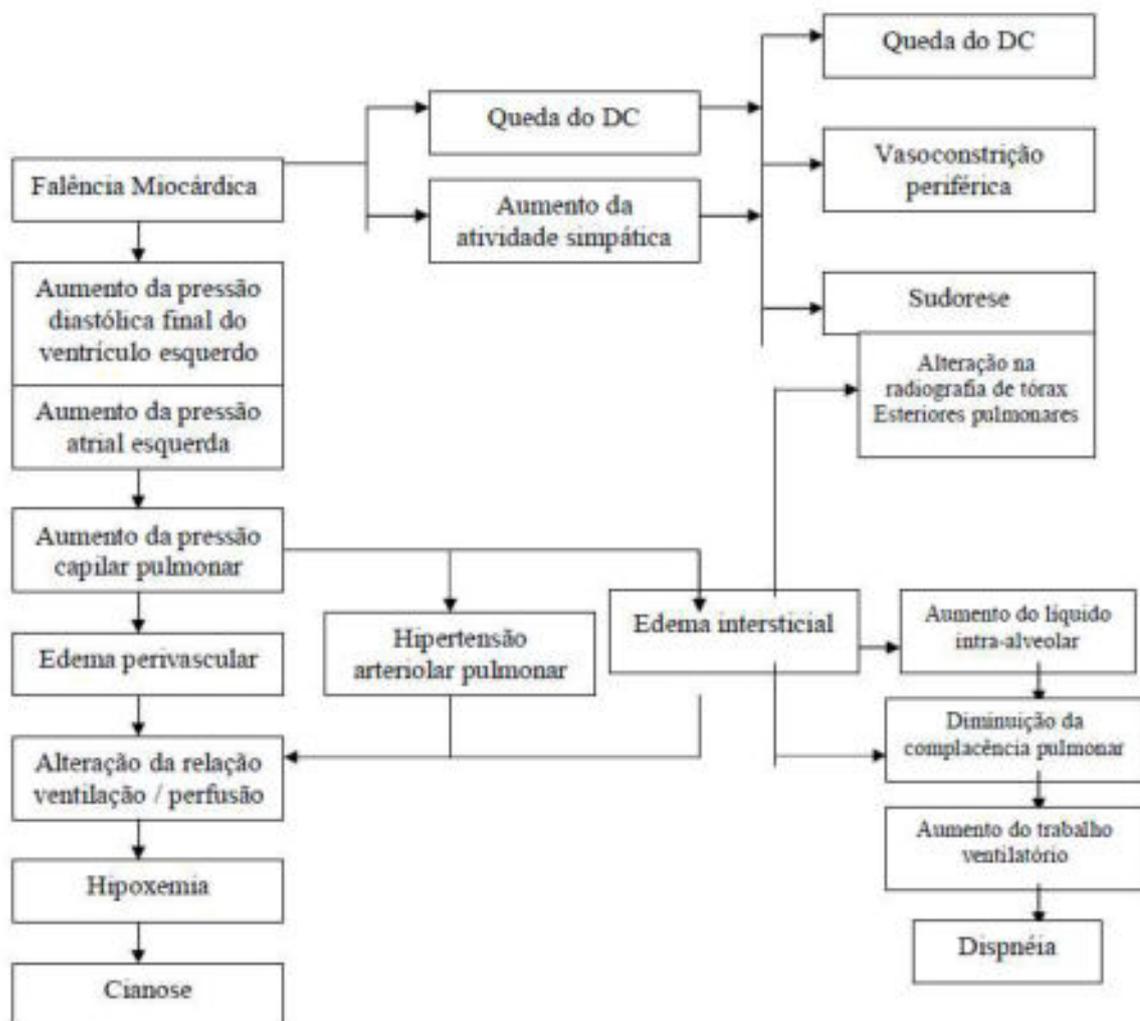
O segundo mecanismo de edema pulmonar é o aumento da permeabilidade da membrana endotelial do capilar pulmonar, levando a um incremento do fluxo de proteínas do capilar para o espaço intersticial. Esse tipo de edema é chamado não cardiogênico.

Um terceiro mecanismo de edema pulmonar ocorre por redução da pressão oncótica do plasma. Entretanto, mesmo uma diminuição acentuada dessa pressão pode não ser acompanhada de edema pulmonar, a menos que exista, concomitantemente, moderada elevação da pressão hidrostática capilar.

Quadro Clínico

O denominador comum das situações de edema pulmonar hemodinâmico é o aumento da pressão hidrostática capilar que atinge níveis superiores a 25 mmHg. Pequenos acúmulos de líquido provocam taquipnéia, taquicardia e poucas crepitações grossas à ausculta pulmonar, como ocorre em pacientes portadores de insuficiência cardíaca prévia.

Ex. Físico: Palidez, sudorese fria, cianose de extremidades, utilização da musculatura respiratória acessória com respiração superficial e ruidosa.



Exames Complementares

- ECG: avaliar alterações eletrocardiográficas sugestivas de isquemia;

arritmias; sobrecargas atriais e ventriculares que possam sugerir cardiopatias orovalvares ou hipertensão arterial sistêmica;

- Radiografia de tórax: Avaliar área cardíaca, campos pulmonares (detectando-se edema intersticial e/ou alveolar.

- Oxímetro de pulso.

Tratamento

As medidas fundamentais incluem:

- **Oxigênio:** Melhor administrado através de máscara facial com reservatório, podendo atingir fração inspiratória de oxigênio próximo a 100%.

- **Vasodilatadores:** O uso de nitratos sublinguais a cada 5 -10 minutos é de grande valor. Mediante PA sistólica > 90 mmHg, pode-se utilizar nitroglicerina na dose

0.3 a 0.5 microgramas/Kg/min. O nitroprussiato de sódio, na dose inicial de 0.1 microgramas/Kg/min, pode ser utilizado na ausência de resposta terapêutica com a nitroglicerina.

- **Diuréticos de alça (Furosemda):** Na dose inicial de 40 a 80mg IV têm efeito imediato por aumentar a capacitância venosa. Assim, esses diuréticos diminuem a pré-carga antes de induzir diurese.

- **Morfina:** na dose de 1 – 2mg administradas a cada 1 a 2 minutos atuam reduzindo a pré-carga, os reflexos pulmonares responsáveis pela dispneia e a ansiedade. A posição sentada é preferencial na abordagem do paciente em edema agudo de pulmão. Tal posição facilita a movimentação do diafragma pela ação da gravidade, diminuindo o trabalho respiratório.

Ventilação mecânica invasiva e não invasiva (CPAP, BIPAP), se disponível.

7.6.11. Emergências Hipertensivas

Definições e Dilemas

Existem inúmeras definições para os termos crise hipertensivas, emergências hipertensivas e urgências hipertensivas. De uma maneira geral o conceito de crise

hipertensiva engloba um espectro de situações clínicas quem tem em comum uma pressão arterial (PA) elevada e potencial de lesão em órgãos-alvo.

O termo pressão arterial acentuadamente elevada deve ser utilizado em vez de crise hipertensiva, uma vez que a maioria dos pacientes que chegam ao pronto-socorro (P S) com PA acentuadamente elevada não apresenta, de fato, um risco de eventos cardiovasculares em curto prazo muito maior do que hipertensos não controlados acompanhados ambulatoriamente. Alguns autores consideram um nível de PA diastólica maior que 120 mmHg como parte da definição; entretanto, o nível da PA tem importância secundária visto que podemos ter lesão aguda de órgãos-alvo com pressões diastólicas menores que 120 mmHg, particularmente nos indivíduos que não são hipertensos crônicos como na eclampsia e nas glomérulo nefrites agudas. Por outro lado, hipertensos crônicos não tratados podem apresentar pressões diastólicas maiores que 120 mmHg sem nenhum sintoma ou evidência de lesão aguda em órgão-alvo. Por exemplo, em um indivíduo normotenso, uma pressão arterial média (PAM) de 60 mmHg é suficiente para manter um fluxo sanguíneo constante, já para um hipertenso, a mesma PAM de 60 mmHg pode estar associada a uma diminuição importante do fluxo sanguíneo em órgão nobres. Em indivíduos normotensos, o fluxo é constante até PAM de cerca de 150 mmHg, acima da qual há aumento do fluxo sanguíneo com possível extravasamento de líquido para o intravascular e instalação de encefalopatia hipertensiva. Em hipertensos crônicos este limite é superior, encontrando-se em PAM acima 200 mmHg.

Outro aspecto das definições é a diferenciação entre urgências e emergências hipertensivas. As emergências hipertensivas são situações com lesão aguda de órgãos-alvo e risco iminente de vida, que necessitam redução imediata da PA (não necessariamente para níveis normais). Tais emergências devem ser tratadas inicialmente nas UBSs e PRONTO SOCORROS, e a seguir encaminhadas para o hospital (preferencialmente numa unidade de terapia intensiva). Já as urgências hipertensivas são situações em que existe risco potencial de lesão de órgão-alvo, como por exemplo pacientes que já apresentam alguma lesão de órgão-alvo prévia (infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral ou insuficiência cardíaca) e que,

portanto, apresentam um risco maior de novas complicações e curto prazo na vigência de PA acentuadamente elevada. Muitas vezes, as urgências hipertensivas necessitam apenas de ajuste ou introdução de anti-hipertensivos e acompanhamento ambulatorial precoce, sem necessidade de internação; outras vezes, observação de curta duração na UBS e PRONTO SOCORRO pode ser necessária.

Nestes casos, nos parece que o mais importante é o empenho do médico em conseguir um acompanhamento ambulatorial precoce e aumentar o grau de entendimento do paciente de que este apresenta uma doença grave com risco de sérias complicações e necessidade de acompanhamento médico adequado (encaminhar para UBSs ou atenção especializada).

Existem ainda as pseudocrises hipertensivas, situações nas quais o aumento acentuado da PA é desencadeado por dor (cólicas, cefaleia, fibromialgia), desconforto (tonturas, mal-estar), ansiedade, abandono do tratamento ou uma associação destes fatores.

Este grupo de paciente é provavelmente o responsável pela maior parte dos que procuram um pronto-socorro (PS) com PA acentuadamente elevada.

Não há, entretanto, estudos epidemiológicos de prognóstico que validem esta classificação em termos de incidência de complicações e eventos adversos em curto prazo. Desta forma, esta classificação é apenas uma convenção e não se baseia em dados epidemiológicos e sim em suposições e dados fisiopatológicos. De fato, a grande maioria dos pacientes de P S com PA acentuadamente elevada não apresenta sintoma referente á hipertensão e não tem lesão rapidamente progressiva de órgãos-alvo em curto prazo. O risco de desenvolver infarto agudo do miocárdio (IAM) ou acidente vascular cerebral (AVC) é pequeno em curto prazo.

Assim, de uma maneira simplificada, convencionou-se categorizar pacientes com PAD

> 120 mmHg ou PAS > 180 mmHg como tendo PA acentuadamente elevada; a emergência hipertensiva será definida pela presença de lesão aguda de órgãos-alvo com risco iminente de vida e pelo risco em curto prazo de desenvolver lesões agudas de órgãos-alvo.

As principais dificuldades do manejo da PA acentuadamente elevada no P S englobam uma serie de perguntas para o medico Emergencista.

- 1) A paciente esta estável?
- 2) Que investigação adicional deve-se realizar?
- 3) O paciente necessita de intervenção imediata?
- 4) Qual a intervenção mais adequada?
- 5) O paciente necessita de internação em enfermaria, UTI, ou pode ir de alta para acompanhamento ambulatorial?
- 6) Se de alta, em quanto tempo deve ser visto no ambulatório?

Epidemiologia

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é muito comum nos países ocidentais. Estima-se que a prevalência de HAS seja de 20% a 25% da população. A HAS essencial é a principal causa, e um grande número de pacientes desconhece ser hipertenso. Além disso, uma parcela considerável dos hipertensos não apresenta um controle adequado da PA.

Estima-se que de 1% a 2% dos hipertensos apresenta crise hipertensiva a cada ano, esta incidência é maior em negros, idosos e em hipertensos sem controle adequado da PA.

O principal motivo que leva ao descontrole pressórico é: falta de acompanhamento com medico de atendimento primário e problemas com álcool e uso de drogas ilícitas foram identificados como fatores de risco para apresentação ao PS com crise hipertensiva.

A tendência temporal é de queda na incidência das crises hipertensivas nestas populações, atribuída em parte a um melhor controle da PA em virtude de melhor aderência e entendimento da necessidade do tratamento.

A hipertensão maligna incide em cerca de 1% dos hipertensos, sendo duas vezes mais frequente em homens.

Em pacientes brancos, até 80% dos casos de hipertensão maligna são causados por hipertensão secundária, principalmente se a apresentação ocorre antes de 30 anos. Em pacientes negros, a hipertensão essencial é a principal causa de hipertensão maligna (cerca de 82%), inclusive em pacientes mais jovens. Não temos dados nacionais que permitam uma estimativa das causas de hipertensão maligna na população mulata. Em relação a emergências hipertensivas em geral, estima-se que de 23% a 56% dos pacientes, a depender da população estudada, apresentam uma causa secundária de hipertensão arterial.

Avaliação Inicial

A avaliação inicial deve incluir uma história e um exame físico sucintos e alguns exames complementares. Em pacientes com quadro nitidamente emergencial, deve-se dar prioridade a uma pronta intervenção terapêutica em detrimento de uma história clínica detalhada e estudos diagnósticos demorados. Tais itens da abordagem nas emergências hipertensivas podem ser realizados a partir do momento em que o paciente estiver estável.

A história deve incluir duração e gravidade da hipertensão previamente existente, presença de lesão prévia de órgão-alvo (insuficiente cardíaca, doenças coronariana, insuficiência renal, doença cerebrovascular), uso de medicações anti-hipertensivas, grau de aderência ao tratamento e controle da PA, uso de outras substâncias, como simpaticomiméticos ou drogas ilícitas e, principalmente, presença de sintomas específicos, sugerindo comprometimento de órgãos-alvo. Tais sintomas incluem dor torácica (isquemia miocárdica ou dissecação de aorta), dorsalgia ou lombalgia (dissecação de aorta), dispneia (insuficiência cardíaca – ICC), sintomas neurológicos focais, cefaleia, convulsões e alterações do nível de consciência.

O exame físico também deve dar ênfase aos sistemas cardiovasculares e nervoso central. A PA deve ser medida com o paciente deitado e em pé (se possível) para avaliar depleção volêmica e nos dois braços. Os pulsos devem ser verificados. O exame cardiovascular deve buscar por sinais de ICC como taquipnéia, estase jugular,

crepitações pulmonares, B, ictus desviado, hepatomegalia, edema de membros inferiores e de dissecção de aorta como pulsos assimétricos, medidas significativamente diferentes da PA nos dois braços, sopros cardíacos e abdominais, massas pulsáteis. O exame neurológico deve avaliar o nível de consciência e orientação, sinais de irritação meníngea, campo visual e sinais neurológicos focais.

Exames complementares importantes incluem um ECG para avaliar a presença de isquemia miocárdica; RX de tórax para avaliar área cardíaca, congestão pulmonar e sinais de dissecção de aorta; e glicemia capilar (dextro) para avaliar hipoglicemia em casos de alteração do nível de consciência. Outros exames serão solicitados conforme indicação clínica.

Manejo Geral

Os pacientes com uma emergência médica (dispneia, intensa, edema agudo de pulmão, dor precordial, palidez, sudorese, alteração do nível de consciência e ou sinais focais) devem ser encaminhados à sala de emergência e a tratamento iniciado concomitantemente à avaliação clínica complementar mais minuciosa. De uma maneira geral, considera-se que a PA deve ser reduzida em questão de minutos à uma hora nas emergências hipertensivas. A redução inicial não deve ultrapassar 20% a 25% da PA média inicial. Em termos práticos, não se deve reduzir de imediato a PA diastólica para menos de 100 mmHg a 110 mmHg. Para tanto, devem ser utilizadas, de preferência drogas anti-hipertensivas de uso parenteral e com monitorização constante da PA. Já pacientes que se apresentam com quadros menos dramáticos com queixas como cefaleia, tontura, ansiedade, dores torácicas inespecíficas, dispneia (sem a observação objetiva de dispneia) e PA acentuadamente elevada, devem ser examinados clinicamente para excluir lesão aguda de órgãos-alvo, bem como avaliados quanto ao risco de desenvolvimento de lesão de órgãos-alvo em curto prazo, medicados com sintomáticos e observados no P S (preferencialmente num local silencioso e com pouca luminosidade) com avaliação posterior.

Nestes casos, a solicitação de exames complementares deverá se feita com base

na suspeita clínica após história e exame físico. Este grupo de pacientes apresenta, na maioria das vezes, pseudo crise hipertensivas e urgências hipertensivas, e menos comumente uma emergência hipertensiva. Entretanto, é importante ressaltar que este grupo de pacientes deve ser avaliado adequadamente para que não se liberem para acompanhamento ambulatorial pacientes com emergências médicas não suspeitadas.

Pacientes com cefaleia tensional, enxaqueca ou outras cefaleias primárias associadas a aumento acentuado da PA devem receber analgésicos e sintomáticos com reavaliação posterior. Pacientes com sintomas sugestivos de ataque de pânico ou muito ansiosos devem receber um sedativo (benzodiazepínico) e ser reavaliados posteriormente. Pacientes com tontura devem ser minuciosamente avaliados para se descartar doença cerebrovascular vértebro basilar, medicados com sintomáticos e reavaliados periodicamente.

- **Emergência Hipertensiva**

É definida como situação na qual ocorre elevação importante da PAS, associada ou não a lesão de órgão alvo irreversível.

- **Urgência Hipertensiva**

São situações em que a PAS está elevada, com PAD > 120 mmHg, porém são mínimas ou mesmo não se observam lesão de órgão alvo.

Emergências Hipertensivas

- Encefalopatia hipertensiva
- Dissecção de aorta
- Edema agudo de pulmão
- Infarto agudo do miocárdio
- Hipertensão intracraniana
- Eclampsia
- Feocromocitoma

Conduta Inicial nos Pacientes com Emergências Hipertensivas

- Monitoração cardíaca, PAMNI e oximetria
- Acesso venoso
- Iniciar o tratamento farmacológico

Conduta Inicial nos Pacientes

- Objetivo – rápida e gradual redução da PAS. Nas emergências hipertensivas esta redução deverá ser obtida imediatamente, no máximo com 1 hora da chegada a Unidade de Saúde.
 - Redução de 25% da PAM
 - Redução da PAD para 100 a 110 mmHg nas 2 a 6 horas iniciais do tratamento, até níveis de PAS normais em alguns dias
 - Redução imediata em 15 a 20 min da admissão na suspeita de dissecação de aorta e/ou EAP. Utilizar B bloqueador + nitroprussiato para dissecação de aorta
 - Alcançar e manterá PAS 180X100 mmHg em 6a12 horas da admissão no AVCI ou H

7.6.12. Taquicardias

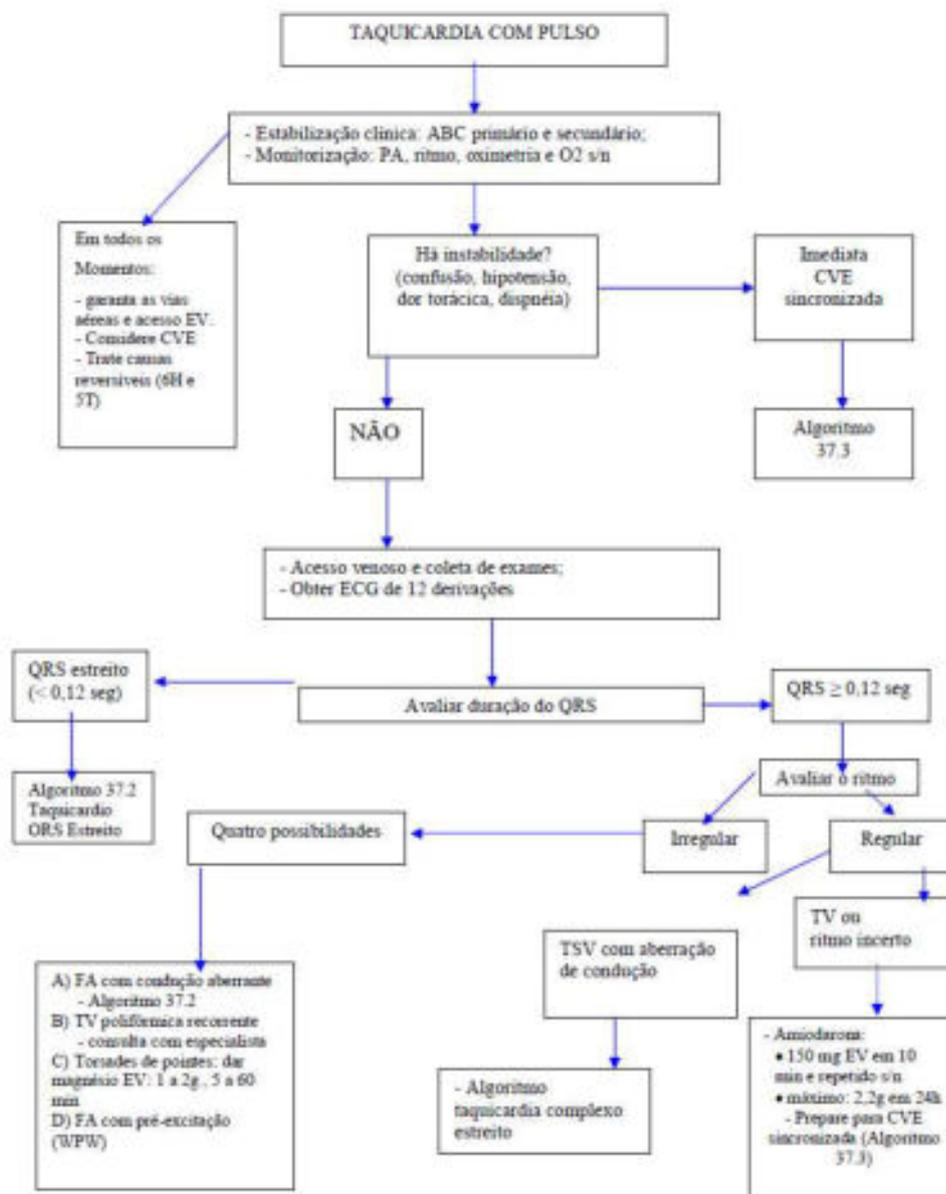
A taquicardia estável refere-se à condição em que o paciente apresenta:

- FC >100bpm
- Nenhum sinal ou sintoma significativo causado por aumento da frequência cardíaca.
 - Uma anormalidade cardíaca subjacente que gera o ritmo (p.ex., febre e exercício são condições sistêmicas, não condições cardíacas).
 - O algoritmo oferece 4 classes ou quadros de triagem para taquicardia estável:
 1. Fibrilação / Flutter atrial
 2. Taquicardias de complexo estreito

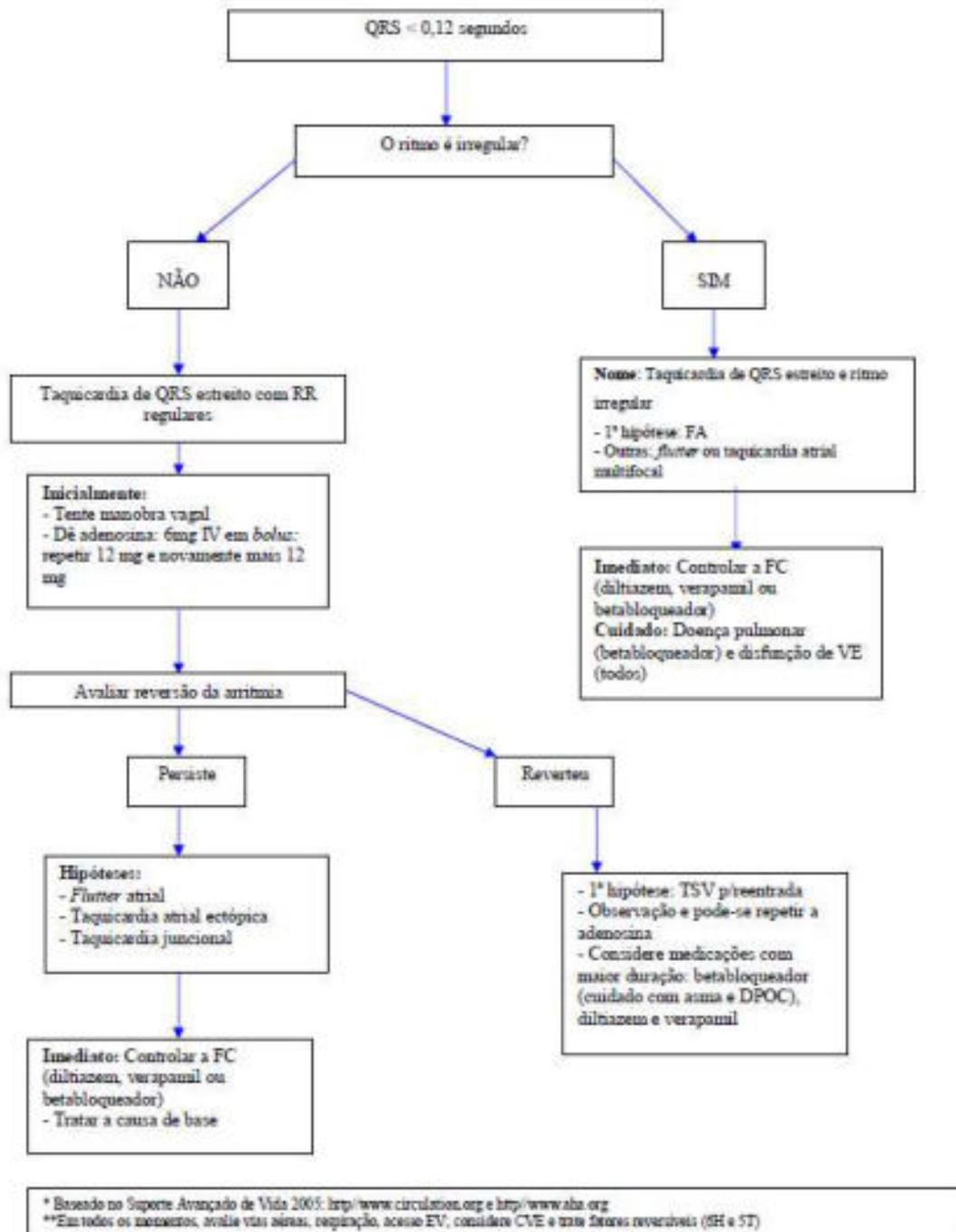
3. Taquicardias de complexo largo de tipo desconhecido
4. Taquicardias ventriculares (monomórfica ou polimórfica)

Se em algum momento o paciente começa a se tornar hemodinamicamente instável o médico deve alterar o protocolo para “Taquicardia Instável” e iniciar a preparação para cardioversão sincronizada.

ALGORITMO- TAQUICARDIA COM PULSO*



ALGORITMO – TAQUICARDIA COM QRS ESTREITO ^{*,}**



Fármaco	Dose
Adenosina	Bolo IV rápido: Dose inicial: 6 mg em 1-3 segundos, seguido de bolo de 20 ml de soro fisiológico; então, elevar a extremidade. Repetir a dose de 12 mg em 1-2 minutos, se necessário. Uma terceira dose de 12 mg pode ser administrada em 1-2 minutos.
Amiodarona	Parada cardíaca: Bolo IV 300 mg. Considerar repetir bolo IV 150 mg IV em 3-5 minutos. Dose acumulada máxima: 2,2 g IV/24 horas. Taquicardia de complexo largo (estável): <i>Infusão rápida:</i> 150 mg IV nos primeiros 10 minutos (15 mg/minuto). Pode ser repetida em infusão rápida (150 mg IV) a cada 10 minutos, se necessário. <i>Infusão lenta:</i> 360 mg IV em 6 horas (1 mg/minuto). <i>Infusão de manutenção:</i> 540 mg IV em 18 horas (0,5 mg/minuto).
Atenolol	5 mg IV, lentamente (em 5 minutos). Esperar 10 minutos e, então, administrar uma segunda dose de 5 mg IV, lentamente (em 5 minutos). Em 10 minutos, se bem tolerado, pode-se começar com dose de 50 mg via oral, e depois, 50 mg oral, 2 vezes por dia.
Atropina	Assistolia ou AESP: 1 mg IV em bolo. Repetir cada 3-5 minutos (se a assistolia persistir), até uma dose máxima de 0,03 a 0,04 mg/kg Bradycardia: 0,5-1,0 mg cada 3-5 minutos, se necessário; não exceder a dose total de 0,04 mg/kg. Administração traqueal: 2-3 mg diluídos em 10 ml de soro fisiológico.
Diltiazem	Controle agudo de frequência: 15-20 mg (0,25 mg/kg) IV em 2 minutos. Pode ser repetido em 15 minutos na dose de 20-25 mg (0,35 mg/kg) em 2 minutos. Infusão de manutenção: 5-15 mg/h, ajustar de acordo com a frequência cardíaca.
Lidocaína	Parada cardíaca por FV/TV: Dose inicial: 1,0-1,5 mg/kg IV. Para FV refratária, pode ser administrada uma dose adicional de 0,5-0,75 mg/kg em bolo IV; essa dose pode ser repetida em 5-10 minutos; dose total máxima de 3 mg/kg. Dose traqueal: 2-4 mg/kg. Arritmia com perfusão: 0,5-0,75 mg/kg (disfunção miocárdica) até 1,0-1,5 mg/kg IV em bolo. Repetir 0,50-0,75 mg/kg cada 5-10 minutos; dose total máxima de 3 mg/kg. Infusão de manutenção: 1-4 mg/min (30-50 µg/kg/minuto).
Magnésio, sulfato de	Parada cardíaca (por hipomagnesemia ou torsades de pointes): 1-2 g (2-4 ml de solução a 50%) diluídos em 10 ml de soro glicosado a 5%, em bolo IV, em 1-2 minutos. Torsades de pointes (sem parada cardíaca): Dose de ataque de 1-2 g IV, misturada com 50-100 ml de soro glicosado a 5%, em 5 a 60 minutos. Continuar com 0,5-1,0 g/h IV (ajustar a dose até obter o controle do torsades).
Metoprolol	Dose IV inicial: 5 mg, lentamente, cada 5 minutos, até a dose total de 15 mg.
Procainamida	FV/TV recorrente: Infusão IV de 20 mg/minuto (dose máxima total de 17 mg/kg). Em situações de emergência, pode-se administrar até 50 mg/minuto até chegar à dose total de 17 mg/kg.
Verapamil	Bolo IV de 2,5-5,0 mg em 2 minutos. Segunda dose: 5-10 mg, se necessário, após 15-30 minutos. Dose máxima: 20 mg. Alternativa: bolo de 5 mg a cada 15 minutos, até uma dose total de 30 mg.

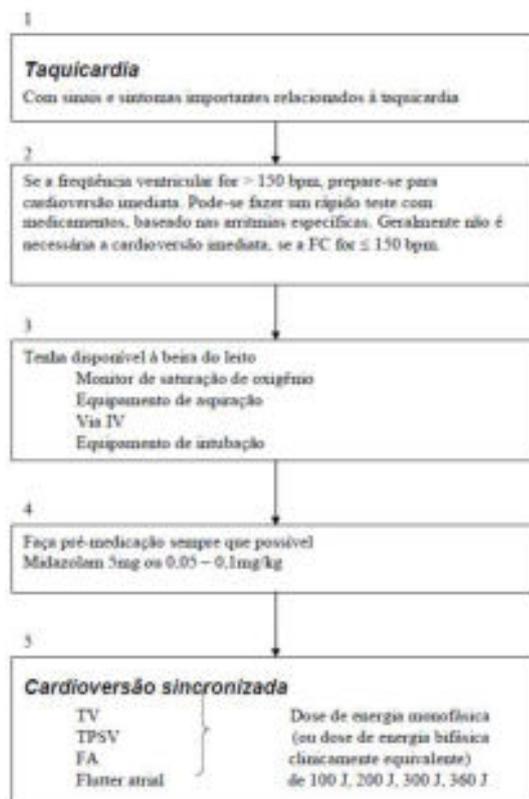
Taquicardias Instáveis

A taquicardia instável existe quando o coração bate rápido demais para a condição cardiovascular do paciente. Tal elevação da frequência cardíaca reduz o período de diástole entre os batimentos, impedindo que sangue suficiente flua para o coração.

Um volume sanguíneo reduzido nos ventrículos significa que o volume sistólico também é reduzido. O termo “bater rápido demais” também implica em “bater de forma ineficiente”. A força e a coordenação das contrações ventriculares são insuficientes para manter o volume sistólico.

As chaves para o tratamento de pacientes em taquicardia instável são: o reconhecimento rápido de que o paciente está significativamente sintomático ou, até mesmo, instável; e o reconhecimento rápido de que os sinais e sintomas são causados pela taquicardia.

Algoritmo para taquicardia instável: cardioversão sincronizada



- A taquicardia sinusal não é uma forma de taquicardia sintomática. Não é uma arritmia e não irá responder à cardioversão.
- O Flutter atrial produz tipicamente uma FC próxima a 150bpm. Frequências tão altas muitas vezes provocam sintomas e a cardioversão é frequentemente necessária. A cardioversão do flutter atrial pode ser frequentemente atingida com níveis de energia menores (50J) do que os necessários para outras arritmias.
- O algoritmo para cardioversão sincronizada recomenda uma sequência padrão de níveis de energia para a cardioversão sincronizada: 100J – 200J – 300J – 360J (quando desfibriladores monofásicos).
- As duas exceções são o flutter atrial, que responde com frequência a níveis de energia mais baixos (tais como 50J), e a TV polimórfica que frequentemente necessita de níveis de energia mais baixos.

7.6.13. Emergência Neurológica-AVC/ Coma/ Cefaleia

Atendimento Inicial do Paciente com AVC

1) Manutenção da permeabilidade das vias aéreas

- A) Nível de consciência (escala de coma de Glasgow).
- B) Inspeção de orofaringe: prótese dentária, alimentos, corpo estranho, reflexo do vômito e deglutição.
- C) Remoção de corpo estranho/ prótese dentária, aspiração de secreções,
- D) Posicionamento do paciente
Elevação do mento e da cabeceira 30° em caso de rebaixamento do nível de consciência.

Caso contrário, manter cabeceira a 0°.

E) Oferecer O₂ por máscara ou cateter nasal se saturação for menor que 92%.

F) Intubação oro traqueal dos pacientes com rebaixamento do nível de consciência pela incapacidade de manter a permeabilidade das vias aéreas e/ou lidar com secreções.

2) Respiração: ventilação e oxigenação

A) Pacientes incapazes de respirar: ventilação ambu/ máscara, ambu/tubo oro traqueal ou ventilação mecânica.

B) Pacientes com respiração espontânea: verificar frequência, profundidade e eficiência.

C) Oxímetro de pulso; suporte de O₂ para atingir saturação igual ou superior a 95%. Excluir possíveis erros de medida: doença vascular oclusiva, hipotensão, envenenamento por monóxido de carbono.

OBS: Oxímetro não avalia a ventilação.

3) Circulação

A) Verificar pulso e pressão arterial (MMSS direito e esquerdo) DD: AVE x dissecação de aorta.

B) Tratamento agressivo da hipotensão arterial. Reposição de 500 a 1000 ml de SF0,9%. Repetir se necessário.

C) Monitorização cardíaca e eletrocardiograma: ritmo e função cardíaca podem ser afetados pela liberação de catecolaminas durante AVE (alterações inespecíficas ECG, arritmias cardíacas, ICC e IAM)

D) Tratamento das arritmias: risco de repercussões hemodinâmicas.

Escala de Cincinnati

Avaliação de trauma craniano/ raquimedular:

A) Pesquisar hemotímpano, sinal de Battle, equimose periorbitária, pontos

dolorosos no escalpo e coluna cervical, espasmo paravertebral.

Cuidados gerais:

Evitar uso de soluções de glicose a 5%

Controle da hipertermia com dipirona e/ou paracetamol. Administrar tiamina 100mg (IV) para alcoólatras e desnutridos.

Evitar sonda nasogástrica ou sondagem vesical se houver indicação de trombólise.

Abordagem Neurológica

História clínica:

- A) Tempo de início dos sintomas
- B) Traumatismo crânio encefálico no início dos sintomas.
- C) Crise convulsiva antecedendo ou acompanhando os sintomas.
- D) Uso de anticoagulantes orais
- E) Sintomas sugestivos de IAM
- F) Dispneia
- G) Sintomas sugestivos de Hemorragia intracraniana
- H) Rigidez de nuca
- I) Intolerância a luz
- J) Náuseas e vômitos

Diagnóstico diferencial

- A) Paciente comatoso, confuso ou afásico: desafio diagnóstico
- B) Crises convulsivas: período pós-ictal?
- C) Condições metabólicas: hiperglicemia e hipoglicemia. Considerar também distúrbios do sódio sérico e encefalopatias?
- D) Hematoma subdural e tumores
- E) Migrânea com déficit transitório ou persistente (diagnóstico de exclusão)
- F) Infecções: abscessos e meningite
- G) Abuso de drogas

H) Encefalopatia hipertensiva

Diagnóstico topográfico

A) Hemisfério dominante: habitualmente esquerdo

Afasia

Desvio do olhar conjugado para esquerda Hemianopsia homônima direita

Hemiparesia/ hemiplegia à direita

Hemi-hipoestesia/anestesia a direita

B) Hemisfério não dominante: habitualmente direito

Negligencia ou “extinção”

Desvio do olhar conjugado para direita Hemianopsia homônima esquerda

Hemiparesia/ hemiplegia à esquerda Hemi-hipoestesia/ anestesia a esquerda

C) Tronco cerebral: Sintomas bilaterais ou cruzados

Hemiparesia ou quadriparesia

Hemi-hipoestesia ou perda sensitiva nos 4 membros Anormalidades na movimentação ocular

Disfagia

Vertigem ou tinnitus

Soluços ou alterações respiratórias incoordenação axial ou apendicular

Etiologia

A) Sintomas sugestivos de AVE hemorrágico:

Cefaleia intensa Instalação súbita

Sinal focal (hemorragia intra-parenquimatosa) Rebaixamento do nível de consciência, Náuseas ou vômitos

Diplopia horizontal

Papiledema ou hemorragias retinianas

B) Sintomas sugestivos de hemorragia subaracnóide(HSA):

Todos os anteriores

Dor cervical e/ou rigidez e nuca Ausência de sinais focais

Manejo da Pressão Arterial

Regulação da perfusão cerebral

Pressão de perfusão cerebral = pressão arterial média – pressão intracraniana

PPC = PAM – PIC

PPC (normal)= 70 a 95 mmHg PPC > ou = 140 (edema cerebral) PPC < 50 (isquemia global cerebral).

Controle da Glicemia

A) Hipoglicemia: administrar glicose hipertônica a paciente com glicemia menor que 60 mg%.

B) Hiperglicemia: controle rigoroso nas primeiras horas, com medidas da glicemia capilar horas tratar com insulina regular (simples) se glicemia for maior que 250 mg%.

Controle de Convulsões

A) Diazepam (Amp. Com 10 mg): 10 mg EV, infundir 5 mg por minuto, até dose máx. de 30mg.

B) Fenitoína (Amp. Com 250 mg):Utilizar após controle com benzodiazepinico, Diluir emSF0,9%,nadosede 15a 20mg/Kg,infundir50mg/min.

C) Infusão contínua de Midazolam fenobarbital EV(só nos hospitais)

D) Pentobarbital (somente com monitorização da PIC nos casos de AVE).

Controle da Hipertensão Intracraniana

A) Quando houver evidências de edema cerebral o tratamento deve ser iniciado precocemente e mantido por no mínimo 5 dias.

B) Manitol a 20 %: Dose de ataque de 1 g/Kg de peso, seguida por dose de manutenção de 0,25 a 0,5 mg/Kg ,in bolus, a cada 4 horas.

Tratamentos Específicos (Uso hospitalar)

A) Anti agregantes plaquetários:

Se não houver contra-indicações ou possibilidade do uso de trombolíticos, introduzir AAS (200/ 325 mg/dia) nas primeiras 48 horas (utilizar nas PRONTO SOCORROS se o paciente não for transferido).

B) Trombolíticos

Rt-PA (actilise®): Dose 0,9 mg/Kg, dose máx. 90 mg, dose de ataque de 10 % e o restante em 60 min.

C) Heparinização: considerar possibilidade nos casos de AVE cardio embólicos com alto risco de rescindir em evolução em que não exista possibilidade de trombólise

Dose inicial de 80 U/Kg, seguida de infusão de 18U/Kg/h. Diluir 7500U de heparina em 150 ml de SF e correr em bomba de infusão contínua. Aferir TTPa de 6/6 horas até 2 medidas estáveis consecutivas; depois medir a cada 24 horas.

TTPa = 1.2 x controle	80U/Kg bolus, aumentar a infusão 4U/Kg/hora
TTPa = 1.2 a 1.5 x controle	40U/Kg em bolus, então aumentar infusão 2U/Kg/hora
TTPa = 1.5 a 2.3 x controle	Sem alteração
TTPa = 2.3 a 3.0 x controle	Diminuir infusão em 2 U/Kg/hora
TTPa > 3 x controle	Parar infusão por 1 hora, então reiniciar com diminuição de 3U/Kg/hora

Destino do paciente

a. Após medidas de estabilização solicitação do serviço de regulação

e

transporte (SAMU)

b. Notificação na ficha de encaminhamento.

7.6.14. Protocolo de Atendimento do Paciente em Coma

- 1- Considerações Gerais
- 2- Importantes Informações para diagnóstico e conduta do Paciente em Coma
- 3- O Exame Neurológico do Paciente em Coma

1- Considerações Gerais

Essa é uma condição extremamente grave que exige uma abordagem clínica inicial com medidas gerais.

A - Avaliação da ventilação, se necessário, intubar imediatamente. B- Correção de distúrbios hemodinâmicos.

B - Venoclise e coleta de sangue para exames laboratoriais rotineiros e especiais. D- Administrar tiamina e glucose conforme algoritmo.

C – História clínica detalhada – com ênfase em questões sobre: trauma, intoxicações, alcoolismo, uso de drogas; doenças prévias como diabetes, epilepsia, hipertensão, cardiopatias, cirrose, insuficiência renal.

D - Exame clínico – sinais de trauma, infecções, lesões cutâneas por administração de drogas intravenosas, coloração da pele e das mucosas, sinais clínicos de doença sistêmicas.

E - Proteja os olhos, controle a agitação, instale sonda vesical e nasoenteral, evite complicações relacionadas com a imobilidade (profilaxia de trombose venosa profunda), inicie a profilaxia da úlcera de stress.

2- Importantes informações para o diagnóstico e conduta do Paciente em Coma

- 1- A avaliação neurológica do paciente em coma, requer uma sistemática que permita um diagnóstico rápido e um tratamento adequado.

- 2- Para que haja comprometimento do nível de consciência, é necessário que exista uma das seguintes alternativas:
 - a) Lesão anatômica ou funcional da formação reticular mesencefálica.
 - b) Disfunção bilateral dos hemisférios cerebrais.
 - c) Lesões associadas dessas duas estruturas.

- 3- As condições que produzem as alternativas acima são as seguintes:
 - a) Lesões supratentórias que comprimem ou deslocam o diencéfalo ou o tronco encefálico (tumor cerebral, AVC hematoma subdural e outras).
 - b) Encefalopatias metabólicas, tóxicas ou infecciosas, as quais comprometem difusamente ambos os hemisférios cerebrais (hipo/hiperglicemia, uremia e outras).
 - c) Lesões expansivas ou destrutivas infratentoriais, que promovam dano ou compressão à formação reticular mesencefálica (hemorragia e infarto cerebelar, neoplasias e outras).

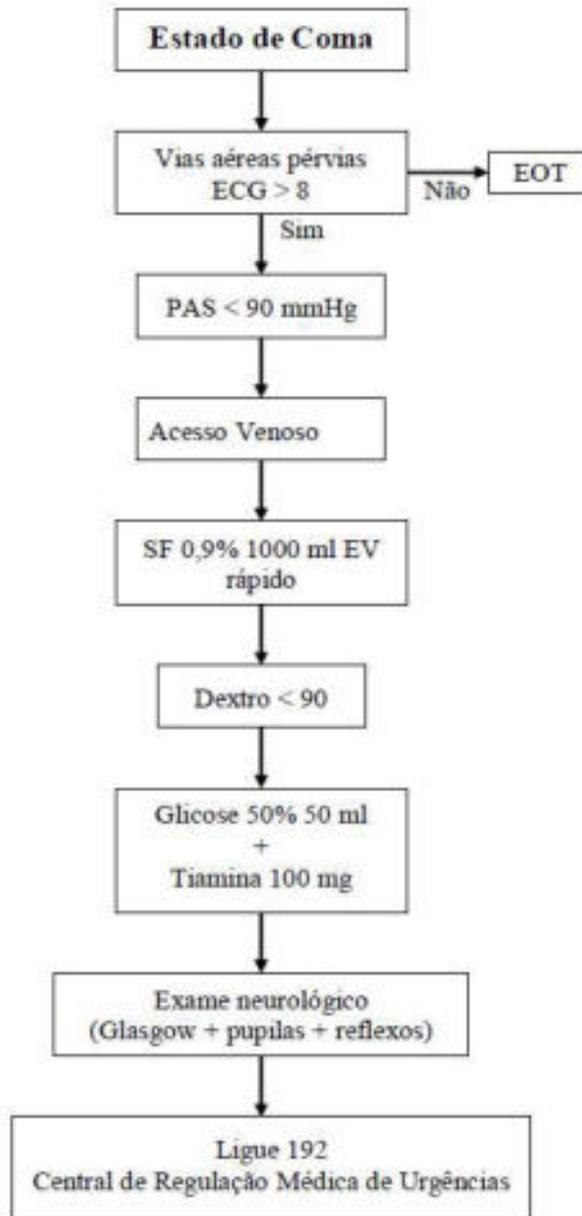
- 4- É importante o diagnóstico diferencial com os distúrbios psiquiátricos que cursam com ausência de resposta.

- 5- A chave para o diagnóstico consiste em:
 - a) Interpretação adequada dos sinais que refletem o comprometimento dos diversos níveis do encéfalo.
 - b) Determinar qual das condições citadas no item 3 pode ser a responsável pelo quadro atual do paciente. A tabela 1 indica os correspondentes sinais e sintomas característicos.

Tabela 1- Características clínicas das condições que determinam o estado de coma

1- Massas ou lesões supratentoriais que comprimem ou deslocam o diencéfalo ou tronco cerebral:	2- Massas infratentoriais ou lesões que causam coma:
<ul style="list-style-type: none"> a) Sinais de disfunção progressiva "rostro-caudal". b) Sinais que traduzem o comprometimento de uma determinada região do encéfalo. c) Posturas assimétricas com ou sem estímulos. 	<ul style="list-style-type: none"> a) História anterior de disfunção do tronco encefálico. b) Rápida instalação do coma. c) Sinais de comprometimento do TE procedendo ou concomitante. (Paresias ou paralisias de nervos cranianos). d) Aparecimento precoce de disfunção neuro-vegetativa.

3- Coma de origem metabólica, tóxica ou infecciosa:	4- Distúrbios psiquiátricos causando falta de resposta aos estímulos:
<ul style="list-style-type: none"> a) Confusão mental e estupor precedendo os sinais motores. b) Sinais motores, quando presentes, frequentemente simétricos. c) Reações pupilares usualmente conservadas. d) Asterixis, mioclonias, tremores e convulsões são comuns. e) Hiper ou hipoventilação são frequentes. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Fechamento ativo das pálpebras. b) Pupilas reativas ou dilatadas (cicloplégicas). c) Reflexo óculo-vestibular fisiológico. d) Tônus motor inconsistente ou normal. e) Eupnéia ou hiperventilação são usuais. f) Nenhum reflexo patológico está presente. g) EEG normal.



EOT = Entuba o Orotraqueal PAS = Pressão Arterial Sistólica ECG = Escala de Coma Glasgow

c) Estabelecidos os prováveis mecanismos do estado de coma, o médico do PRONTO SOCORRO deve estabelecer o diagnóstico de coma, estabilizar o paciente, investigar a natureza etiológica dentro da sua capacidade de resolu o e ativar a regula o médica quando necessário.

Na tabela 1, subitem 4, observe as características clínicas dos distúrbios psiquiátricos que mimetizam o estado de coma.

3- O Exame Neurológico do Paciente em Coma

a) Avaliação do nível de consciência (com e sem estímulo) – descrever com detalhes:

- Resposta verbal
 - Abertura ocular
 - Resposta motora
- b) Ritmo respiratório
- c) Fundoscopia
- d) Nervos cranianos

- Exame das pupilas

- Motricidade ocular extrínseca: oftalmoplegias supranucleares, nucleares e internucleares; observação de movimentos espontâneos como nistagmo, opsoclonus, bobbingocular.

- Reflexo óculo-cefálico (olho de boneca) e óculo-vestibular (prova calórica).
- Reflexo córneo-palpebral.
- Reflexo de tosse- Resposta motora

e) Motricidade

- Movimentos involuntários
- Força muscular
- Tônus e posturas anormais (decorticação, descerebração)
- Reflexos profundos e superficiais

f) Sinais de irritação meningo-radicular

g) Avaliação autonômica (midríase, taquicardia e hipertensão à estimulação algica). Obs.: referir o escore da escala de Glasgow.

7.6.15. Protocolo de Atendimento a Pacientes com Cefaleia na Unidade de Emergência

Introdução:

De todos os estados dolorosos que atingem os seres humanos a cefaleia é sem dúvida uma das queixas mais comuns nas unidades de emergência. A cefaleia pode estar associada a diversas condições, como trauma de crânio, intoxicação alcoólica, depressão, tumor cerebral ou representar uma cefaleia primária como a enxaqueca, havendo estimativas de que 90% dos homens e 95% das mulheres tenham cefaléias por ano.

Determinar características da dor deve ser prioridade na anamnese dirigida, assim como obter informações sobre fenômenos premonitórios, padrão de início, localização, duração, intensidade, irradiação, frequência, sintomas associados, tipo de dor assim como fatores agravantes e de alívio, medicamentos já utilizados e seu padrão de consumo. Os demais elementos da anamnese também são importantes, como o interrogatório sistemático e os antecedentes. O exame físico e o neurológico podem confirmar o diagnóstico sugerido pela anamnese.

Existe uma classificação atual elaborada em 1988 pela Sociedade Internacional de Cefaleia que é abrangente, porém, ainda necessita de ajustes. A cefaleia pode estar na dependência de uma patologia orgânica intracraniana ou extra craniana, ou de uma doença sistêmica. Nesses casos, ela pode ser o primeiro sintoma e único por um certo intervalo de tempo e que se pode chamar de cefaleia sintomática. As cefaléias sintomáticas de doença primariamente neurológica são, habitualmente, de instalação aguda (hemorragias cerebrais e meníngeas, meningites e meningoencefalites) ou subaguda (abscessos cerebrais) e frequentemente estão associadas com vômitos e febre. Podem, contudo, ter um início insidioso, com aumento progressivo da intensidade da dor, o que é característico das neoplasias intracranianas.

Frequentemente, a dor de cabeça decorre de mecanismos fisiopatogênicos nem sempre totalmente elucidados e que são desencadeados por fatores variados, às vezes múltiplos ou desconhecidos pelos pacientes. Nesses casos a dor de cabeça é a queixa

principal, constituindo-se na própria doença. É o caso da enxaqueca, da cefaleia tensional e da cefaleia em salvas que tem características próprias.

Em crianças e adolescentes, o início abrupto de cefaleia severa é frequentemente causada por infecção do trato respiratório superior ou por enxaqueca. Atenção especial deve ser dada em crianças com dor em região occipital. Tumores cerebrais e hemorragia intracraniana são raros em crianças e quando presentes são acompanhados de múltiplos sinais neurológicos.

Estudos retrospectivos no Brasil demonstram que a Dipirona promoveu alívio da dor em cerca de 80% dos casos em que foi utilizada. É, portanto, droga barata, eficaz e, a nosso ver, segura, sendo necessários estudos duplo-cegos, randomizados, adotando os critérios de melhora dos sintomas mais utilizados em pesquisas atualmente, para avaliação de seu real papel no tratamento das cefaleias agudas.

Sintomas e sinais de alerta

Anamnese (Sinais de alerta)

Dor de início após 50 anos Instalação súbita

Piora progressiva (duração, frequência e/ou intensidade) Piora com tosse, esforço excessivo e/ou atividade sexual. Confusão mental

Perda de memória, distúrbios visuais. Tontura intensa, vômitos.

Distúrbio da coordenação motora e do equilíbrio

Exame Físico (Sintomas de Alerta)

Hipertensão e febre, Alteração de consciência S.I.M.

F.O . papiledema, hemorragia

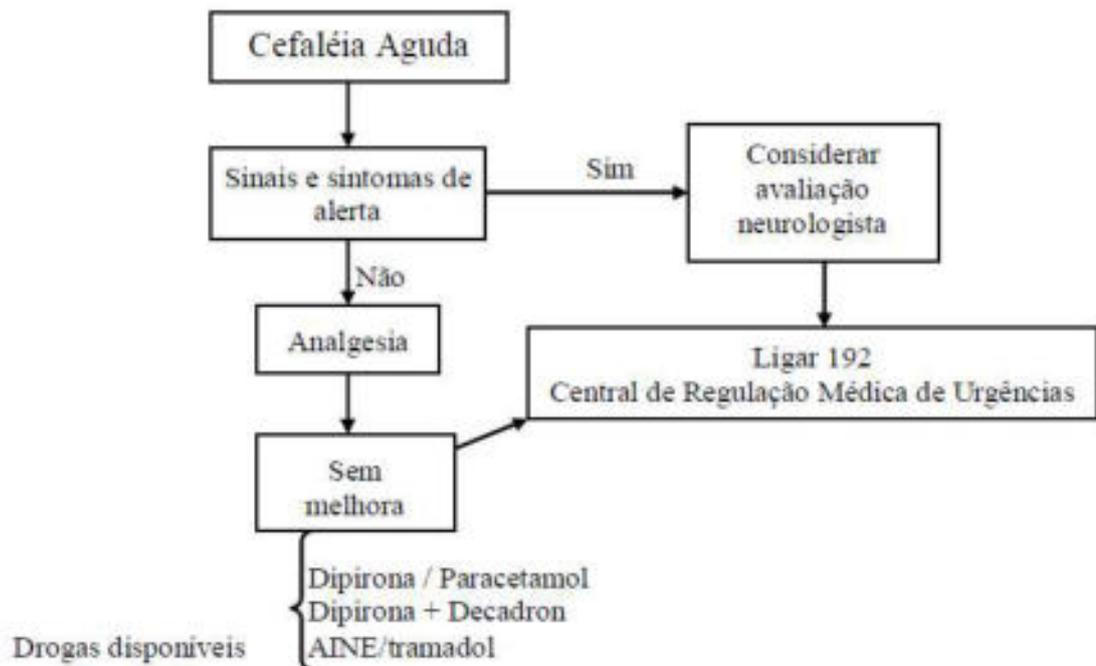
Anisocoria e/ou pupilas pouco reativas, queda da pálpebra. Hipoestesia em face ou membros

Fraqueza muscular Assimetria de ROT Resposta plantar anormal

Incoordenação e desequilíbrio Alteração do pulso carotídeo Resumo:

- As principais etiologias da cefaleia são a enxaqueca (cefaleia vascular) e cefaleia tensional.

- Caracterize o quadro clínico. Procure sinais e sintomas de alerta.
- Na ausência de sinais e sintomas de alerta. Use analgésicos. Considere a avaliação do neurologista.



Ventilação Mecânica – Abordagem Inicial

Ventilação mecânica invasiva:

Indicação:

- Pacientes com Insuficiência Respiratória Aguda com alteração do nível de consciência ou instabilidade hemodinâmica.
- Do contrário, ventilação mecânica não invasiva pode ser uma opção- CPAP ou BIPAP.
- Tratamento de suporte, sempre deverá ser tratada a doença base.

Entubação orotraqueal

O ventilador mecânico

- Pneumático

- Micro processado

Noções básicas de ventilação mecânica:

- Mais fisiológico possível
- Inspiração = Assistido /Controlado
- Inversão Ins/Expiração = Ciclagem
 - Fluxo
 - Pressão
 - Volume
 - Tempo
- Métodos convencionais de VMI
 - Assistido controlado
 - SIMV
 - PSV
 - CMV
- Parâmetros programáveis
 - FR 12 –14
 - Fluxo Inspiratório 40 – 60l/min
 - Tempo Inspiratório 0,85 – 1,2 seg
 - Relação I: E = 1:2
 - Volume corrente 6 – 8 ml/kg
 - PEEP = Fisiológico =6
 - FI O2 iniciar com FIO2 de 100%, reduzir assim que possível (Não exceder 60%, se possível)
- Alarmes
- Aula prática – Ventilador Mecânico Inter 5

7.6.16. Atendimento ao Traumatizado

A avaliação primária é designada para identificar lesões que devem ser imediatamente tratadas e iniciar o tratamento assim que elas forem identificadas. Assim que o paciente chega, todos os agentes de saúde devem assegurar-se de estarem protegidos contra a transmissão de doenças infecciosas transmitidas por secreções.

A - Vias aéreas e proteção da coluna vertebral.

Considerações diagnósticas

- A obstrução da via aérea pode matar em 3 minutos.
- Os traumas craniano, facial, do pescoço e as lesões por inalação são potencialmente causadores de perda de via aérea.
 - Os pacientes que conseguem falar em geral não precisam imediatamente de manutenção das vias aéreas.
 - A respiração ruidosa muitas vezes indica obstrução das vias aéreas.
 - Os pacientes com Escala de Coma de Glasgow < 9 em geral precisam de proteção das vias aéreas.
 - As lesões laríngeas podem ser sutis; a rouquidão ou a voz fraca pode indicar lesões graves.

Considerações terapêuticas

- Prática das habilidades para manter a proficiência.
- O levantamento do queixo e a protrusão da mandíbula e das vias aéreas por acesso orofaríngeo às vezes são úteis.
 - Ter sistema de aspiração disponível (bico de aspirado rígido).
 - Se o bloqueio muscular for necessário para a intubação, assegure-se de que há condições para obter uma via aérea cirúrgica.
 - Pacientes sedados não respondem; o exame neurológico não será possível.
 - Confirme o posicionamento do tubo.

- Assegure-se de que o tubo é adequado (geralmente entre 7 e 8).

Precauções

- Antecipe os problemas, incluindo falha de equipamento.
- Não falhe em reconhecer um potencial comprometimento das vias aéreas.
- Não confunda a ventilação difícil por problemas de vias aéreas.
- Em crianças, o uso de tubos muito pequenos pode obstruir o clearance de secreções.
 - A movimentação dos pacientes pode deslocar o tubo, resultando em mau posicionamento.
 - Preparação para uma possível e inadvertida extubação no transporte dos pacientes.
 - Um paciente agitado pode estar hipóxico.

Deve haver proteção da coluna vertebral até que a lesão tenha sido descartada por radiografia ou exame clínico em pacientes com potencial risco de lesões da coluna vertebral. A proteção completa requer que a coluna esteja totalmente imobilizada, da cabeça até o dedo do pé.

Considerações diagnósticas

- As fraturas potenciais da coluna devem ser imobilizadas antes do seu diagnóstico; imobilize antes e diagnostique depois.
 - O diagnóstico da fratura de coluna não deve preceder o restabelecimento das funções vitais do paciente.
 - Os acidentes automobilísticos e as quedas estão mais comumente associados a lesões de coluna.
 - A evidência de paralisia equivale à instabilidade da coluna Imobilize.
 - A avaliação das funções motoras e sensitivas não é possível após o uso de bloqueadores musculares.
 - Observe os movimentos das extremidades antes da administração e documente as alterações.

Considerações terapêuticas

- A proteção da coluna requer que esta esteja inteiramente imobilizada.
- Os pacientes devem ser fixados à prancha para sua proteção.
- A imobilização manual do pescoço do paciente durante a movimentação do paciente é aconselhável.
 - A imobilização na posição neutra, sem tracioná-la, é o objetivo durante o atendimento inicial.

Precauções

- Os colares cervicais macios não oferecem proteção adequada.
- Confiar apenas na utilização de colares semi-rígidos é insuficiente para a proteção completa da coluna.
 - A utilidade da prancha é para se obter facilidade de mover o paciente sem que ocorra a movimentação excessiva da coluna.
 - Os socorristas devem estar atentos para aqueles pacientes que estão impacientes e combativos.
 - O coma e um nível de consciência alterado estão frequentemente associados à lesão de coluna.
 - As crianças e os idosos têm risco de lesão de coluna sem anormalidades radiológicas.

B - Respiração e ventilação

Uma troca gasosa inadequada significa uma via aérea inadequada.

Considerações diagnósticas

Condições

Achados clínicos frequentemente associados

Pneumotórax hipertensivo	Ausência de murmúrio vesicular, hipertimpanismo à percussão, estase jugular, desvio de traquéia (contralateral)
Hemotórax maciço	Ausência de murmúrios vesiculares, desvio de traquéia, macicez à percussão, instabilidade hemodinâmica
Tórax instável	Movimentos paradoxais do tórax (vistos em ventilação sem pressão positiva)
Pneumotórax aberto	Sucção da parede torácica

Considerações terapêuticas

- As condições apresentadas anteriormente são diagnosticadas pelo exame físico e são manejadas sem a confirmação da radiografia de tórax.
- O oxigênio é essencial para a vida, é um inotrópico potente e deve ser administrado com liberdade.
- A utilização dos tubos endotraqueais e de tórax é o tratamento definitivo para 85 a 90% de todas as lesões torácicas potencialmente tratáveis de imediato.
- O dreno de tórax colocado no quinto espaço intercostal anterior a linha axilar média em geral é adequado para o tratamento imediato.
- O hemotórax maciço geralmente necessita de transfusão sanguínea.
- A oximetria é muito útil para assegurar ventilação adequada.
- A ausência de murmúrio ventilatório em um paciente com alterações hemodinâmicas requer descompressão torácica imediata com agulha seguida de drenagem torácica.
 - Após qualquer intervenção, reveja a adequação da ventilação mecânica.
 - Confirme a posição adequada dos tubos através da ausculta e com radiografia, se necessário.
- O tamponamento cardíaco pode ser retardado por infusão de volume ou pericardiocentese, mas em geral necessita de esternotomia ou toracostomia.

Precauções

- Não espere a confirmação radiológica na suspeita diagnóstica antes de iniciar o tratamento.
- A oximetria de pulso é menos eficiente em pacientes com baixa perfusão, com manguito de pressão próximo à monitorização, em pacientes hipotérmicos ou quando localizados em extremidades com pulso diminuído.
- Os drenos de tórax podem ser removidos inadvertidamente durante a movimentação ou o transporte do paciente; planejar-se para contingências e a segurança dos tubos apropriadamente.

Manejo de vias aéreas

Podem aparecer intercorrências quando a intubação é indicada e o manejo pode ser difícil. Quando isso acontece, técnicas alternativas para o manejo da via aérea têm sido propostas.

Cricotireoidotomiacirúrgica

A cricotireoidotomia cirúrgica no campo pré-hospitalar tem sido utilizada por equipes médicas durante anos. As equipes médicas que têm permissão para esse procedimento têm demonstrado uma necessidade e um desejo limitado de utilizá-lo.

Intubação de sequência rápida: quando os médicos são bem-treinados e experimentados na técnica de intubação, o uso adjuvante dessa técnica de sequência rápida fornece uma intubação segura em um pequeno grupo de pacientes que de outra forma não teriam suas vias aéreas estabilizadas. Estes podem ser pacientes com comportamento não-colaborativo devido à hipóxia, trauma de crânio, à hipotensão, ou a uso de drogas e álcool.

Ventilação através de um cateter transtraqueal percutâneo (cricotireoidotomia percutânea): a ventilação realizada através de um cateter transtraqueal percutâneo possui as seguintes vantagens: não requer paralisia, como a intubação de sequência

rápida; é menos invasiva que a cricotireoidotomia cirúrgica; é de fácil acesso a inserção; requer o mínimo de treinamento e equipamentos básicos.

C - Circulação

O choque inicialmente é um diagnóstico clínico. Considere todos os pacientes traumatizados que manifestam sinais de choque como portadores de choque hemorrágico, até que se prove o contrário.

Considerações diagnósticas

- Avalie o paciente observando sinais de perfusão tecidual inadequada (palidez, frio, pele pegajosa, enchimento capilar diminuído, alteração do nível de consciência, débito urinário inadequado [$<0,5$ ml/Kg/hora para adultos e < 1 mL/hora para crianças], fraqueza ou pulso fraco).
 - A taquicardia é o sinal mais comum de choque hemorrágico.
 - Encontre a origem do sangramento.
 - Examine cada parte do corpo do paciente: frente, costas e lados, da cabeça aos pés.
 - Realize palpação para dor pélvica.
 - Inspeccione extremidades em busca de fraturas.
 - Se houver estase jugular, procure por uma origem no tórax: hemotórax, pneumotórax hipertensivo ou tamponamento.
 - A celiotomia ou a toracostomia podem ser necessárias para diagnóstico e controle de hemorragia, envolvendo o cirurgião precocemente.
 - Considere eventos prévios ao trauma, como infarto agudo do miocárdio ou AVC, como etiologia do choque.
 - A resposta transitória como visto em pacientes que melhoram depois voltam a piorar ou que não respondem antecipadamente, pode indicar perda sanguínea ou diagnóstico incorreto (considerar causas torácicas).
- Para pacientes que não respondem a intervenções, considere a necessidade

de intervenção cirúrgica.

- Os pacientes com choque neurogênico puro geralmente têm extremidades quentes e frequência cardíaca normal ou baixa.
- Os pacientes com choque séptico em geral têm extremidades quentes.

Considerações terapêuticas

- Pare o sangramento
 - Aplique pressão direta.
 - Os sangramentos arteriais em tecidos abertos podem ser ligados se visualizados e isolados.
 - As lacerações de couro cabeludo podem ser temporariamente fechadas com suturas de pele.
 - Fechamento do volume pélvico em pacientes com fraturas em livro aberto e cisalhamento vertical
 - Junte as pernas uma à outra
 - Um lençol amarrado bem-apertado em volta da pelve pode ser efetivo.
- Restauração da circulação do volume sanguíneo ao normal.
- Inicia-se com dois acessos venosos calibrosos; o acesso periférico é preferível.
 - Todos os fluidos devem ser aquecidos, se possível.
 - Adultos: bolus decristalóide 1-2 litros de SF0, 9% ou Ringer Lactato.
 - Crianças: bolus de cristalóides 20 ml/Kg infundidos rapidamente.

Outros pontos importantes

- Imobilização de fraturas.
- Reexpansão dos pulmões com dreno de tórax quando necessário.
- Em respondedores transitórios (pacientes que respondem inicialmente e depois piora, ou aqueles que não respondem à intervenção), considere um diagnóstico alternativo (tamponamento, trauma raquimedular ou necessidade de intervenção

cirúrgica).

Precauções

- Não dependa da pressão arterial como único indicador de choque.
- As crianças demonstram queda da pressão arterial como último indicador clínico de choque.
 - As crianças que demonstram hipotensão têm perda significativa do volume sanguíneo e requerem transfusão precocemente.
 - Os idosos podem estar em choque grave com pressão arterial relativamente normal.
 - Os atletas têm reserva hemodinâmica significativa e podem não demonstrar os sinais clássicos de choque.
 - Um feto pode estar em sério risco com sinais vitais maternos relativamente normais.
 - O uso crônico de medicação pode mascarar os sinais clássicos de choque (β -bloqueadores, digitais, bloqueadores de canal de cálcio, etc.).
 - Planejamento para intercorrências durante o transporte ou a movimentação do paciente (no caso de piora do quadro hemodinâmico do paciente durante transporte ou perda do acesso venoso ou o seu não-funcionamento).
 - Os idosos devem ser tratados com métodos agressivos, mas com cuidado; a monitorização invasiva, o acesso venoso central ou o cateter de artéria pulmonar podem ser úteis.
 - Os vasopressores têm função limitada na normalização inicial dos índices de perfusão do paciente.
 - O bicarbonato de sódio não tem função na ressuscitação do paciente com choque hemorrágico.
 - A restauração da perfusão corrige a acidose metabólica.
 - A pericardiocentese não é sempre efetiva em limitar a fisiopatologia do tamponamento; a intervenção cirúrgica em geral é necessária. O procedimento é recomendado por pessoas experimentadas.

D - Incapacidade

A base do exame neurológico é essencial em determinar a deterioração da função neurológica e a assimetria no exame pode indicar a necessidade de intervenção neurocirúrgica de emergência.

Considerações diagnósticas

- Determine o tamanho da pupila, a reatividade e a velocidade de reação em resposta à luz.
- Determine movimentação motora grosseira e simetria do movimento.
- Se houver assimetria durante o exame, a presença de hemorragia intracraniana extra-axial é suspeitada e a intervenção cirúrgica pode ser necessária.
- Um diagnóstico preciso não é necessário nesse ponto da avaliação.
- Documente os achados.

A hipóxia e a hipotensão são causas que induzem à lesão cerebral secundária e é essencial preveni-las e corrigi-las rapidamente assim que identificadas.

Considerações terapêuticas

- Assegure-se da oxigenação cerebral e da perfusão.
- Repita o ABC descrito anteriormente se for necessário.
- Pare o sangramento de tecidos escalpelados.
- Uma deterioração no escore da Escala de Coma de Glasgow requer medidas em reduzir a pressão intracraniana e manter a oxigenação e a perfusão cerebral.
- Envolver precocemente o neurocirurgião.
- Verifique os passos secundários para diminuição da pressão intracraniana.

Precauções

- A hipotensão raras vezes é causada por lesão traumática isolada do cérebro!

Procure outra origem em geral choque hemorrágico.

- Não atribua mudanças no status mental a álcool e drogas durante o atendimento primário. Exclua hipóxia e má perfusão tecidual.
- Um exame neurológico detalhado não é necessário durante o atendimento primário.
- Os pacientes sedados não têm uma avaliação neurológica adequada no exame físico.
- O coma e a alteração do nível de consciência estão associados com lesão de coluna cervical.
- Os pacientes com ECG <9 geralmente necessitam de proteção de vias aéreas.
- A reavaliação neurológica com frequência é essencial.

E - Exposição e controle ambiental (prevenção da hipotermia)

A hipotermia é potencialmente letal para pacientes traumatizados.

Considerações diagnósticas

- Retire toda a roupa do paciente. Se as lesões não puderem ser vistas, elas não podem ser diagnosticadas.
- Determine a temperatura do paciente.

Considerações terapêuticas

- A hipotermia é mais fácil de prevenir do que de tratar.
- O controle da hemorragia é a medida mais efetiva para prevenir a hipotermia.
- Mantenha tudo aquecido; o paciente, com cobertores aquecidos, e o quarto, e utilize fluidos e derivados sanguíneos aquecidos.

A tabela descreve diversos procedimentos úteis no atendimento primário para monitorar a resposta do paciente e a ressuscitação e identificar fontes de sangramento das cavidades do corpo que são obscuras (p.ex., tórax, abdome e pelve). Os

procedimentos para especificar lesões são realizados durante o atendimento secundário e não devem impedir esforços em restaurar as funções vitais ao normal.

Regras gerais

Não realize o atendimento secundário até que as funções vitais do paciente estejam normais ou demonstrem melhora.

- Repita o atendimento primário para os pacientes que pioram durante a avaliação subsequente.
- A ressuscitação nunca deve ser retardada para que se obtenha um teste diagnóstico especializado.
- O controle imediato da hemorragia é a chave do manejo do choque hemorrágico; portanto, considere a possível necessidade de intervenção cirúrgica.
- A decisão de transferir o paciente é geralmente tomada durante o atendimento primário, quando as necessidades do paciente excedem a capacidade da equipe de atendimento ou da instituição. Uma vez que a decisão de transferir foi tomada, todos os esforços devem ser direcionados para tal; realizar melhora dos parâmetros vitais do paciente com todos os recursos locais disponíveis, evitar testes diagnósticos adicionais que não seriam adicionais à ressuscitação e apenas retardariam o processo de transferência, planejar as intercorrências que dariam o processo de transferência e promover instrução e equipamento adequados para a equipe de transferência, a fim de que possam lidar com os problemas encontrados.

Procedimentos diagnósticos:

Procedimento	Racional	Precauções
Descompressão gástrica	Reduz, mas não elimina o risco de aspiração. A distensão gástrica e o atraso no esvaziamento gástrico geralmente acompanham a lesão principal. A distensão gástrica pode resultar em deterioração hemodinâmica, especialmente em crianças e idosos. A disposição do tubo gástrico através do esôfago e do estômago vista no raio X pode sugerir lesão aórtica ou diafragmática (p.ex., desvio do tubo para a direita ou vô-lo no hemitórax esquerdo).	Fraturas faciais, especialmente na face média. Fratura da base de crânio e fratura do cribiforme – use a rota oro gástrica. O posicionamento pode causar vômitos. Tenha aspiração disponível. A descompressão gástrica é essencial para pacientes intubados e ventilados mecanicamente.
Sonda vesical	Diagnóstico – hematúria ou uso de cistograma. A determinação do débito urinário é uma monitorização útil do índice de perfusão. Aliviar a distensão vesical pode mudar o exame do abdome. O alívio da pressão vesical pode levar a alterações hemodinâmicas em alguns pacientes.	Lesão uretral – sangue no meato uretral, hematoma perineal e escrotal, fratura em livro aberto ou cisalhamento vertical, próstata móvel ou flutuante. Realize o exame retal antes da inserção do cateter. As alterações uretrais e a hiperplasia benigna de próstata podem dificultar ou impossibilitar o posicionamento do cateter – não force o cateter. Obtenha um uretrocistograma retrógrado se necessário. Nenhum outro conhecido além de falha de equipamento.
Monitor eletrocardiográfico e eletrocardiograma	Monitoriza o ritmo e a frequência cardíaca. Ajuda na detecção de anormalidades no traçado cardíaco (p. ex., infarto, hipertrofia ventricular esquerda, distúrbios da condução, etc.).	
Oximetria de pulso	Leitura contínua da oxigenação da hemoglobina e da frequência cardíaca. Permite detecção precoce da dessaturação do oxigênio. Pode ser útil em determinar a perfusão periférica – pode ajudar na avaliação de pacientes com suspeita de lesão vascular.	Não coloque o sensor na extremidade distal de um manguito de pressão – a insuflação do manguito resultará em oclusão temporária do fluxo sanguíneo e levará ao disparo do alarme sonoro. Menos confiável em pacientes hipotérmicos.

Atendimento Secundário

Esse atendimento é realizado após o primeiro e a ressuscitação está no caminho do sucesso. No entanto, o atendimento secundário não pode ser finalizado antes que o paciente tenha sido submetido à cirurgia para controle da hemorragia. O atendimento secundário inclui a história e um exame físico da cabeça aos pés feitos rapidamente para evitar o atraso do atendimento definitivo. Adjuntos do atendimento secundário são utilizados quando necessário, se a instabilidade hemodinâmica recorrer, o atendimento primário deve ser retomado.

História

Uma “AMPLA” história é obtida do paciente pelos primeiros socorristas antes que estes percam a oportunidade, e a história também é obtida da família.

Alergias: o toxóide tetânico, o contraste e os antibióticos podem ser usados precocemente nos pacientes traumatizados e podem causar reações adversas em pacientes alérgicos.

Medicações: os sedativos, as drogas ilícitas, os anticonvulsivantes e a insulina podem causar mudança do nível de consciência. A trombopatia anticoagulante pode piorar a lesão cerebral e, por outro lado, aumentar o sangramento. Os colírios que levam à midríase e à miose podem afetar o exame das pupilas.

Doenças prévias: as doenças crônicas como o diabete, a doença aterosclerótica do coração, a falência renal, a obesidade mórbida e a imunossupressão podem ser comorbidades. Crianças com menos de 2 anos e adultos com mais de 55 têm especial destaque quando traumatizados.

Última refeição: o álcool e as lesões podem causar retardo do esvaziamento gástrico e todos os pacientes devem ser tratados mesmo se o estômago estiver cheio.

Eventos associados com a lesão: a hipo e a hipertermia podem afetar o tratamento. Os mecanismos de lesão são importantes para determinar o tipo de lesão.

Lesões específicas

Crânio: os dois pontos principais no tratamento do trauma de crânio são a oferta máxima de oxigênio suplementar (incluindo o manejo apropriado das vias aéreas) e a manutenção da pressão de perfusão cerebral. Isso inclui evitar procedimentos desnecessários que possam aumentar a pressão intracraniana, como intubação nasotraqueal. A pressão sanguínea deve ser mantida com a reposição de fluidos para preservar a pressão de perfusão cerebral.

Coluna vertebral: o cuidado básico é imobilizar qualquer paciente envolvido em trauma com mecanismo de lesão que possa resultar em lesões na coluna. Com imobilização correta, 15% das lesões secundárias da coluna podem ser prevenidas.

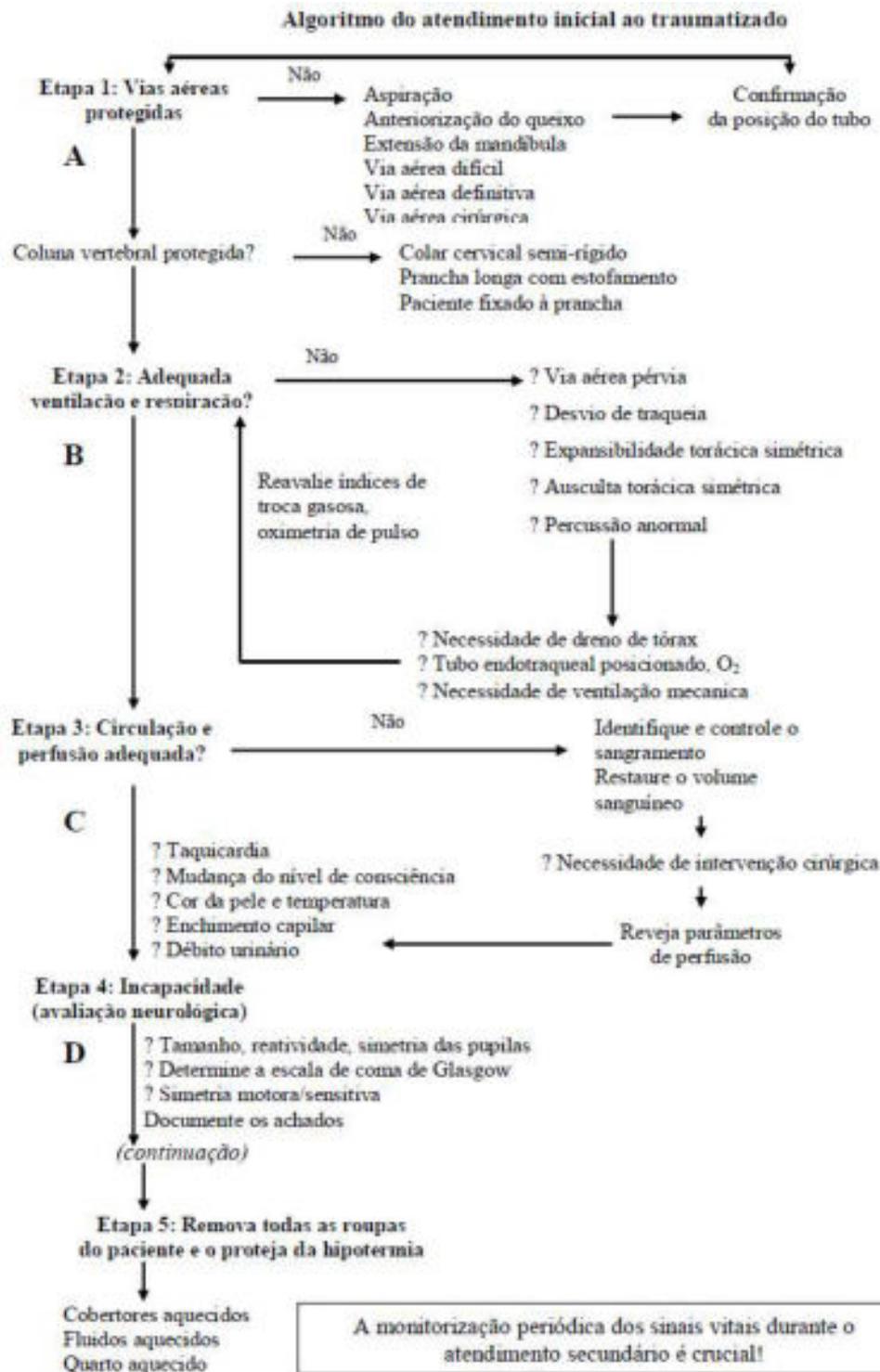
Tórax: o controle da via aérea e o fornecimento máximo de oxigênio suplementar

são necessários para o tratamento de lesões torácicas. O pneumotórax aberto deve ser tratado com curativo tipo válvula. O pneumotórax hipertensivo deve ser reconhecido e tratado no campo com descompressão com agulha (cateter intravenoso calibroso, linha hemiclavicular, segundo espaço intercostal). A agulha é deixada no local e, se o transporte for prolongado, uma válvula pode ser confeccionada com o dedo de uma luva colocado na ponta do cateter.

Abdome: o cuidado definitivo do paciente com trauma abdominal hemorrágico é a rápida intervenção cirúrgica no hospital. A evisceração deve ser coberta com uma compressa úmida e não se deve tentar recolocar o órgão na cavidade. Objetos empalados devem ser mantidos no lugar e só devem ser retirados se for absolutamente necessário para o transporte do paciente.

Pelve: pacientes com suspeita de lesões de pelve devem ser imobilizados de forma apropriada e rapidamente transportados para o hospital. O paciente hemodinamicamente instável pode se beneficiar do uso de enfaixamento compressivo com lençol e cruzamento dos membros inferiores.

Extremidades: os perigos no encontro do TME com o paciente com trauma de extremidade são dois. Primeiro, o TME não deve se distrair no manejo básico do paciente com aspecto terrível, mas não-crítico, das lesões de extremidades. Segundo, lesões de extremidades que ameaçam a vida não devem ser subestimadas. A fixação segura do paciente na prancha, na posição supina, pode efetivamente sustentar e fixar cada osso e junta.



Conduta na abordagem das Vias Aéreas para vítimas de traumas
Controle das vias aéreas

As recomendações do Suporte Avançado de Vida no Trauma (ATLS, Advanced Trauma Life Support) enfatizam a importância do manejo imediato das vias aéreas associado à imobilização da coluna cervical como prioridade inicial do paciente traumatizado.

Suspeita de lesão da coluna cervical

Todos os pacientes politraumatizados devem ser manejados como se apresentassem lesão da coluna cervical. Não é necessária uma radiografia da coluna cervical para a realização de intubação orotraqueal de emergência, e a imobilização é mantida até que posteriormente seja descartada a lesão na coluna cervical. Na cena do trauma, a coluna cervical é imobilizada com colar do tipo Philadelphia e o corpo é colocado em uma prancha de imobilização.

Apoios laterais são utilizados ao lado da cabeça, e a região frontal é imobilizada com uma fita adesiva colada à prancha. A partir do momento que o paciente esteja imobilizado pelo protocolo do ATLS, o movimento do pescoço está reduzido a 5% do habitual.

O colar cervical do tipo Philadelphia (Semi-Rígido) quando usado isoladamente não imobiliza adequadamente a coluna cervical, pois restringe os movimentos laterais em 50% e a extensão em 30% do normal.

Manejo das Vias Aéreas Sem Intubação

A administração de oxigênio; a desobstrução manual das vias aéreas; a sucção de secreções, sangue e debris da boca e faringe; ou o uso de cânulas ora e nasofaríngeas lubrificadas ou de máscaras laríngeas podem permitir o transporte de pacientes traumatizados respirando espontaneamente até um centro de atendimento de trauma, porém, não garantem a via aérea e nem protegem do bronco aspiração.

Algoritmo para o manejo das vias aéreas.



Manejo da Via Aérea com Intubação Orotraqueal

Intubação orotraqueal

A intubação orotraqueal com sequência de intubação rápida (SIR) e alinhamento da coluna cervical (ACC) da coluna cervical é a técnica mais confiável e rápida de se obter uma via aérea segura em pacientes em apneia ou instáveis. O paciente é cuidadosamente colocado em posição supina, com a cabeça neutra. A oximetria deve ser monitorizada. A porção anterior do colar do tipo Philadelphia (ou todo o colar) deve ser removida, pois ela reduz a abertura da boca. Um assistente deve realizar a ACC do pescoço com as mãos posicionadas abertas na lateral da face do paciente, os dedos fixando o processo mastoide para resistir a extensão da coluna cervical imposta pela

laringoscopia. Normalmente, o assistente se coloca à esquerda do médico que está realizando a intubação. O paciente é pré-oxigenado se estiver respirando, e, com a perda da consciência, a pressão cricóide (manobra de Sullick) pode ser aplicada por um segundo assistente localizado à direita. A pressão cricóide deve ser mantida até que o sucesso da intubação seja confirmado. O assistente que estiver realizando a pressão cricóide deve usar a outra mão para amparar a porção posterior da coluna cervical do paciente, pois essa pressão pode causar deslocamento das vértebras cervicais quando for aplicada sem o apoio posterior do colar Philadelphia. A hipnose é alcançada com o uso endovenoso de midazolam, propofol ou etomidato, e o bloqueio neuromuscular com succinilcolina. O surgimento de fasciculações musculares no paciente indica o início do bloqueio. O paciente é intubado com a lâmina de laringoscópio curva (Macintosh), desenhada para ser inserida no lado direito da boca do paciente, deslocando a língua para a esquerda. A ponta da lâmina é locada na valécula na base da língua, então é aplicada uma tração para cima.

A repetição de tentativas malsucedidas pode causar edema na laringe, sangramento, obstrução de vias aéreas e hipóxia grave. Após aspiração orofaríngea, o médico pode usar uma máscara laríngea ou ambú para ventilar o paciente durante o tempo necessário para se providenciar um acesso cirúrgico à via aérea (com ou sem ketamina para analgesia/anestesia). A máscara laríngea é uma opção para médicos menos experientes ou via aérea difícil. Os pacientes devem estar com o nível de consciência rebaixado para possibilitar seu uso.

Os bloqueadores neuromusculares não devem ser utilizados por médicos inexperientes. Um paciente em coma geralmente pode ser intubado sem o uso de sedativos ou paralisantes. A via aérea pode ser inspecionada com ACC para acessar a dificuldade de intubação antes de se usar um paralisante neuromuscular. A intubação orotraqueal em pacientes acordados poderá ser utilizada quando a perda da via aérea causada pelo bloqueio neuromuscular for uma preocupação do médico. Em pacientes pediátricos, a intubação com o paciente acordado é impossível e a nasotraqueal, às cegas, é muito raramente bem-sucedida devido ao ângulo nasofaríngeo agudo. Crianças pequenas podem apresentar lesões de coluna cervical com radiografias

cervicais normais, e a intubação orotraqueal direta, com ACC e hipnóticos com ou sem paralisantes, é a melhor maneira de se obter uma via aérea segura. Crianças mais novas têm o occipício maior, causando flexão do pescoço em posição neutra. Uma toalha dobrada deve ser colocada embaixo dos ombros antes da intubação. O tamanho do tubo endotraqueal adequado para crianças é calculado com a seguinte fórmula: TOT = 4 + idade/4.

Farmacologia na Intubação

Medicações utilizadas:

- **Midazolam:** benzodiazepínico, sedativo, hipnótico, produz amnésia anterógrada. É reversível com Flumazenil (antídoto). Pode apresentar depressão respiratória e hipotensão em idosos e pacientes hipovolêmicos. Dose: 0,1 mg/Kg, com início de ação em 1 minuto. Pode ser repetida a dose inicial, se pouco resultado inicial. Pode, por si só, sedando, facilitar a intubação, ou precederá a aplicação do relaxante. Duração aproximada de 30 minutos;
- **Etomidato:** hipnótico e sedativo não barbitúrico, não promove depressão cardiovascular. Pode promover insuficiência adrenal com uso prolongado. Dose 0,3mg/Kg.
- **Lidocaína:** usada endovenosa, na dose de 1,5 mg/Kg, 2 a 3 minutos antes da intubação, diminui os efeitos cardiovasculares e sobre a pressão intracraniana provocados pela intubação orotraqueal;
- **Atropina:** na dose de 0,01 mg/Kg endovenosa, atenua os efeitos vagais em crianças adolescentes e adultos vagotônicos;
- **Succinilcolina:** bloqueador muscular despolarizante de mais rápido início (60 segundos) e curta ação (5 minutos). Para efeitos: faz ciculações musculares, elevação das pressões intragástrica, craniana e ocular. Contraindicações: insuficiência renal crônica, paralisias crônicas, doenças musculares crônicas, grande-queimados com horas de evolução e pacientes com graves lesões musculares por esmagamento podem desencadear hipercalemia fatal. Pode provocar hipertemia maligna. Dose de 1 a 2 mg/Kg endovenoso;

Vias Aéreas - Exemplo de Protocolo para intubação de sequência rápida

1. Garantir a disponibilidade do equipamento necessário.
 - a. fonte de oxigênio
 - b. máscara associada a balão dotado de válvula unidirecional de tipo e tamanho apropriados
 - c. máscara de fluxo unidirecional
 - d. laringoscópio com lâminas
 - e. cânulas traqueais
 - f. material para via aérea cirúrgica e alternativa
 - g. medicações da ISR
 - h. material para fixar o tubo traqueal após a intubação
 - i. material para aspiração
2. Garantir, no mínimo um, mas preferencialmente dois acessos venosos adequados.
3. Pré-oxigenar o paciente usando máscara de fluxo unidirecional ou máscara associada a balão dotado de válvula unidirecional com 100% de oxigênio. Pré-oxigenar de preferência por 3 a 4 minutos.
4. Instalar monitor cardíaco e oxímetro de pulso.
5. Se o paciente estiver consciente, considerar o uso de agentes sedativos.
6. Considerar a administração de agentes sedativos e lidocaína, se houver suspeita ou confirmação de trauma crânio encefálico(TCE).
7. Após a administração de curares, fazer a manobra de Sellick (pressão na cricóide) para diminuir o risco de aspiração.
8. Confirmar a localização no tubo imediatamente após a intubação. A monitoração cardíaca contínua (ECG) e a oximetria de pulso são necessárias durante e após a ISR. A localização do tubo deve ser verificada periodicamente durante o transporte e sempre que o paciente for movimentado.
9. Podem ser necessárias doses repetidas de relaxantes musculares para

manter a curarização.

10. Confirmar a localização do tubo.

11. Se as tentativas repetidas de intubação forem malsucedidas, considerar a possibilidade de via aérea alternativa ou cirúrgica.

Controle Cirúrgico da Via Aérea

Cricotireoidotomia

A cricotireoidotomia é o procedimento de escolha para pacientes com indicação de intubação oro-traqueal nos quais ela não foi possível de ser realizada por alguma razão. É contra-indicada em pacientes pediátricos devido ao risco aumentado de estenose subglótica. Essa contraindicação é relativa, depende da idade do paciente e da disponibilidade de outras opções aceitáveis para o manejo da via aérea.

A membrana cricotireóidea subcutânea é localizada pela palpação, a laringe é estabilizada e uma pequena incisão (transversal ou vertical) é feita na altura da membrana. Após a confirmação da posição da membrana com a ponta do dedo, a membrana é incisada e dilatada. Apesar do uso do cabo do bisturi para esse fim, é preferível o uso de uma pinça hemostática. Quando a incisão estiver adequadamente dilatada, um tubo comum de traqueostomia nº 7 ou 8 é inserido no lúmen. Os tubos utilizados no espaço cricotireóideo não devem ultrapassar o tamanho 7 ou 8 em um adulto médio. Tubos menores devem ser utilizados em pacientes menores, especialmente mulheres. A cricotireoidotomia é descrita como um procedimento tecnicamente simples, mas essa facilidade está provavelmente superestimada em situações de emergência de via aérea. Em pacientes com a anatomia cervical alterada por hemorragia ou edema, ou que estejam hipoxêmicos e agônicos, esse procedimento está longe de ser trivial.

A cricotireoidotomia pode ser feita com agulha de abocath 12 a 16 perfurando a membrana cricótiroidea, a seguir conectando a uma fonte de oxigênio com alto fluxo (15 l/min) e conectado a um orifício lateral ou em Y.

Diagnóstico clínico do choque

Os achados clínicos de choque hemorrágico compensado incluem hipotensão postural, diaforese, agitação e palidez por vaso constrição cutânea. A taquicardia é comumente observada nos pacientes em choque hemorrágico. Entretanto, estudos clínicos de frequência cardíaca na admissão de pacientes com perda substancial de sangue têm revelado de forma consistente que a frequência cardíaca varia muito.

Os pacientes com perda significativa de sangue são compensados por reflexos neuroendócrinos, os quais causam vasoconstrição da circulação cutânea. A vasopressina plasmática – um poderoso vasoconstritor cutâneo – aumenta seus níveis no paciente hipovolêmico. Uma manifestação clínica de choque é a pele fria, pálida, e o enchimento capilar lentificado do leito subungueal após serem comprimidos.

Os pacientes gravemente hipotensos apresentam com frequência depressão do nível de consciência, uma sensação de morte, e podem estar agitados. Os pacientes em choque profundo estão inconscientes e devem ser submetidos à intubação endotraqueal e ventilação mecânica; contudo, a intubação apresenta riscos. Os hipovolêmicos podem apresentar queda ainda maior da pressão arterial com ventilação com pressão positiva ou, raras vezes, sofrerem parada cardíaca. Para pacientes adultos em choque, volumes correntes menores de 5 ml/Kg, estabelecer frequências respiratórias de 20 a 30 movimentos respiratórios por minuto é recomendado.

Ressuscitação do choque hemorrágico

Os pacientes traumatizados hipovolêmicos precisam de duas intervenções: a reposição da volemia e o controle da hemorragia. Os pacientes adultos hipotensos com frequência têm aumento da pressão sistólica após infusão rápida de 2L de solução cristalóide de SF 0,9% ou RL. As crianças devem receber um *bolus* de 20 ml/Kg. A resposta da pressão sanguínea à tentativa inicial de ressuscitação deve ser determinada. Os pacientes que permanecem hipotensos deverão ser rapidamente

avaliados para determinar se a hemorragia persiste. Simultâneo a isso, um segundo *bolus* de infusão de líquido eletrolítico balanceado é apropriado. Aqueles pacientes que não respondem ao segundo *bolus* em geral necessitarão de cirurgia para controlar a hemorragia, bem como de transfusão de sangue do tipo O ou de sangue específico.

Novas diretrizes devem ser estabelecidas para o uso da solução hipertônica.

Identificação do local e sangramento

Hemorragia significativa em pacientes traumatizados ocorrerá em cinco localizações, e cada sítio apresenta considerações específicas para o diagnóstico e a hemostasia. Os cinco locais são a hemorragia externa, o sangramento intracavitário dentro do espaço pleural ou dentro da cavidade peritoneal, o sangramento dentro do músculo e do tecido subcutâneo por contusão ou fratura e o sangramento para dentro do retro peritônio, geralmente causado por uma fraturada pelve.

1) Hemorragia externa: a hemorragia externa por feridas pode ser óbvia e a compressão direta em geral controla o sangramento. Se o sangramento ocorrer em extremidade distal, um cuff inflado de pressão arterial na região proximal pode cessar o sangramento, enquanto o paciente é prontamente transportado para melhores recursos de uma sala de cirurgia para a exploração da ferida e o reparo ou a ligadura dos vasos com sangramento. As lacerações com sangramento ativo por escalpo podem ser melhores conduzidas com sutura rápida, que será revisada mais tarde.

2) Espaço pleural: o sangramento dentro do espaço pleural por grandes artérias ou aorta, na maioria das vezes, é rapidamente fatal. O sangramento torácico pelo pulmão, ou pelos vasos menores da parede torácica, como os ramos intercostais ou a artéria mamária interna, produz hemotórax. Uma radiografia de tórax ou uma ultrassonografia de pleura oferece pronto diagnóstico. Um guideline comumente aceito para sugerir toracostomia é a perda inicial de mais de 20 ml/Kg de sangue, ou sangramento contínuo em um ritmo excedendo 2 a 3 ml/Kg/h.

3) Cavidade peritoneal: a perda de sangue intra-abdominal substancial pode ocorrer sem sinais externos evidentes. Um hemoperitônio pode ser prontamente

identificado com lavado peritoneal diagnóstico, ultrassonografia ou, em hospitais nos quais elas estão imediatamente disponíveis, tomografias computadorizadas. A laparotomia é o procedimento de escolha nos pacientes em choque com hemoperitônio significativo.

4) Fraturas de extremidades: o volume da perda de sangue para dentro de extremidades ou em camadas musculares do tronco pode ser enganoso. Grandes hematomas subfaciais em extremidades e no dorso estão geralmente associados com fraturas; contudo, litros de sangue podem ser perdidos em contusões.

5) Espaço retroperitoneal: litros de sangue podem ficar contidos no espaço retroperitoneal nos pacientes com fratura de pelve, lesões renais ou ruptura de vasos lombares. Pacientes em choque com suspeita de hemorragia ativa por ruptura arterial associada com fratura de pelve são melhores conduzidos por angiografia diagnóstica ou embolização transvascular.

Pacientes traumatizados por lesões penetrantes ou contusas atendidas em PRONTO SOCORRO s/PSs ou unidades que não dispõe de equipe ou sala cirúrgica deverão ser encaminhados para os hospitais de Referência.

Diagnóstico diferencial de choque no traumatizado

Choque neurogênico Lesão da medula espinal

A lesão da medula espinal até o nível da vértebra cervical ou torácica pode causar de nervação simpática. O choque neurogênico é a consequência da perda súbita do tônus motor. Sem tônus alfa-adrenérgico nos vasos arteriolares ocorre vasodilatação, levando à queda da resistência vascular sistêmica. A resposta hemodinâmica é a queda da pressão sistólica e diastólica e a redução do débito cardíaco. A vasodilatação dos vasos venosos aumenta sua capacitância, que já é um reservatório substancial, e o tratamento é a expansão do volume intravascular. Os pacientes hipotensos com choque neurogênico não terão caracteristicamente taquicardia; terão pulsos periféricos fracamente palpáveis e exibirão leitos ungueais rosados com bom enchimento capilar. Esses pacientes têm ampla pressão de pulso, e pacientes hipotensos podem estar alerta. Frequência cardíaca abaixo de 100 bpm, mesmo bradicardia sinusal ocorre em pacientes com choque neurogênico e é atribuída ao tônus vagal não-compensado em

áreas cronotrópicas do coração em pacientes que perderam a inervação simpática.

Muitos pacientes adultos com choque neurogênico responderão à infusão endovenosa de 2L de solução eletrolítica balanceada. A expansão de volume pode repor as perdas causadas pela hemorragia, e também “encher” as reservas venosas dilatadas.

TCE

A lesão não deve ser considerada inicialmente a causa primária de hipotensão em pacientes politraumatizados, mesmo que a lesão do tronco cerebral possa causar instabilidade cardiovascular. Além disso, perdas maiores de sangue por lacerações por escalpo ou fratura facial aberta podem ocorrer.

O único problema no paciente traumatizado com lesão cerebral fatal é a preservação da pressão de perfusão adequada até os órgãos poderem ser armazenados para transplante. A perda de reflexos normais mediados pelo tronco cerebral leva à hipotensão irreversível e arritmias cardíacas. Os doadores devem ter perfusão adequada dos órgãos doados para que estejam funcionantes após o transplante. Os doadores de órgãos devem receber fluidos intravenosos e sangue para tratar o choque. A utilização criteriosa de vasopressores pode estar indicada; contudo, essas drogas vasoconstritoras podem comprometer a adequação dos órgãos para transplante.

Choque Compressivo/Obstrutivo

O choque compressivo ocorre quando o débito cardíaco está baixo devido à pressão extrínseca do coração ou dos pulmões por líquido, ar ou sangue, reduzindo o fluxo da veia cava durante o enchimento diastólico das câmaras direitas do coração.

Pneumotórax hipertensivo

O pneumotórax hipertensivo ocorre quando o ar fica encarcerado no espaço pleural entre o pulmão e a parede torácica, atingindo uma pressão suficiente para comprimir os pulmões e desviando o mediastino. Muitos pacientes com pneumotórax hipertensivo também apresentam hemotórax. O diagnóstico de pneumotórax hipertensivo é suspeitado no exame clínico do paciente hipotenso que tem tórax hiper timpânico à percussão do tórax anterior, ausência de murmúrio vesicular ipsilateral, desvio da traquéia para o pulmão lesado, distensão das veias do pescoço, trauma penetrante ou contusão no tórax são suficientes para causar fratura dos arcos costais. Embora muitos pacientes com pneumotórax hipertensivo possuam achados facilmente identificáveis na radiografia de tórax, pacientes com liberação da aderência pleural à parede torácica raramente desenvolvem bolsas de ar não- evidentes na radiografia de tórax de rotina. Estes podem ser identificados com TC de tórax. Em situações nas quais um dreno torácico não pode ser inserido, o pneumotórax hipertensivo pode ser descomprimido de emergência com uma agulha de grosso calibre inserida no segundo no quarto espaço intercostal, na linha hemiclavicular. A hipotensão pode reverter drasticamente quando o ar é drenado através da agulha. O tratamento definitivo do pneumotórax hipertensivo é a inserção de um dreno de tórax no 4º ou 5º espaço intercostal.

Tamponamento cardíaco

O tamponamento cardíaco é a causa de choque por compressão das câmaras cardíacas, limitando o enchimento ventricular. Três fatores influenciam na magnitude do choque que se desenvolve em um paciente com tamponamento: (1) volume de sangue no saco pericárdico, (2) complacência do pericárdio, e (3) pressão venosa central (PVC).

Achados clínicos são hipotensão, distensão das veias cervicais e hipofonese de bulhas cardíacas em um paciente extremamente ansioso. Em pacientes estáveis, uma ultra-sonografia confirmará o diagnóstico de líquido no saco pericárdico. As características ecocardiográficas mais estabelecidas de tamponamento cardíaco

incluem compressão atrial direita e colapso ventricular diastólico direito. Um ecocardiograma trás esofágico pode ser realizado durante laparotomia ou toracotomia e melhora a visualização posterior do coração.

O tratamento da maioria dos pacientes com suspeita de tamponamento cardíaco deverá iniciar com a infusão endovenosa de 500 a 1.000 ml de solução eletrolítica balanceada e a avaliação da resposta hemodinâmica. Em pacientes muito graves com lesão penetrante de tórax, que perderam os sinais vitais em minutos da chegada na emergência e cujo ritmo cardíaco está com contrações agônicas, intubação orotraqueal e toracostomia antero-lateral esquerda imediata são indicadas.

Uma abordagem diagnóstica e terapêutica alternativa quando a ultrassonografia não está disponível é a realização de uma janela pericárdica subsifóide. Esse procedimento tem baixa morbidade e pode ser seguramente realizada por um cirurgião para estabelecer se a suspeita diagnóstica de hemopericárdio está correta. A janela pericárdica deverá ser realizada com o paciente anestesiado e com o equipamento e a equipe pronta para o procedimento com exploração do coração. A indicação de anestesia geral no paciente com tamponamento cardíaco que está parcialmente compensado pode precipitar hipotensão profunda ou parada cardíaca. Então, antes da administração de drogas e da instalação de ventilação com pressão positiva em um paciente com suspeita de tamponamento cardíaco, é, prudente ter o paciente completamente preparado e vestido e a equipe cirúrgica preparada para o procedimento de emergência.

Durante a laparotomia, tanto a pericardiotomia subxifóide quanto a transdiafragmática pode ser usada. Quando a janela subxifóide drena o sangue pericárdico, o tamponamento é descomprimido e em geral há tempo para prosseguir com esternotomia mediana, oferecendo excelente exposição do coração.

Choque cardiogênico

Em termos fisiológicos, choque cardiogênico é a circunstância de débito cardíaco baixo apesar do volume diastólico final ventricular, que deverá estar adequado para

conceder ao ventrículo uma contração vigorosa e a eleição de um volume sistólico amplo. Em situações clínicas, o choque cardiogênico pode refletir várias influências adversas concomitantes, incluindo déficit miocárdico importante, disfunção valvar e arritmias. A perfusão para órgãos múltiplos está inadequada no choque cardiogênico, incluindo a oferta de oxigênio ao miocárdio, que exacerba a falência da performance miocárdica. A combinação de falência de bomba cardíaca e redução da perfusão coronariana é um insulto sincronizado que pode piorar de forma rápida, causando a morte.

7.6.17. Contusão miocárdica

Enquanto a contusão cardíaca pode ocorrer comumente em pacientes com trauma importante no dorso, a contusão cardíaca é um exemplo de contusão cardíaca que raras vezes é a causa de disfunção miocárdica grave e choque em pacientes traumatizados hospitalizados. O diagnóstico de contusão cardíaca é confirmado pelo início súbito de anormalidades no ECG da admissão ou hipotensão que não é explicada pelas lesões. Os achados de autópsia em pacientes que morreram com lesão cardíaca incluem lacerações do coração, ruptura de valvas, hematoma miocárdico transmural, ou, raras vezes, evidência de oclusão de artéria coronariana principal induzida traumáticamente. Os pacientes muito instáveis com contusão cardíaca têm sido tratados por balão intra-aórtico durante períodos de hipóxia, associada à cirurgia, e falência de bomba cardíaca refratária.

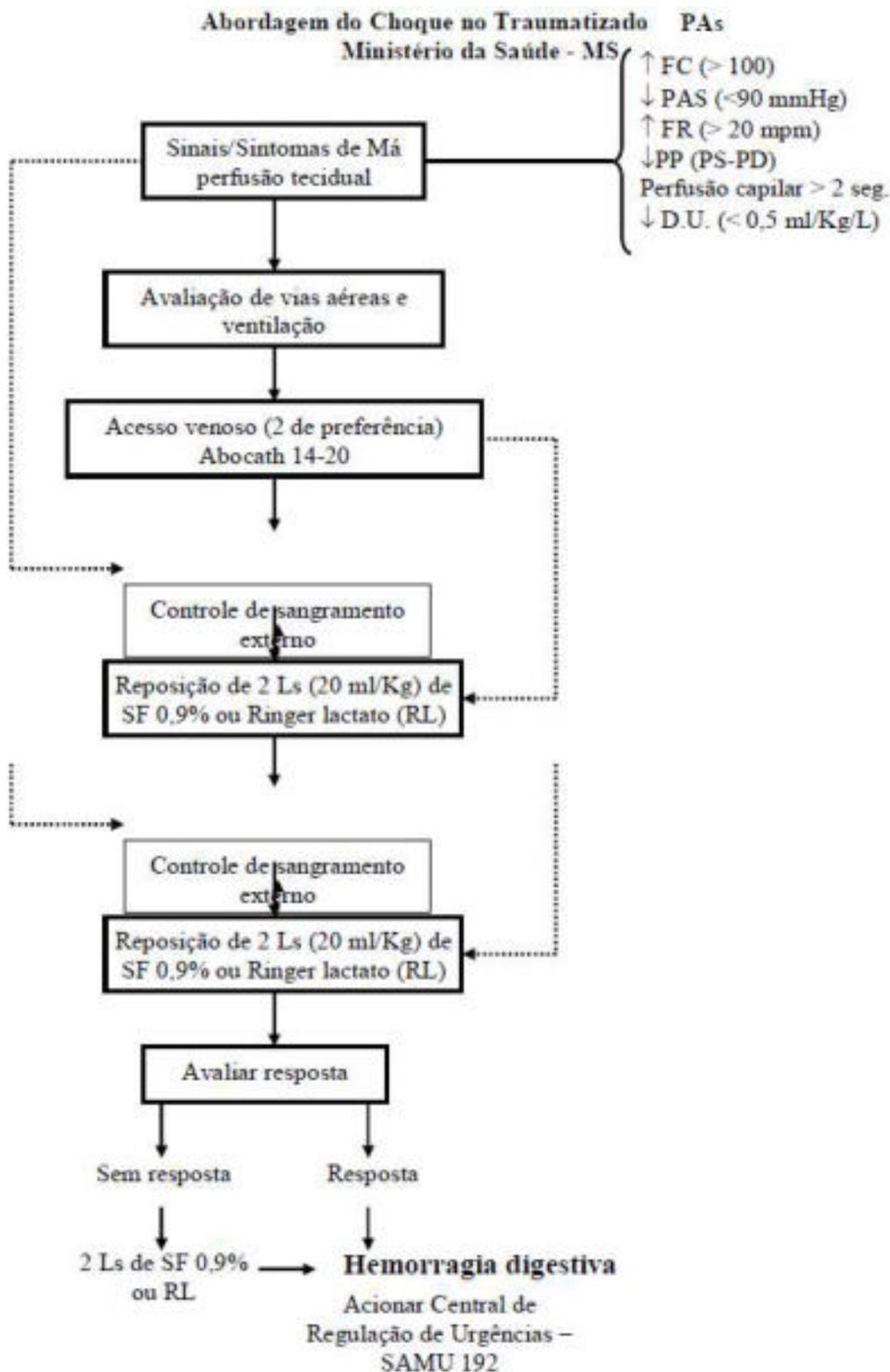
7.6.18. Choque séptico

Pacientes lesados podem chegar a Unidade de Saúde em choque causado por infecção. Essa rara circunstância é causada com frequência pelo atraso entre a lesão e o início do tratamento. A morte por choque séptico em pacientes traumatizados em geral ocorre dias a semanas após a admissão hospitalar, e muitas vezes está associada com falência de múltiplos órgãos. Infecção grave, particularmente quando associada à bacteremia, pode ser uma causa de choque rapidamente letal com achados cardiovasculares característicos, se a administração de líquidos não for rápida e

vigorosa: hipotensão, débito cardíaco elevado e resistência vascular sistêmica baixa. O choque séptico é categorizado como distributivo, um termo que enfatiza que, apesar da oferta aumentada de oxigênio às células pela circulação hiperdinâmica, a disponibilidade de oxigênio aos sítios de metabolismo aeróbico está prejudicada.

A ressuscitação de pacientes em choque séptico envolve três passos. Primeiro, o fluido intravenoso é infundido para restaurar o volume intravascular e otimizar as pressões de enchimento diastólico final dos ventrículos direito e esquerdo. A ressuscitação de líquidos é acompanhada por soluções isotônicas. Segundo, já que a contratilidade miocárdica está prejudicada em pacientes com choque séptico, o suporte inotrópico geralmente é necessário. O terceiro tratamento para choque séptico que pode ser necessário para pacientes com uma RVS irreversivelmente baixa é o uso de vasoconstritores, os quais aumentam a pressão arterial sistêmica média.

Sinais associados aos diversos tipos de choque				
Sinais	Hipovolêmico	Neurogênico	Séptico	Cardiogênico
Temperatura da pele	Fria, pegajosa	Quente, seca	Fria, pegajosa	Fria, pegajosa
Coloração da pele	Pálida, cianótica	Rosada	Pálida, rendilhada	Pálida, cianótica
Pressão arterial	Diminuída	Diminuída	Diminuída	Diminuída
Nível de consciência	Alterado	Mantido	Alterado	Alterado
Enchimento capilar	Retardado	Normal	Retardado	Retardado



7.6.19. Considerações sob Hemorragia digestiva alta

O tratamento de pacientes com suspeita de hemorragia digestiva alta começa com uma avaliação inicial para determinar se a hemorragia é aguda ou crônica. A hemorragia aguda é reconhecida por uma história de hematêmese, vômitos em borra de café, melena ou sangramento pelo reto, enquanto que o paciente com hemorragia crônica pode apresentar-se com sinais e sintomas associados com anemia e nenhuma história clara de perda de sangue. Uma parte crítica da avaliação inicial é a avaliação do estado fisiológico do paciente para aferir a gravidade da perda de sangue. A sequência no manejo da hemorragia consiste em (1) ressuscitação, (2) diagnóstico e (3) tratamento, nesta ordem. inserida após a ressuscitação para determinar se a hemorragia está ativa. Uma sonda nasogástrica deve ser inserida, até que o aspirado gástrico esteja claro. Para pacientes com hemorragia volumosa do trato GI superior, agitação ou estado respiratório alterado, a intubação endotraqueal é recomendada antes de endoscopia. Foi demonstrado que a endoscopia precoce identifica a origem da hemorragia em pacientes com sangramento contínuo ativo e pode alcançar o controle precoce da hemorragia.

Abordagem à Hemorragia Digestiva Alta

Definições:

Ruptura de Mallory-Weiss: uma ruptura proximal da mucosa gástrica após tosse, esforços para vomitar ou vômitos. O sangramento geralmente é autolimitado, leve e passível de manejo conservador.

Erosão de Dieulafoy: não frequentemente encontrado, esse problema descreve a hemorragia de uma artéria submucosa aberrante localizada no estômago. Essa hemorragia é frequentemente significativa e exige diagnóstico imediato por endoscopia, seguido por terapia endoscópica ou operatória.

Malformação arteriovenosa (AV): uma pequena lesão mucosa localizada ao longo do trato GI. O sangramento em geral é abrupto, mas a velocidade da hemorragia

normalmente é lenta e autolimitada.

Esofagite: erosões da mucosa freqüentemente resultantes de refluxo gastresofágico, infecções ou medicamentos. Os pacientes se apresentam com mais frequência com hemorragia oculta, e o tratamento consiste na correção ou profilaxia das causas subjacentes.

Sangramento de varizes esofágicas: veias ingurgitadas da região gastresofágica, que podem ulcerar e levar a uma hemorragia volumosa; relacionada à hipertensão porta e à cirrose.

Abordagem clínica

As origens de hemorragia digestiva alta podem ser categorizadas como varicosas e não-varicosas. As fontes comuns de hemorragia não-varicosa incluem úlceras duodenais (25%), erosões gástricas (25%), úlceras gástricas (20%) e rupturas de Mallory-Weiss (7%). Até 30% dos pacientes com hemorragia têm múltiplas etiologias identificadas durante a endoscopia. Em adição, todos os estudos indicam que uma proporção de casos não tem nenhuma causa endoscopicamente discernível, e esses casos são associados com um desfecho excelente. As causas raras de hemorragia digestiva alta incluem neoplasias (benignas e malignas), malformações AV e erosões de Dieulafoy. O sangramento tende a ser auto limitado em aproximadamente 80% de todos os pacientes com hemorragia digestiva alta. O sangramento contínuo ou recorrente acontece em 20% dos pacientes e é o principal contribuinte para mortalidade. A mortalidade global associada com essa hemorragia é 8 a 10% e não tem mudado ao longo das últimas décadas. Existem diferenças notáveis nas taxas de ressangramento e mortalidade que dependem do diagnóstico na endoscopia. A mortalidade do paciente com hemorragia digestiva alta aumenta com ressangramento, idade avançada e nos pacientes que desenvolvem hemorragia no hospital. Vários preditores clínicos e estigmas endoscópicos têm sido identificados com o desenvolvimento do sangramento recorrente.

O uso de AINEs contribui para o desenvolvimento de úlceras gástricas induzidas

por AINEs. Todos os AINEs produzem lesão mucosa. O risco de desenvolver uma úlcera é relacionado à dose. Cerca de 2 a 4% dos usuários de AINEs têm complicações do trato GI anualmente. Mais ou menos 10% dos pacientes que tomam AINEs diariamente desenvolvem uma úlcera aguda. As úlceras induzidas por AINEs diariamente desenvolvem uma úlcera aguda. As úlceras induzidas por AINEs têm uma incidência aumentada de sangramento, com úlceras gástricas e duodenais, tendo de 10 a 20 e de 5 a 15 vezes mais razões de risco, respectivamente.

A endoscopia do trato GI superior estabelece um diagnóstico em mais de 90% dos casos e avalia a atividade atual do sangramento. Ela auxilia a direcionar a terapia e prever o risco de ressangramento. Além disso, permite a terapia endoscópica. A hemostasia endoscópica pode ser alcançada de várias maneiras, incluindo termoterapia com uma sonda de aquecimento, eletrocoagulação multipolar ou bipolar e injeções de etanol ou adrenalina. A endoscopia pode demonstrar sangramento, varizes esofágicas, sangramento gastroduodenal ou nenhuma hemorragia. Para o sangramento não-varicoso, a hemostasia endoscópica é normalmente obtida com o uso de injeções de adrenalina, seguidas por terapia térmica. A hemostasia permanente acontece em cerca de 80 a 90% dos pacientes. Uma vez que o sangramento esteja controlado, é utilizada a terapia a longo prazo com os agentes anti-secretores, como os bloqueadores H2 ou inibidores da bomba de prótons, para tratar a doença subjacente.

Tabela: Risco de ressangramento com base na origem.

Fonte	Ressangramento (%)
Varizes esofágicas	60
Câncer gástrico	50
Úlcera gástrica	28
Úlcera duodenal	24
Erosão gástrica (gastrite)	15
Ruptura de Mallory-Weiss	7
Sem fonte identificável	2,5

Tabela: Fatores associados com o aumento da taxa de ressangramento e da mortalidade.

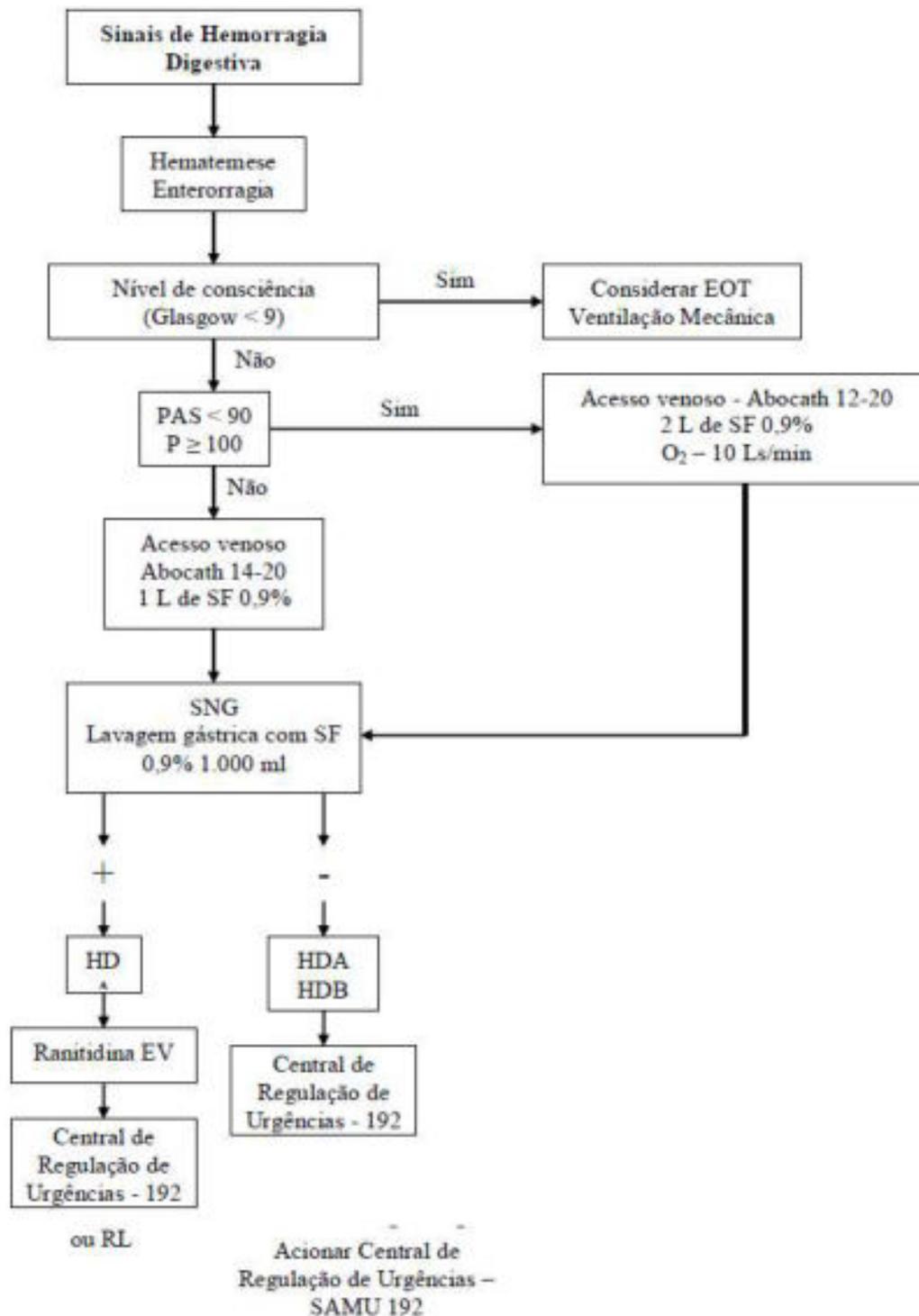
Clinicos
Choque na admissão
História prévia de sangramento requerendo transfusão
Hemoglobina < 8g/dL na admissão
Necessidade de transfusão de ≥ 5 U de concentrado de hemácias
Sangramento continuado, observado no aspirado gástrico
Idade acima de 60 anos (mortalidade aumentada, sem aumento no ressangramento)
Endoscópicos
Vaso visível na base da úlcera (50% de risco de ressangramento)
Porejamento de sangue brilhante a partir da base da úlcera
Coágulo aderido na base da úlcera
Localização da úlcera (prognóstico pior quando localizada perto de artérias grandes, p. ex., no bulbo duodenal posterior ou na curvatura menor do estômago)

Considerações sob Hemorragia Digestiva Baixa

A eliminação de fezes de coloração escura e de coágulos de sangue geralmente indica sangramento agudo de uma fonte do trato GI inferior (distal ao ângulo de Treitz). Fezes de coloração escura representam uma mistura de material fecal e sangue, indicando que a fonte do sangramento está localizada proximamente ao segmento retal inferior e ao ânus. A passagem de coágulos de sangue pode ocorrer com um breve sangramento de uma fonte do trato GI superior. A introdução de uma sonda NG é útil durante a avaliação inicial de um possível sangramento do trato GI superior, embora até 16% dos pacientes possam apresentar um aspirado NG sem sangue, mesmo com sangramento do trato GI superior originado no duodeno. Em pacientes adultos de meia

idade e mais velhos, as causas mais prováveis de sangramento agudo do trato GI inferior são a diverticulose, a angiodisplasia e a neoplasia, sendo essas lesões geralmente indolores.

Quando o sangramento do trato GI inferior ocorrer na presença de dor abdominal, deve ser vislumbrada a possibilidade de intestino isquêmico, doença intestinal inflamatória, intussuscepção ou aneurisma abdominal roto. Após a ressuscitação, o principal objetivo no tratamento de um paciente com sangramento agudo e contínuo do trato GI inferior é a localização do sangramento (colonoscopia, angiografia mesentérica e/ou cintilografia com hemácias marcadas com radioisótopos).



7.6.20. Trauma Torácico

O traumatismo torácico é responsável por 25% das mortes dos politraumatizados, em serviços de emergência. A cada 100 pessoas com trauma isolado de tórax, 12 vão a óbito. Muitas dessas mortes ocorrem já no hospital e poderiam ser evitadas se o diagnóstico e o devido tratamento fossem realizados precocemente e de forma eficiente.

O trauma torácico ocorre, principalmente, em homens entre 20 e 50 anos e ao contrário do que muitos imaginam. O tratamento cirúrgico não é o mais comum nesses casos. Menos de 10% dos traumatismos contusos de tórax necessitam de intervenção cirúrgica. A maioria desses pacientes pode ser tratada com procedimentos simples.

Traumas de tórax ocorrem por três mecanismos principais. O mais comum é a aceleração e desaceleração brusca do corpo. O melhor exemplo disso é o acidente automobilístico. O segundo mecanismo mais comum é a compressão do corpo, onde a força exercida sobre este exceda a capacidade de resistência das estruturas ósseas. E por fim, impactos de alta velocidade, onde a violência excede a tolerância viscosa do órgão atingido. Esse último difere da aceleração e desaceleração por ser localizado, sendo causado, por exemplo, por projéteis de arma de fogo e armas brancas.

A maioria dos traumas torácicos tem repercussão no sistema respiratório, causando problemas ventilatórios e/ou na difusão dos gases. As principais consequências disso são: hipóxia, hipercapnia e acidose.

A hipóxia tecidual é a oferta inadequada de oxigênio aos tecidos que pode ser causada por desequilíbrio na relação ventilação-perfusão e por alterações nas relações pressóricas intratorácicas (pneumotórax aberto ou hipertensivo).

A hipercapnia é o aumento na concentração de dióxido de carbono no sangue. As duas causas principais de hipercapnia são o comprometimento da relação ventilação- perfusão e a hipoventilação. A hipóxia é mais importante agudamente.

Exame primário das lesões com risco de vida

O exame primário tem por função minimizar os riscos à vida do paciente traumatizado, através da avaliação das vias aéreas, respiração e circulação, a qual estabelece critérios de prioridade de atendimento.

A avaliação deve ser feita na seguinte ordem:

▪ Vias aéreas

- Ausculta do fluxo aéreo pela boca e nariz do paciente para avaliar a permeabilidade da via aérea e existência de movimentos respiratórios.

- Detectar a presença de triagem (retração dos espaços intercostais) por obstrução brônquica ou traqueal.

- Verificar se há corpos estranhos obstruindo a orofaringe, principalmente em pacientes inconscientes.

• Respiração – observar e avaliar os movimentos respiratórios e a qualidade da respiração através da exposição do tórax do paciente, ausculta e palpar. Caso haja lesão torácica, teremos sinais importantes, porém sutis, de hipóxia, como aumento da frequência respiratória e mudança no padrão dos movimentos respiratórios. A cianose é um sinal tardio de hipóxia, porém, sua ausência não indica oxigenação tecidual adequada e uma via aérea permeável.

• Circulação

- avaliar a qualidade, frequência e regularidade do pulso do paciente.

- Avaliar a pressão arterial através da pressão do pulso. Em pacientes hipovolêmicos, o pulso estará fino e fraco.

- Avaliar a circulação periférica através da palpação e observação da pele quanto à temperatura e coloração, comprimindo a ponta dos dedos para avaliar a perfusão sanguínea.

- Verificar a distensão das veias do pescoço, que pode não estar evidente em pacientes hipovolêmicos.

- Instalar um monitor cardíaco no paciente, a fim de se detectar arritmias, com possibilidade aumentada em pacientes com hipóxia e/ou acidose, vítimas de trauma torácico. Além disso, pacientes com tamponamento cardíaco, pneumotórax

hipertensivo, hipovolemia profunda ou ruptura cardíaca podem apresentar atividade elétrica sem pulso (AESP), manifesta no ECG por presença de ritmo cardíaco em paciente sem pulso identificável.

Identificação das 6 Lesões torácicas com risco de vida no exame primário

1) Obstrução das Vias Aéreas

A obstrução das vias aéreas é uma lesão com alto risco de vida discutida.

2) Pneumotórax

Denomina-se pneumotórax a coleção de ar entre os folhetos visceral e parietal da pleura. A pressão negativa ente os folhetos é fundamental para que ocorra a expansão pulmonar. No pneumotórax, essa pressão negativa é abolida, dificultando a respiração.

Quando fluido, sangue ou pus também estão presentes, fala-se em hidro pneumotórax, hemopneumórax ou piopneumotórax, respectivamente.

O pneumotórax pode ser simples, hipertensivo ou aberto. Trataremos aqui dos dois últimos.

Pneumotórax hipertensivo

No pneumotórax hipertensivo há acúmulo de ar na cavidade pleural por um sistema de válvula unidirecional, que faz com que o ar possa entrar, mas não possa sair. O pulmão do lado afetado é completamente colapsado, e a traquéia e o mediastino são deslocados para o lado oposto, comprometendo o retorno venoso e causando compressão do pulmão contralateral à lesão.

Na maioria das vezes, a causa é a lesão do parênquima pulmonar, independentemente da etiologia, que é, mais comumente, a ventilação com pressão expiratória final positiva, a ruptura de uma bolha enfisematosa ou o trauma contuso de tórax com lesão ao selada do parênquima. Lesões traumáticas da parede torácica também podem ser causa de pneumotórax hipertensivo ocasionalmente. Não é

incomum que a inserção de cateteres na veia subclávia ou jugular interna seja a causa de pneumotórax.

Os sinais clínicos do pneumotórax hipertensivo são dispneia, taquicardia, hipotensão, desvio da traquéia para o lado oposto, ausência de murmúrio vesicular unilateral, turgidez das veias do pescoço e timpanismo à percussão. A cianose pode surgir como uma consequência tardia da hipóxia.

O pneumotórax hipertensivo deve ser tratado imediatamente ao ser diagnosticado, introduzindo-se uma agulha no segundo espaço intercostal na linha hemiclavicular no hemitórax lesado. Converte-se então a lesão num pneumotórax simples. Procede-se à avaliação repetida. O tratamento definitivo é feito pela inserção de um dreno no quinto espaço intercostal na linha axila média.

Pneumotórax Aberto ou “Ferida Torácica Aspirativa”

Quando há um grande ferimento da parede torácica, amplo o suficiente para permitir que o ar passe livremente, fala-se em pneumotórax aberto. As pressões intratorácica e atmosférica rapidamente se igualam na vigência de tal lesão.

A incidência de pneumotórax aberto em ambiente civil é menor que 1%. Embora quaisquer ferimentos por arma de fogo ou arma branca tecnicamente produzam pneumotórax, os tecidos da parede torácica se justapõem, fechando a lesão.

Se a abertura é maior ou igual a 2/3 do diâmetro da traquéia, o ar passará preferencialmente pelo ferimento, provocando um ruído característico como “traumatopnéia”.

Ocorre grave distúrbio ventilatório devido ao colapso do pulmão no hemitórax afetado, levando à hipóxia. Há desvio do mediastino para o lado contralateral e dificuldade de expansão do outro pulmão devido à competição entre o fluxo da abertura traqueobrônquica e o fluxo da abertura pleuro cutânea.

O tratamento inicial é feito com um curativo quadrangular extenso o suficiente para cobrir todas as bordas do ferimento fixado em três de seus lados. Essa fixação faz com que o curativo funcione como uma válvula que deixa o ar sair na expiração, mas oclui o ferimento durante a inspiração. A fixação dos quatro lados pode causar

pneumotórax hipertensivo, a menos que o tórax seja drenado. Qualquer curativo oclusivo pode ser usado temporariamente.

O hemitórax lesado deve ser drenado assim que possível, em local longe do ferimento, que geralmente necessita ser fechado cirurgicamente.

Hemotórax maciço

No hemotórax maciço há acúmulo rápido de mais de 1,5 L de sangue na cavidade pleural. A pressão torácica torna-se positiva, colapsando o pulmão e desviando a traquéia e o mediastino, complicando a grande perda de sangue. As veias do pescoço podem estar túrgidas devido aos efeitos mecânicos ou colapsadas pela grave hipovolemia. Há macicez à percussão e ausência de murmúrio vesicular do lado lesado.

A causa principal são os ferimentos penetrantes que dilaceram vasos sistêmicos ou hilares.

É tratado inicialmente por reposição de volume, infundindo-se cristalóide rapidamente através de dois acessos venosos calibrosos, e descompressão da cavidade torácica simultaneamente, através de drenagem no quinto espaço intercostal. Sangue tipo específico deve ser administrado assim que possível. Um volume drenado imediatamente de 1,5 L ou mais é altamente sugestivo da necessidade de toracotomia, bem como quando há menor débito inicial, mas 200 ml ou mais são drenados por hora durante quatro horas.

Tórax instável

Está presente em 10% a 20% dos casos de trauma, sendo caracterizado pela falta de continuidade óssea da parede torácica, determinando uma mobilidade paradoxal durante o ciclo respiratório. A mortalidade é alta, aproximadamente 50% sendo mais pronunciada em pacientes acima de 60 anos e rara em crianças, devido à maior complacência das costelas.

As maiores repercussões provêm da lesão pulmonar subjacente, que, juntamente

com a dor associada à restrição dos movimentos respiratórios, contribuem parahipóxiadopaciente.Esterespiracomdificuldade,possuindomovimentotorácicoassimétricoedesordenado, e à palpação detectam-se movimentos respiratórios anormaisecrepitação.Otratamentoinicialincluicorreçãodahipovolemiaeadministraçãodeoxigênioeumidificado. Caso não haja hipotensão sistêmica, faz-se necessário controle da administração intravenosa de cristalóides para evitar a hiperidratação. Alguns pacientes podem ser tratados sem ou só do ventilador, no entanto, a prevenção da hipóxia é de suma importância em pacientes traumatizados.

7.6.21. Tamponamento cardíaco

No tamponamento cardíaco há acúmulo rápido de sangue no saco pericárdico. O aumento da pressão intrapericárdica reduz o enchimento diastólico. Como o pericárdio é inelástico, mesmo pequenos volumes de líquido podem ocasionar o tamponamento. A diminuição da pressão intra-aórticas causa redução de fluxo coronariano, com prejuízo do metabolismo cardíaco.

O tamponamento cardíaco se manifesta pela “tríade de Beck”: aumento da pressão venosa com ingurgitamento das veias do pescoço, queda da pressão arterial e abafamento das bulhas cardíacas. O ingurgitamento pode não estar presente devido á hipovolemia. Pode haver pulso paradoxal, uma diminuição da PA de mais de 10 mmHg durante a inspiração. O pneumotórax hipertensivo, particularmente do lado esquerdo, pode mimetizar o tamponamento cardíaco e a diferenciação é feita pelo timpanismo à percussão, presente apenas no pneumotórax. O aumento da pressão venosa na inspiração durante a respiração espontânea (sinal de Kussmaul) reflete o comportamento paradoxal desta na vigência de tamponamento cardíaco.

Lesões torácicas potencialmente letais suspeitadas durante o exame físico secundário e Raio X de tórax

Consideram-se como lesões potencialmente letais:

- Contusão pulmonar;
- Contusão miocárdica;
- Ruptura aórtica;
- Ruptura traumática do diafragma;
- Laceração traqueobrônquica;
- Laceração esofágica.

Tais lesões não são óbvias durante o exame físico inicial. O diagnóstico necessita de um elevado índice de suspeição. No entanto, se passarem despercebidas, tais lesões podem comprometer a vida do paciente.

Outras indicações pra inserção do dreno de tórax

- Pacientes que necessitam de anestesia geral para tratamento de outras lesões nos quais se suspeita de lesão pulmonar significativa.
- Pacientes que necessitam de ventilação compressão positiva, nos quais se suspeita de lesão torácica importante.
- Pacientes com lesão pulmonar grave que precisam ser transferidos por transporte aéreo ou terrestre.

Concluindo, é alta a incidência de trauma torácico entre os politraumatizados, muitas vezes associado a grande risco de morte, devendo ser sempre suspeitado. A identificação e o tratamento simples com a inserção de um dreno de tórax e precoce as lesões são essenciais. Lesões com risco imediato de vida devem ser diagnosticadas já no exame primário e tratadas prontamente, permitindo que se continue à avaliação. Algumas lesões com risco de vida potencial que podem não ser identificadas no exame primário devem ser diagnosticadas e tratadas durante o exame secundário.

7.6.22. Trauma Cranioencefálico

O Traumatismo de crânio é responsável pela maior parte das mortes nas vítimas de acidentes de trânsito no nosso meio. A atenção primária do tratamento para doentes com suspeita de ter trauma cranioencefálico grave deve ser de prevenir a lesão cerebral secundária. Estes pacientes devem receber oxigenação adequada e manutenção da pressão arterial suficiente para garantir a pressão de perfusão do cérebro, são estas maneiras as mais importantes para limitar o dano cerebral secundário. Após a aplicação dos ABCDE é crucial que se identifique em lesões de massa que necessitam de intervenção cirúrgica, isto é conseguido da melhor maneira pela realização de Tomografia do crânio. É importante que dados como a idade do doente, mecanismo de trauma, tempo decorrido do trauma, condições respiratória e cardiovascular, lesões associadas e tratamento da hipotensão e hipóxia, sejam relatados pelos médicos que prestam o primeiro atendimento aos pacientes com lesão de crânio.

No traumatismo de crânio após as medidas iniciais de ressuscitação serem estabelecidas deve-se avaliar o nível de consciência e a reação das pupilas. Esse exame consiste em avaliar a Escala de Coma de Glasgow e a resposta pupilar ao estímulo doloroso. Os pacientes com Escala de Glasgow inferior a 9, devem ter a sua via aérea superior protegida pela realização de intubação traqueal. O nível do Glasgow e a resposta pupilar devem ser avaliados antes da utilização de sedativos ou curarizantes.

Nos pacientes portadores de traumatismo cranioencefálico após a priorização das vias aéreas e restabelecimento da pressão arterial e de outros sinais de hipoperfusão serem corrigidos através da oxigenação e reposição volêmica, deve-se comunicar através do acionamento da Central de Regulação Médica do SAMU – 192, demonstrando a gravidade do caso.

Nos pacientes com traumatismo cranioencefálico leve que não apresentam perda de consciência, intoxicação por álcool e drogas significativa, fratura de crânio, perda de líquido pelo nariz ou ouvido, traumatismos significativos associados, falta de

acompanhante confiável em casa, vômitos, cefaleia e crise convulsiva são candidatos a receber alta com orientações. Nos demais casos os pacientes devem ser encaminhados para avaliação em hospital com capacidade para avaliação e segmento desses pacientes.

O tratamento adequado de um doente com TCE começa com intervenções que obedecem a uma sequência priorizando o tratamento de lesões que comprometam a vida identificadas no exame primário. Uma vez tratadas as alterações, o doente deve ser rapidamente imobilizado e transportado para o hospital mais próximo com recursos para atender casos com TCE.

A-Vias Aéreas

Doentes com rebaixamento do nível de consciência podem ser incapazes de proteger sua via aérea. Um estudo retrospectivo tem documentado diminuição da taxa de mortalidade em doentes com TCE que foram submetidos a intubação traqueal no atendimento pré-hospitalar. Assim todos os doentes com TCE grave (escore de Escala de Coma de Glasgow 8 ou menos) são candidatos a intubação traqueal, embora isto possa ser desafiador quando se trata de doentes agressivos, quando cerram os músculos da mandíbula (trismo), na presença de vômitos, e devido à necessidade de manter a coluna cervical do doente alinhada e imobilizada. O uso de agentes bloqueadores neuromusculares (curarizantes) como parte do protocolo da sequência de intubação rápida pode facilitar o procedimento de intubação. Com base em estudos com animais, uma dose intravenosa de lidocaína (1 mg/Kg) pode evitar o aumento da PIC durante a intubação. A intubação nasotraqueal às cegas pode ser uma técnica alternativa, mas a presença de trauma na região medial da face é contraindicação, deve-se evitar laringoscopias prolongadas, principalmente se o tempo de transporte for curto. O uso de cânula orofaríngea e ventilação com máscara facial, associada a balão dotado de válvula unidirecional ou ventilação transtraqueal percutânea, são alternativas possíveis.

B-Respiração

Todos os doentes com suspeita de TCE moderado/grave devem receber oxigênio suplementar. O uso de oximetria de pulso é de extrema importância, pois a hipóxia pode piorar o quadro neurológico. A concentração de oxigênio pode ser titulada quando se usa a oximetria de pulso; no entanto, a saturação de oxigênio (SaO₂) deve ser mantida em 95% ou mais. Se a oximetria de pulso não está disponível, o oxigênio deve ser fornecido por máscara facial unidirecional para os doentes que apresentam respiração espontânea. Para os doentes intubados, deve ser mantida a concentração de oxigênio de 100% (FiO₂ de 1,0) com uso de máscara facial associada a balão dotado de válvula unidirecional. Se persistir a hipóxia mesmo com a oferta de oxigênio, o socorrista deve tentar identificar e tratar todas as prováveis etiologias, incluindo aspiração e pneumotórax hipertensivo. Uso de válvulas de pressão expiratória final positiva (PEEP) pode ser considerado para melhorar a oxigenação, no entanto, níveis de PEEP maiores do que 15 cm H₂O podem produzir aumento da PIC.

Como a hipocapnia e a hipercapnia podem agravar a lesão cerebral, o socorrista deve manter taxas normais de ventilação quando o doente com TCE estiver sob ventilação assistida – 10 respirações por minuto (RPM) para adultos, 20 RPM para crianças e 25 RPM para bebês. Hiperventilação muito agressiva produz vasoconstrição cerebral que, por sua vez, leva à diminuição da oferta de oxigênio para o cérebro. Tem sido demonstrado que hiperventilação profilática de rotina piora o quadro neurológico e não deve ser utilizada.

C-Circulação

Tanto a hipóxia quanto a hipotensão são causas importantes de lesão cerebral secundária, portanto devem-se prevenir e tratar estas condições. O controle da hemorragia é essencial. Pressão direta sobre o local ou curativos compressivos devem ser aplicados em qualquer hemorragia externa. Ferimentos complexos no couro cabeludo podem produzir sangramento externo significativo. Alguns chumaços de gaze colocados sobre o local e fixados com bandagem elástica tornam-se um curativo compressivo efetivo para controlar o sangramento; no entanto, esta compressão não deve ser aplicada em fraturas abertas ou com afundamento de crânio a menos que haja

hemorragia significativa, porque a compressão pode agravar a lesão cerebral e levar a aumento da PIC. Uma discreta pressão direta sobre o ferimento também pode limitar o tamanho de hematomas extra cranianos (couro cabeludo). Manejo delicado e imobilização em prancha longa, mantendo alinhamento anatômico, pode minimizar a perda sanguínea intersticial no local da fratura.

Como a hipotensão piora ainda mais a isquemia cerebral, devem-se adotar medidas-padrão para combater o quadro de choque. Em doentes com lesão cerebral traumática, a combinação de hipóxia e hipotensão está associada com taxa de mortalidade de cerca de 75%. Na presença de choque e suspeita de sangramento interno importante, o transporte rápido para um centro de trauma tem prioridade com relação à lesão cerebral. O choque hipovolêmico e o neurogênico devem ser tratados por reanimação com soluções cristalóides isotônicas; no entanto o transporte não deve ser retardado para que se estabeleça um acesso venoso. Embora a avaliação do volume sanguíneo seja muito difícil no ambiente pré-hospitalar, o socorrista deve fazer com que o doente retorne ao estado de volume circulatório normal (euvolemia).

Para preservar a perfusão cerebral, devem-se utilizar recursos para manter pressão sanguínea sistólica de pelo menos 90 a 100 mmHg; entretanto a reposição volêmica excessiva pode levar a sangramento interno descontrolado, aumento do edema cerebral e da PIC, portanto cuidado na reposição volêmica do traumatizado. Para doentes adultos com TCE e sinais vitais normais, sem suspeita de outras lesões, devem-se administrar fluidos intravenosos em velocidade não maior que 125 ml/h, e ajuste se surgirem sinais de choque.

D-Incapacidade - Avaliação neurológica

Intervenções neurocirúrgicas para inserir dispositivos para monitoração da PIC ou drenagem de hematomas intracranianos não são realizadas no atendimento pré-hospitalar. Como tem sido enfatizado, o tratamento pré-hospitalar da lesão cerebral traumática consiste primariamente em medidas que visam reverter e prevenir fatores que causem uma lesão cerebral secundária. Convulsões prolongadas ou de grande mal e múltiplas podem ser tratadas com a administração de benzodiazepínico intravenoso,

como diazepam, ou midazolam. Estas drogas devem ser tituladas com cautela, pois podem provocar hipotensão e depressão respiratória.

Devido à incidência significativa de fraturas de coluna cervical, doentes com suspeita de lesão cerebral traumática devem ter a coluna imobilizada. Deve haver muita cautela ao aplicar o colar cervical em vítima com TCE. Algumas evidências sugerem que manter o colar cervical firmemente ajustado pode impedir o retorno venoso da região cefálica, assim levando ao aumento da PIC. A colocação do colar cervical não é obrigatória desde que se mantenha imobilização adequada da coluna cervical.

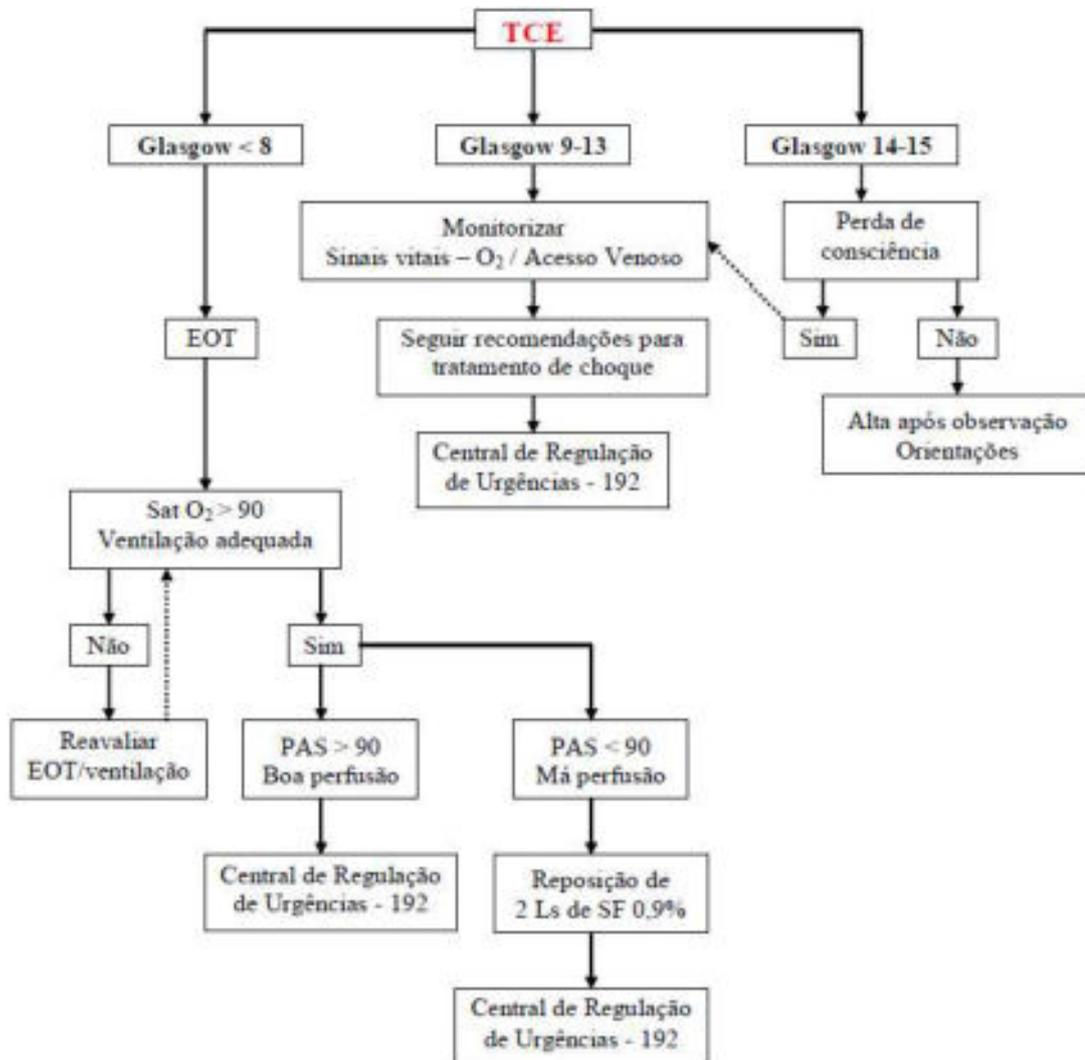
Transporte

Para que se alcance o melhor resultado possível, doentes com TCE moderada e grave devem ser transportados diretamente ao serviço hospitalar (centro de trauma) com recursos de tomografia computadorizada e equipe de neurocirurgia disponível no plantão. Frequência cardíaca, pressão arterial, SaO₂ e Escala de Coma de Glasgow do doente devem ser reavaliados e anotados em prontuário a cada 5 ou 10 minutos durante o transporte. Válvulas de PEEP podem ser utilizadas se houver persistência de hipóxia, desde que seu uso seja cauteloso, pois níveis de PEEP maiores que 15 cm H₂O podem aumentar a PIC. Deve-se preservar o calor do corpo do doente durante o transporte (evitar hipotermia).

Existem controvérsias a respeito da melhor posição de um doente com TCE. Em geral, os doentes com TCE devem ser transportados em posição supina pela presença de outras lesões potenciais. Embora a elevação da cabeceira da maca ou da prancha longa (posição de Trendelenburg reversa) possa diminuir a PIC, a pressão de perfusão cerebral pode também ser prejudicada, especialmente se a cabeça for elevada em mais de 30°.

O hospital de destino deve ser comunicado, o mais rápido possível, para que os recursos necessários já estejam disponibilizados no momento da chegada do doente. A comunicação por rádio ou telefone deve incluir informações sobre o mecanismo de trauma, o escore na Escala de Coma de Glasgow inicial, sinais vitais, outras lesões de

gravidade e a resposta ao tratamento inicial adotado.



ESCALA DE COMA DE GLASGOW

OLHOS AO	Abertos	Espontaneamente	4
		Ao comando verbal	3
		A dor	2
	Sem resposta	1	
MELHOR RESPOSTA MOTORA MRM	Ao comando verbal	Obedece	6
		Localiza a dor	5
	Aos estímulos dolorosos	Flexão - Sem localizar	4
		Flexão anormal (decorticação)	3
		Extensão (descerebração)	2
		Sem resposta	1
MELHOR RESPOSTA VERBAL MRV	RESPOSTA	Orientado e conversando	5
		Desorientado e conversando	4
		Palavras inapropriadas	3
		Sons inapropriados	2
		Sem resposta	1
TOTAL 3-15			

A Escala de Coma de Glasgow, é baseada na abertura dos olhos(AO), na melhor resposta motora(MRM) e melhor resposta verbal(MRV), é uma escala prática para se avaliar a evolução do nível de consciência do paciente, sendo mais utilizada no trauma. Cada resposta do paciente é relacionada um número que somados irão nos mostrar o nível em que o paciente está naquele momento.

Trauma raquimedular

Uma possível lesão traumática da coluna vertebral com ou sem a presença de déficits neurológicos deve ser procurada e excluída em doentes vítimas de trauma multissistêmico. O médico e os outros profissionais de saúde que atendem doentes vítimas de trauma de coluna, devem estar atentos aos riscos implícitos à excessiva manipulação e a imobilização inadequada. Desde que a coluna do doente esteja

devidamente protegida, o exame da coluna e a exclusão de traumas podem e devem ser postergados sem riscos.

Portanto, é obrigação dos médicos e outros profissionais de saúde garantir a imobilização da coluna cervical. A responsabilidade pela retirada da imobilização deve ser feita em Unidades de Saúde e Hospitais, após a avaliação primária e secundária, garantindo que não existem outros riscos antes da retirada dos dispositivos de proteção da coluna. Em casos de impossibilidades de retirada do colar cervical e da prancha, estes pacientes deverão ser mantido semi mobilizados.

Os mecanismos de lesão podem auxiliar a determinar a necessidade de imobilização da coluna. O ponto-chave é lançar mão de boas práticas clínicas para fazer a avaliação e, em caso de dúvida, imobilizar.

No caso de pacientes que tenham sofrido lesões penetrantes, como ferimentos com armas de fogo ou arma branca, deve-se suspeitar de mecanismo de lesão preocupante quando houver queixas, sintomas ou achados neurológicos, como dormência, formigamento, perda da função motora ou sensitiva, ou ainda perda da consciência. Se não houver queixas ou achados neurológicos, a coluna não precisa ser imobilizada (embora o uso de prancha longa ainda seja recomendado para o transporte). Algumas condições no trauma contuso apontam para a necessidade de imobilização espinhal:

1. Alteração no nível de consciência (escore na Escala de Coma de Glasgow < do que 15), incluindo:

- Reações de estresse agudo (REA) são respostas temporárias do sistema nervoso autônomo. REA simpática é a resposta “fugir ou lutar”, quando as funções do corpo aumentam e a dor fica mascarada. REA parassimpática retarda as funções do organismo e pode resultar em síncope. Se os sinais de REA simpática estão presentes, o doente é considerado não confiável para obtenção de informações.

- Lesão craniocéfálica pode envolver perda temporária de consciência e exige que o doente seja tratado como portador de lesão raquimedular. Em alguns casos, o comportamento agressivo e não-cooperativo pode ser o único sinal de lesão.

▪ Estado Mental Anormal (EMA). Pacientes com estado mental anormal incluem doentes psiquiátricos, portadores de Alzheimer ou doentes com EMA causado por trauma. Eles devem ser completamente imobilizados.

2. Dor ou sensibilidade na coluna. Incluem-se aí dor associada ou não ao movimento, sensibilidade em um ponto, deformidade e posição de defesa para evitar dor na região da coluna.

3. Déficit ou sintoma neurológico. Sinais neurológicos incluem paralisia bilateral, paralisia parcial, paresia (fraqueza), dormência, formigamento ou cócegas, e déficit neurológico espinhal abaixo do nível de lesão. Em homens, uma ereção contínua do pênis, chamada priapismo, pode ser uma indicação adicional de lesão da medula.

4. Deformação anatômica da coluna. Inclui qualquer deformidade perceptível através de exame físico do paciente.

A ausência destes sinais não exclui, porém, a possibilidade de lesão da coluna (Quadro).

No caso de pacientes com mecanismos de lesão preocupantes e ausência de condições relacionadas, o socorrista deve considerar a confiabilidade do paciente. Pacientes confiáveis são calmos, cooperativos e sóbrios. Pacientes não confiáveis incluem:

- Embriaguez. Pacientes sob influência de drogas ou álcool devem ser imobilizados e tratados como portadores de lesão raquimedular até que estejam calmos, cooperativos e sóbrios.

- Lesões que desviam a atenção. São lesões muito dolorosas ou com sangramento intenso que podem impedir o doente de dar respostas confiáveis durante a avaliação. Exemplos dessas lesões incluem a fratura de fêmur ou queimaduras profundas e extensas.

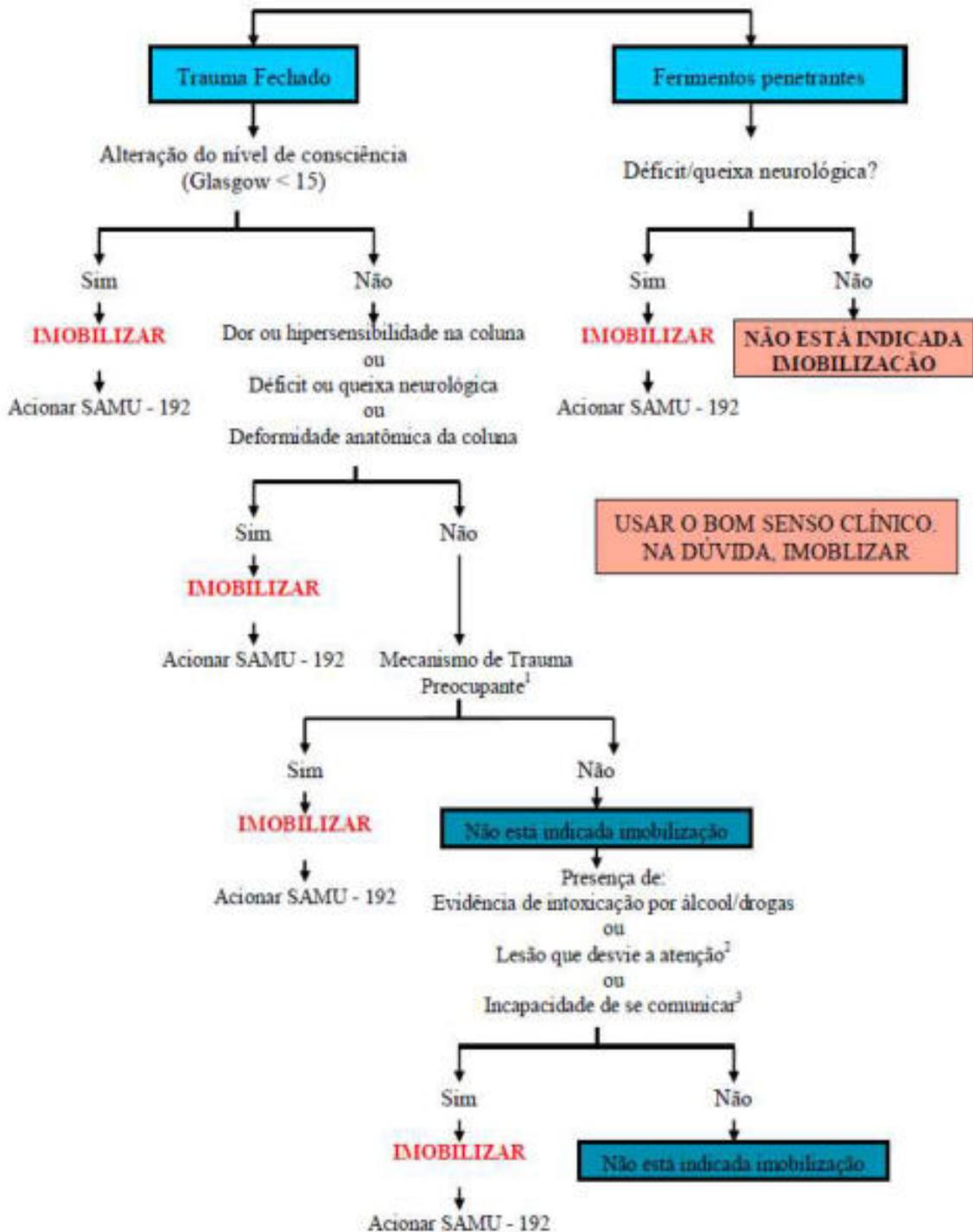
- Barreiras de comunicação. Problemas que podem advir de barreiras de língua, surdez, pouca idade ou qualquer outro impedimento á comunicação.

A confiabilidade do doente deve ser continuamente verificada em todas as fases de uma avaliação. Se em qualquer momento o doente exibir os sinais ou sintomas que foram mencionados, deve-se supor que o doente tenha lesão raquimedular e devem ser implementadas técnicas de atendimento e imobilização completa.

Sinais e Sintomas de Lesão de Coluna

Dor no pescoço ou nas costas
Dor ao mexer o pescoço ou as costas
Dor à palpação da região posterior do pescoço ou da linha média das costas
Deformidade da coluna
Defesa ou contratura da musculatura do pescoço ou das costas
Paralisia, parestesia, adormecimento ou formigamento nas pernas ou nos braços, em qualquer momento após o incidente
Sinais e sintomas de choque neurogênico
Priapismo (no sexo masculino)

INDICAÇÕES DE IMOBILIZAÇÃO DE COLUNA



Mecanismo de Trauma Preocupante

- Qualquer mecanismo com impacto violento de cabeça, pescoço, tronco ou bacia (por exemplo, colisões automobilísticas em velocidade moderada ou alta, envolvimento em explosão, etc.).
 - Qualquer queda, especialmente no idoso
 - Ejeção ou queda de qualquer meio de transporte motorizado ou de propulsão humana (por exemplo, skate, bicicleta, automóvel, motocicleta ou veículos de recreação).
 - Vítima de incidente de mergulho em água rasa

Lesão que Desvie a Atenção

Qualquer lesão que possa alterar a capacidade do doente de prestar atenção em outras lesões. Exemplos de lesões que podem desviar a atenção: a) fratura de ossos longos; b) lesão visceral que necessite de avaliação cirúrgica; c) laceração extensa, desenlramento ou esmagamento; d) queimaduras extensas, ou e) qualquer outra lesão que provoque alteração funcional aguda.

Incapacidade de se comunicar. Qualquer paciente que, por razões não especificadas acima, não seja capaz de se comunicar com clareza, de modo a participar ativamente da sua avaliação. Exemplos: distúrbio da fala ou da audição, os que falam apenas língua estrangeira e crianças pequenas.

Trauma músculo esquelético - Imobilização

Bases para o Tratamento

O socorrista deve seguir as seguintes prioridades sempre que estiver tratando um paciente com trauma de extremidades:

1. Tratar todas as condições que põem em risco a vida.
2. Tratar todas as condições que põem em risco os membros.
3. Tratar todas as outras condições (se o tempo permitir).

Seguir estas prioridades não implica que as lesões de extremidades devem ser ignoradas ou que extremidades traumatizadas não devam ser protegidas de danos

adicionais. Isto significa que em pacientes com trauma multissistêmico com lesões nas extremidades que não apresentam risco de morte, cuidados básicos devem ser aplicados para tratar as lesões de extremidades. Isto permite que o socorrista focalize a sua atenção naquelas lesões que diretamente ameacem a vida do paciente. A maneira mais fácil e rápida de efetuar o cuidado básico das lesões de extremidade é imobilizar corretamente o paciente numa prancha longa.

O socorrista precisa priorizar as lesões graves dos pacientes com riscos de morte além do trauma de extremidade. Isto permitirá a intervenção essencial para salvar uma vida quando e onde for mais benéfico ao paciente. Isto pode significar abreviar o tratamento das lesões específicas de extremidades para que a atenção possa permanecer nas condições que apresentam risco de morte ao paciente.

Pacientes com trauma de extremidades (hemorragia) com risco de morte, mas que não apresentam outros problemas críticos, devem ser identificados durante a avaliação primária. Estes pacientes devem sofrer intervenções apropriadas, incluindo o tratamento inicial do choque e o transporte rápido para um hospital, onde melhor possam ser atendidos. Em pacientes sem lesões ou condições de risco de morte, trauma de extremidades pode ser identificado e tratado durante o exame secundário.

Se uma extremidade estiver sob estresse acima do normal por causa da posição do paciente ou da angulação patológica, o socorrista deve tentar alinhar a extremidade, o que significa mover a extremidade de volta a uma posição anatômica normal. Ter a extremidade novamente em posição normal facilita a imobilização e melhora a circulação.

Uma extremidade traumatizada deverá ser manipulada o menos possível. O objetivo primário da imobilização é evitar o movimento do membro. Isto ajuda a diminuir a dor do paciente e evita maiores danos nos tecidos moles e hemorragia. Para isso, o local traumatizado deve ser apoiado manualmente enquanto a articulação e o osso acima (proximal) e a articulação e osso abaixo (distal) do local da lesão são imobilizados.

Em caso de suspeita de fraturas, o tratamento inclui as seguintes etapas:

1. Estancar qualquer sangramento e tratar o paciente em choque.
2. Avaliar a função neurovascular distal.
3. Apoiar a área traumatizada.
4. Imobilizar a extremidade traumatizada, incluindo a articulação acima e a articulação abaixo do local da lesão.
5. Reavaliar a extremidade traumatizada depois de imobilizada á procura de alterações da função neurovascular distal.

Três detalhes são importantes de se lembrar quando se realiza qualquer tipo de imobilização:

1. Acolchoe os dispositivos rígidos para ajudar no ajuste das formas anatômicas e para aumentar o conforto do paciente.
2. Remova joias e relógios para que não bloqueiem a circulação quando ocorrer edema adicional.
3. Avalie as funções neurovasculares distais ao local da lesão antes e depois de aplicar qualquer imobilização, e periodicamente, durante o período de observação do paciente.

Imobilização do Politraumatizado

A imobilização no politraumatizado é de fundamental importância, pois evita o agravamento das lesões e inicia o tratamento de algumas delas, alivia a dor e restabelece perfusão em fraturas de extremidades.

A imobilização deve ser realizada precocemente no ambiente pré hospitalar e intra hospitalar. Consiste na imobilização da coluna cervical e extremidades.

A coluna cervical deve ser protegida até que a lesão de coluna tenha sido descartada. Para garantir uma imobilização adequada, o paciente deve ser mantido em posição supina com o eixo da coluna alinhada. É sempre obrigatório o uso de colar cervical e nos casos de suspeita de lesões além do uso do colar, utilizar prancha longa, e atadura para evitar qualquer movimento de rotação da cabeça ou do tronco. Em crianças pequenas que apresentam a região occipital do crânio desproporcionalmente

grande, necessitam de enchimento para elevar os ombros e o tronco com o objetivo de manter o alinhamento vertebral ao serem colocados em superfície plana. Em crianças que se apresentam com rotação lateral do pescoço, não deve ser realizado o alinhamento e devem ser mantidas na posição em que foram encontradas.

Está indicada as medidas de imobilização em todos os pacientes com trauma aberto ou fechado que possa levar a lesão medular, o mecanismo de trauma, a sintomatologia e o exame físico devem ser realizados sistematicamente; deve-se interrogar sob presença de dor sob a região da coluna e pesquisar sinais e sintomas neurológicos.

O erro mais comum na imobilização da coluna é assegurar a imobilização de cabeça e não do dorso, para evitar esta ocorrência os pacientes devem ser transportados em prancha longa com 4 pessoas participando do rolamento. Outro erro grave é a inadequada imobilização da coluna cervical durante intubação orotraqueal, para isso deve se utilizar duas pessoas na intubação, um fixando a coluna em posição neutra e outro procedendo a intubação orotraqueal. As complicações da imobilização de coluna cervical é a aspiração bronco pulmonar (pois estão restritos e não podem manter as vias aéreas livres), podem ainda provocar dor e até escaras de decúbito, portanto os pacientes devem ser removidos ou colocados sob superfícies acolchoadas o mais rápido possível após avaliação do traumatismo raquimedular.

O rolamento do paciente em bloco deve ser realizado durante o exame da superfície dorsal do paciente e para retirá-lo da prancha longa. Deve ser realizado por quatro pessoas. Três fazem o rolamento em bloco fixo da cabeça e pescoço; o tronco, a pelve e extremidades. O quarto elemento coordena o processo sendo responsável por retirar a prancha longa e examinar o dorso.

A retirada do paciente da prancha longa somente deve ser realizado após excluída lesão raquimedular. A remoção deve ser conduzida por quatro pessoas mantendo a coluna alinhada como um todo e evitando qualquer arqueamento da coluna.

Todos cuidados devem ser tomados para evitar lesão no processo de rolamento e remoção da prancha longa.

A imobilização das extremidades devem ser realizadas, sempre que possível, após a estabilização dos pacientes. Em vítimas graves e instáveis não se deve deixar de realizar a imobilização quando várias pessoas estão prestando atendimento.

O objetivo da imobilização nas lesões de extremidades é promover o alinhamento das extremidades o mais próximo possível da posição anatômica e a prevenção da movimentação do local de fratura. O atendimento inicial não deve ter objetivo de reduzir fraturas.

O alinhamento é obtido com uso de tração e imobilização através do uso de talas, travesseiros, aparelhos gessados, faixas e mecanismos de tração contínua.

As luxações articulares frequentemente exigem imobilização na posição em que foram encontradas e fraturas expostas não necessitam ser reduzidas, pois necessitam de tratamento cirúrgico obrigatoriamente.

Antes da colocação das talas deve-se avaliar a condição neurovascular do membro afetado. A imobilização deve incluir as articulações acima e abaixo da fratura. Após a imobilização, o estado neurovascular deve ser reavaliado.

Outros aspectos importantes sob a imobilização são as seguintes: cobrir com gaze estéril qualquer ferimento aberto, aplicar alguma forma de acolchoamento sobre as protuberâncias ósseas. Não se deve esquecer de sempre documentar as condições neurovasculares da extremidade e realizar a profilaxia antitetânica.

Os erros graves provocados pelas técnicas inadequadas de imobilizações são as lesões neurovasculares e síndrome compartimental promovida por talas gessadas muito apertadas.

As fraturas de fêmur podem ser imobilizadas temporariamente com talas de tração. A força de tração exercida pelo dispositivo é aplicada distalmente, ao nível do tornozelo, ou na superfície da pele. Na sua porção proximal, a tala é empurrada contra a coxa e o quadril por meio de um anel que se apoia nas nádegas, no períneo e na virilha. Uma tração excessiva pode provocar lesão da pele do pé, do tornozelo ou do períneo. O estiramento dos nervos periféricos pode resultar em comprometimento neurovascular. As fraturas de quadril podem ser imobilizadas de maneira semelhante com um dispositivo de tração, mas é mais convenientes que sejam imobilizadas por

meio de tração na pele ou em uma bota de tração feita de espuma, posicionando o joelho em ligeira flexão. Uma forma simples de imobilizar um membro inferior é enfaixando-o ao membro contralateral.

Para garantir a estabilidade e oferecer conforto ao doente, podem ser usados dispositivos de imobilização de joelho disponível no comércio ou talas ou aparelhos gessados longos. A perna não deve ser imobilizada em extensão completa, mas permanecer em flexão de 10 graus aproximadamente, a fim diminuir o estiramento das estruturas neurovasculares.

As fraturas da tíbia são imobilizadas, de forma adequada, por meio de talas em forma de goteira, longas e bem acolchoadas, feitas com papelão ou metal. Caso prontamente disponíveis, podem ser usados aparelhos gessados, de modo a imobilizar a perna, o joelho e o tornozelo.

As fraturas de tornozelo podem ser imobilizadas com uso de talas de papelão ou outras, desde que acolchoadas para evitar seja exercida pressão sobre as proeminências ósseas.

A mão pode ser imobilizada temporariamente em posição anatômica e funcional com o punho em ligeira flexão dorsal e os dedos gentilmente fletidos, em 45°, a nível das articulações metacarpo-falangianas. Usualmente, essa posição pode ser obtida através da imobilização delicada da mão sobre um rolo grande de gaze, utilizando-se uma pequena tala de antebraço.

O antebraço e o punho são imobilizados estendidos sobre talas acolchoadas. O cotovelo é imobilizado em posição fletida, utilizando-se talas acolchoadas ou imobilizando-o contra o corpo, por meio de uma tipoia e de bandagens. O braço costuma ser imobilizado apoiado contra o corpo ou utilizando-se tipoia ou faixas que podem ser ampliadas com uma bandagem toraco-abdominal. Lesões do ombro são tratadas com tipoia ou faixas ou por um curativo feito à moda de Velpeau.

Tratamento da dor

O controle pré-hospitalar da dor frequentemente não é conseguido; entretanto,

o socorrista pode tentar obter o alívio da dor. Analgésicos são recomendados para lesões de articulações e de membros, mas não são incentivados em pacientes com trauma multissistêmico. Antes de administrar o medicamento para dor, o socorrista deve tentar diminuir a dor realizando em primeiro lugar o atendimento básico. Uma vez que a fratura ou luxação esteja estabilizada e imobilizada, o paciente deve sentir uma grande redução da dor. A estabilização da extremidade afetada diminui o movimento, o que reduz o desconforto. Se o paciente não estiver com muita dor devido a lesões significativas, deve-se procurar por sinais de uso de álcool ou de drogas.

Medicamentos para dor devem ser usados com cautela e de acordo com a tolerância do paciente. As circunstâncias em que analgésicos não devem ser administrados incluem: quando o paciente apresenta ou desenvolve sinais ou sintomas de choque; quando a dor é significativamente aliviada com estabilização e imobilização, ou quando o paciente parece estar sob a influência de drogas e/ou álcool. Medicação não deve ser administrada sem conhecer as complicações potenciais. Quando necessário dar preferência as medicações por via endovenosa.

7.6.23. Abdome agudo

Define-se abdome agudo como uma situação clínica mórbida, inesperada e de instalação súbita em que a dor abdominal é o sintoma mais presente e predominante. Seu tratamento, cirúrgico ou não, requer decisão rápida, assim que o diagnóstico seja estabelecido. O amplo mosaico de doenças que podem ocasionar um quadro abdominal agudo abrange desde as mais corriqueiras, como a apendicite aguda e úlcera perforada, A cavidade abdominal comporta vários órgãos de diferentes sistemas, e a sintomatologia do abdome agudo pode decorrer de alguma doença em qualquer uma de suas vísceras. Tamanha diversidade transforma o abdome numa autêntica “caixa de surpresas”, expressão antiga que permanece atual, não obstante a fantástica

evolução dos métodos de diagnóstico por imagem. Embora o quadro clínico do abdome agudo se apresente com alguns sinais e sintomas (dor, febre e vômitos), comuns a diversas doenças, outros (massa pulsátil, vômitos fecalóides) praticamente são específicos de determinada etiologia. Para facilitar o encaminhamento diagnóstico, é mais simples tentar enquadrá-lo em alguma das quatro grandes síndromes abdominais agudas perforativa, obstrutiva, inflamatória e vascular.

Tal classificação é útil para entender a fisiopatologia e o quadro clínico do abdome agudo a partir de uma determinada doença, mas, na prática, com muita frequência, essas síndromes se misturam durante a evolução do quadro. Para que elas tivessem um curso absolutamente separado, seria necessária uma situação hipotética na qual o diagnóstico e o tratamento fossem realizados de imediato, tão logo a doença abdominal aguda se manifestasse. Mas, como isso raramente acontece, por ocasião da intervenção já existem vários fenômenos ocorrendo ao mesmo tempo, ainda que as características de uma síndrome prevaleça sobre a outra. Apenas para citar alguns exemplos, é o caso das úlceras gastroduodenais perfuradas nas quais a peritonite química inicial evolui para o tipo bacteriano; os acidentes vasculares mesentéricos, cuja necrose pode resultar em perfuração; as obstruções intestinais em alça fechada que perfuram ou aquelas que progridem para a isquemia intestinal e necrose; a apendicite aguda com abscesso localizado causando obstrução intestinal.

Além desses quatro grandes grupos, existem outras doenças abdominais agudas que não se enquadrariam em nenhum deles. É o caso das torções de vísceras maciças, dos grandes cistos ovarianos que sangram ou rompem, da prenhez tubária rota e seu característico quadro de anemia aguda.

A complexidade dessa entidade é tal que abordá-la de forma metódica, meticulosa e objetiva é fundamental para um diagnóstico mais preciso. A história minuciosa e o exame físico completo continuam sendo os pontos mais importantes; todo e qualquer detalhe deve ser valorizado já que pode representar a grande diferença entre o erro e o acerto. Vale lembrar que os exames complementares, além de ajudarem a esclarecer o diagnóstico, servem para compor o quadro clínico como um todo e auxiliarem, quando for o caso, a definir o melhor momento operatório e a

abordagem cirúrgica mais adequada.

O diagnóstico precoce é muito importante, mas não deve ser precipitado por conclusões rápidas e superficiais capazes de aumentar a margem de erro. Quando não for possível estabelecê-lo, é boa norma que o exame físico seja repetido periodicamente, de preferência pelo mesmo médico, para comparar os achados e identificar outros não percebidos ou inexistentes nas avaliações anteriores.

Abdome agudo perfurativo

A perfuração gastrointestinal para peritônio livre é uma das causas frequentes de cirurgia abdominal de urgência e pode ocorrer como consequência de várias doenças do sistema digestivo, sendo a mais comum a úlcera péptica. Pode ser secundária a outros processos de natureza inflamatória ou neoplásica, assim como à evolução de outros estados mórbidos fora do sistema digestivo, como nos queimados, nos traumas crânio-encefálicos e nos pacientes gravemente enfermos. A ingestão de corpos estranhos e de alguns medicamentos, como corticosteroides, aspirinas e anti-inflamatórios, é causa mais comum de perfuração, no nosso meio.

O quadro clínico é caracterizado por dor abdominal de início súbito de forte intensidade. O exame físico geralmente mostra sinais de irritação peritoneal.

Abdome agudo obstrutivo

Qualquer obstáculo que impeça de alguma maneira a progressão natural do conteúdo intestinal caracteriza uma obstrução intestinal do tipo mecânica. É uma condição abdominal aguda frequente e se desenvolve como complicação de diversas doenças intraperitoneais, cuja mortalidade operatória depende de vários fatores, dentre os quais merecem destaque a causa da obstrução, a demora no diagnóstico e as condições gerais do paciente ao ser operado. Ela pode ocorrer em diferentes níveis do intestino, determinando um conjunto de manifestações comuns aos diversos tipos e outras, mais específicas, que influem no tratamento e na evolução.

Todos esses pacientes apresentam distúrbios hidroeletrolíticos e metabólicos

mais ou menos intensos de acordo com o tempo decorrido. Assim, mesmo com a indicação cirúrgica formalizada, a operação só deverá ser realizada após tomadas as diversas medidas de reposição de líquidos e suporte necessárias para equilibrar o paciente da melhor forma possível.

As obstruções intestinais podem ser divididas em altas ou baixas, mas preferimos classificá-las em obstruções do intestino delgado e grosso.

O quadro clínico é caracterizado pela presença de: dor em forma de cólica, vômitos, distensão abdominal e parada na eliminação de flatos e fezes. No exame físico observa-se distensão abdominal, RHA aumentados e ou metálicos, dor abdominal difusa.

Abdome agudo inflamatório

Dentre as quatro grandes síndromes de abdome agudo, a de origem inflamatória é a mais frequente, se considerarmos as diversas vísceras que podem estar comprometidas no processo.

O início de um quadro clínico de abdome agudo inflamatório pode ser decorrente da obstrução mecânica de vísceras ocas anatomicamente normais, como o apêndice cecal, vesícula biliar e vias biliares, para citarmos as mais frequentes, assim como de algumas outras vísceras ocas que apresentem alterações anatômicas congênitas ou adquiridas, tais como divertículos do cólon, do intestino delgado, do mesentério e tubas uterinas. Processos inflamatórios do parênquima ou da própria parede visceral, como nas pancreatites, reto colite ulcerativa, doença de Crohn, também devem ser mencionados.

A fisiopatologia dos processos inflamatórios secundários às obstruções mecânicas da luz do órgão é aparentemente simples. Com o obstáculo ocorre estase no segmento situado acima da obstrução, originando assim diversos fenômenos inflamatórios e criando condições para a proliferação bacteriana. A tendência é progredir para a infecção franca, com comprometimento da vascularização do órgão e agravamento do quadro, se não houver tratamento, clínico ou cirúrgico, adequado e em

tempo hábil.

O quadro clínico dos pacientes com abdome agudo inflamatório em geral cursa com sinais e sintomas comuns. A dor é bem localizada, embora, algumas vezes, a referência inicial seja distante do foco, como pode acontecer com a dor epigástrica da apendicite. Náuseas, vômitos, febre e alterações do trânsito intestinal também são sintomas gerais, com eventuais características próprias de certas doenças, como a diarreia muco Píio sanguinolenta da reto colite ulcerativa.

O exame do abdome deve mostrar sinais de irritação peritoneal localizada ou mesmo difusa, dependendo do comprometimento da cavidade abdominal. A presença de massas à palpação é achado relativamente frequente, sobretudo nas cole cistites, apendicites e diverticulites do cólon esquerdo, e traduzem a grande capacidade do peritônio em reagir a esse tipo de agressão na tentativa de bloquear a víscera inflamada e preservar o restantes da cavidade. Nesse sentido, é possível observar, em alguns pacientes, bloqueios intensos, formados por omento e vísceras vizinhas, auto limitando a doença. É bom lembrar que, nos pacientes idosos e nos imuno deprimidos, esse tipo de resposta é menos frequente, resultando daí os casos de peritonite disseminada e diagnostico mais difíceis.

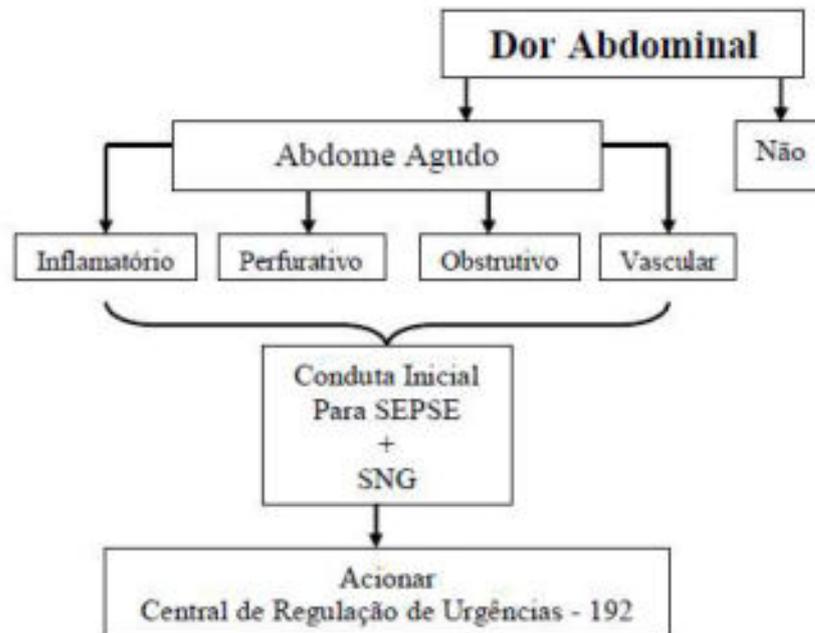
Abdome agudo vascular

A insuficiência vascular intestinal aguda é causa de infarto intestinal, emergência gravíssima que representa uma verdadeira catástrofe abdominal, pela elevada mortalidade que ainda acarreta, não obstante a melhor compreensão da doença e de seus efeitos. As maiores facilidades diagnósticas e terapêuticas hoje existentes para tratar pacientes graves não têm impedido a alta letalidade dessa doença, felizmente pouco frequente, de tal modo que séries com mortalidade operatória próxima dos 50% podem ser consideradas satisfatórias, face às circunstâncias que cercam tais quadros. O mais usual é a mortalidade ultrapassar os 80% dos casos, como ocorreu com um grupo de pacientes, todos com mais de 60 anos, operados em nosso hospital. Do

mesmo modo, a morbidade também é elevada, pois muitos dos pacientes que sobrevivem ao tratamento cirúrgico são obrigados a conviver com as consequências da síndrome do intestino curto resultante das habituais ressecções intestinais maciças.

O diagnóstico precoce é fundamental para o sucesso no tratamento, e as providências adequadas devem ser adotadas num período máximo de 8 horas antes que se estabeleçam os efeitos irreversíveis da isquemia intestinal. O quadro inicial é de um paciente com potenciais focos de obstrução vascular (arritmias cardíacas) e sinais e sintomas prévios de doença aterosclerótica. A dor abdominal geralmente aparece de início súbito e referida como de forte intensidade com evolução, nas fases mais avançada rapidamente em horas, para choque séptico.

A abordagem inicial de todo paciente com abdome agudo segue basicamente os mesmos princípios dos pacientes em sepse.



A chave para obtenção de melhores resultados nos quadros sépticos, estão no reconhecimento precoce e início das medidas terapêuticas iniciais, o mais rápido possível.

A sepse é considerada hoje uma das principais condições limitantes para o sucesso de terapias e conta com ampla variedade de doenças, notadamente aquelas que cursam com imunodepressão. Apesar dos grandes avanços nas terapias de suporte vital e na antibioticoterapia, a sepse permanece com taxas elevadas de morbidade e mortalidade.

Por ser uma doença de elevada letalidade e com grande potencial de morbidade, a sepse deve ser diagnosticada e tratada o mais precocemente possível. O diagnóstico baseia-se no alto grau de suspeita clínica frente a situações propícias, onde o risco de desenvolvimento de sepse é grande. Os fatores de risco para desenvolvimento de sepse são: internação prévia em UTI; uso de antimicrobianos de amplo espectro; imunossupressão; procedimentos invasivos; utilização de próteses; queimaduras; traumas; idade avançada ou prematuridade extrema; câncer; Aids; hipotensão arterial sistólica; neutropenia e plaquetopenia.

Pacientes que apresentem quadro de SIRS (vide tabela) devem ser rapidamente investigados inicialmente para localizar a origem da infecção, através de minucioso histórico e exame físico e a seguir, coleta de culturas de sangue e outros materiais suspeitos e realização de exames de imagem para localizar o foco de infecção. Esses procedimentos devem ser realizados somente se as condições clínicas forem estáveis, após a ressuscitação inicial. A coleta de culturas, se possível, é feita antes da introdução do esquema antimicrobiano. Entretanto, a introdução de antibióticos deve ser rápida, não excedendo as primeiras horas do diagnóstico e sempre acompanhada de medidas de suporte vital, visando evitar deterioração do quadro clínico do paciente.

Uma vez feito o diagnóstico sindrômico da sepse, é necessário aplicar medidas de ressuscitação e suporte vital. A hipotensão arterial sistêmica e sinais de hipo perfusão tecidual tem que ser tratada vigorosamente, através da reposição volêmica.

As primeiras seis horas de ressuscitação são essenciais para o sucesso terapêutico final. É nesse período que se introduz a antibioticoterapia e é iniciado o tratamento da hipotensão arterial e hipoperfusão tecidual. Não se deve aguardar a transferência para a UTI ou a colocação de acesso venoso central para iniciar as medidas de ressuscitação, mesmo que para isso sejam utilizados acessos venosos

periféricos.

Neste período inicial devem ser tomadas medidas agressivas visando o controle do foco infeccioso, como por exemplo a drenagem de abscesso, desbridamento de tecidos necrosados e remoção de dispositivos infectados.

A reposição volêmica é iniciada com infusão rápida de solução salina a 0,9%, na dose mínima de 20ml/kg. A quantidade total de salina nessa fase pode chegará a 50ml/kg ou mais.

Os pacientes que não respondem à reposição volêmica ou que apresentem hipotensão arterial profunda, que ameaça a vida, devem receber vasopressores, como a dopamina ou a noradrenalina. O objetivo é manter a pressão arterial média (PAM) acima de 65 mmHg.

A dopamina é a precursora da noradrenalina e requer metabolização para sua transformação. Seu efeito é dose-dependente, mas à medida que as doses crescem, aumenta o risco de taquiarritmias cardíacas. É utilizada nas doses de 1 a 20 µg/kg/min.

A introdução de vasopressores deve ser precoce, principalmente nos casos onde a hipotensão ameaça a vida do paciente. Em não havendo melhora dos níveis pressóricos decorridos cerca de 30 a 45 minutos após o início da reposição volêmica, introduz-se vasopressor em doses escalonadas, visando obter uma PAM maior que 65 mmHg.

Uma vez completada a abordagem inicial, e tendo sido alcançada estabilidade hemodinâmica, introduz-se uma série de medidas de manutenção que contribuem de maneira expressiva para a sobrevivência dos pacientes sépticos e que serão descritas a seguir.

Controle glicêmico associado ao suporte nutricional.

Corticosteroides em baixas doses em pacientes não responsivos à drogas vasoativas.

Outras medidas, como diálise, profilaxia de trombose venosa profunda, ventilação mecânica protetora, profilaxia de sangramentos gastrointestinais, analgesia e sedação, devem ser aplicadas rotineiramente nos pacientes sépticos.

Sepse Definições:

Bacteremia Presença de bactérias viáveis no sangue	
Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS):	Resposta clínica grave a uma série de condições, caracterizada por dois ou mais itens abaixo: <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura > 38,5°C ou <35,0°C • Frequência cardíaca > 90 b.p.m. • Frequência respiratória > 20 r.p.m./min. ou PaCO₂ < 32mmHg ou necessidade de ventilação mecânica • Leucocitose > 12.000 céls./mm³ ou < 4.000céls./mm³ ou > 10% de bastonetes
Sepse:	SIRS decorrente de infecção sistêmica grave. Caracteriza-se pelos mesmos critérios acima descritos para SIRS
Sepse Grave:	Sepse com pelo menos um sinal de hipoperfusão ou disfunção orgânica: <ul style="list-style-type: none"> • Hipoperfusão cutânea ou livedoreticular • Enchimento capilar periférico lento (≥3s) • Diurese <0,5 ml/kg/h por pelo menos 1h ou necessidade de diálise • Lactato > 2mmol/l • Alteração do nível de consciência • Plaquetopenia (< 100.000 / mm³) ou CIVD • Lesão pulmonar aguda – desconforto respiratório agudo (SARA) • Disfunção cardíaca no ecocardiograma

Choque Séptico:	<p>Sepse grave com:</p> <ul style="list-style-type: none">• PAM < 60 mmhg (ou < 80 mmhg para hipertensos) após reposição volêmica adequada (20 a 30 ml/kg de amido ou 40 a 60 ml/kg de SF 0,9% ou Ringer)• Necessidade de drogas vasoativas para manter a PAM > 60 mmHg ou 80 mmHg para hipertensos (Dopamina > 5 µg/kg/min ou noradrenalina ou adrenalina até 0,25 µg/kg/min) <p>Refratário: maior necessidade de drogas vasoativas para manter a PAM > 60 mmHg ou 80 mmHg para hipertensos (dopamina > 15 µg/kg/min ou noradrenalina ou adrenalina > 0,25 µg/kg/min)</p>
------------------------	--

7.6.24. Transporte do paciente crítico.

Introdução

- A decisão de transportar um paciente crítico deve ser baseada na avaliação dos potenciais benefícios, contra os riscos. A razão para o transporte do paciente crítico é a necessidade de cuidados adicionais (tecnologias e/ou especialistas).
 - O transporte pode ser intra ou inter-hospitalar
 - O transporte intra-hospitalar é necessário, para a realização de testes diagnósticos (TC, RM, angiografia, etc.), intervenções terapêuticas CC ou UTI.
 - O transporte inter-hospitalar é realizado sempre que necessite maiores recursos diagnósticos, humanos, terapêutico, não presente no hospital ou Unidade de Saúde de origem.
 - O transporte do paciente crítico envolve riscos a mais comum é a falha no controle das funções respiratória, hipertensão severa, arritmia e obstrução aérea.
 - Alguns riscos nem sempre podem ser evitadas e independe do tempo ou distâncias percorridas, resultado do movimento do paciente, mudança de decúbitos, interrupção da infusão venosa de amins vasoativas, perda de pressão nos cilindros de

oxigênio.

- Trabalhos demonstram uma mudança na conduta terapêutica em apenas 29 a 39% dos pacientes após exames, enquanto 68% tiveram alterações fisiológicas, por isso deve-se avaliar se os exames alterarão o resultado.
- Os riscos podem ser minimizados através do planejamento cuidadoso, qualificação do pessoal e seleção dos equipamentos, além da monitorização das funções vitais.
- Os pacientes com maior chance de deterioração do quadro são os com falência respiratória e baixa complacência pulmonar, que necessitem de PEEP.
- Não há consenso quanto à gravidade (alguns autores adotam o APACHE). Porém é comum considerar de maior risco aqueles que necessitem de PEEP>5 e em uso de DVA (Drogas Vasoativas).
- O principal fator determinante na qualidade dos cuidados durante o transporte é o treinamento e a eficiência da equipe de transporte.

Os passos a serem seguidos no transporte de pacientes críticos:

- Fase preparatória;
- Fase de transferência e
- Fase de estabilização pós-transporte

Fase preparatória (responsabilidade da Central de Regulação):

- Coordenação e comunicação pré-transporte: certificar que o local de destino esteja pronto
 - Equipe de transporte: mínimo de 2 pessoas – em pacientes instáveis (médico, enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem).
 - Equipamentos necessários ao transporte:
 - Tubo endotraqueal: fixada, aspirada vigorosamente antes do transporte.
 - Ambu conectado ao cilindro de oxigênio: Ambu de volume adequado, frequência igual ao do ventilador usado antes do transporte, volume de ar adequado à expansão e simétrica (6-8 ml/Kg). O principal erro são hiperventilação e alcalose

respiratória.

- O AMBU comumente fornece FiO₂ de 60%, com reservatório 85 a 100% com dispositivos capazes de ajuste de PEEP de até 15 cm H₂O. O transporte intra-hospitalar para pacientes ventilados mecanicamente e sem níveis elevados de PEEP são relativamente seguros
- Drogas: uma caixa de emergência acompanhando o paciente (adrenalina lidocaína, atropina, bicarbonato.). Deve-se antecipar a necessidade de medicações prescritas como sedação e bloqueadores musculares e possíveis complicações
- Monitores de transporte: eletrocardiografia, oximetria, capnógrafo, PA não invasiva. Carregar bateria
- Bomba de Infusão: deve ser levada no transporte de pacientes, fixada adequadamente e carregadas.
- Dreno de Tx: fixado adequadamente, não clampear (a não ser para posicionar na maca).
- Cateter venoso: fixado não tracionar pelo frasco de soro.
- Sonda: fixação, clampeá-lo por curtos períodos.
- É obrigatória a presença de equipamento de ressuscitação cardiopulmonar em pacientes graves.

Fase de transferência:

- O objetivo é manter a estabilidade através de monitorização continua semelhante às usadas em UTI e prevenir atrogenia.
- O nível mínimo de monitorização deve ser: eletrocardiografia, frequência cardíaca e respiratória, oximetria de pulso e Pressão arterial não invasiva.
- Esta é a fase mais negligenciada, pois o paciente fica fora dos tratamentos intensivos, difícil monitorização e equipamentos insuficientes.
- As intercorrências mais comuns são: deslocamento da cânula, perda do suprimento de oxigênio, mau funcionamento por falta de energia, bateria descarregada, perda de cateter venoso, etc. Durante a transferência de paciente do seu leito para

outro, ou seu retorno, é neste momento que ocorrem a maior parte da intercorrências.

Estabilização do paciente:

- O paciente crítico pode apresentar instabilidade ao longo do transporte permanecer com essas alterações após o final do processo. Deve-se considerar um período de meia à uma hora após o transporte como fase de extensão do mesmo.

7.6.25. Diarreia Aguda

Conceito

A Diarreia Aguda (DA) é uma alteração do hábito intestinal com diminuição da consistência das fezes, geralmente com aumento da frequência (três ou mais evacuações ao dia), aumento do volume fecal e com duração inferior a duas semanas.

Entretanto, no Departamento de Emergência (DE) geralmente considera-se que, mas de três episódios de fezes amolecidas no período de 24 horas pode ser considerada uma DA.

Epidemiologia

A Diarreia Aguda é uns dos principais problemas de saúde pública no mundo, principalmente em países subdesenvolvidos. Mais de um bilhões de pessoas sofrem de um ou mais de episódios de DA por ano. De acordo com dados da OMS, a DA é principal causa de mortalidade entre crianças menores de cinco anos de idade em países pobres, com cerca de três milhões de óbitos a cada ano e cerca de 10.000 mortos de crianças por dia nesta faixa etária.

Alimentos e água contaminados, juntamente com hábitos alimentares surgem diferentes não higiênicos, sobre tudo a falta de saneamento básico, são os principais responsáveis pela alta incidência da DA.

Fisiopatologia

Uma causa infecciosa é a principal etiologia de DA em pronto socorro, representa 90% dos casos, e a ingestão de água e alimentos contaminados com microrganismos patogênicos é a principal fonte de transmissão da doença, o patógeno é ingerido e coloniza o intestino. Entretanto, temos sistemas de defesas que precisam ser vencidos pelo germe: ácido gástricos, sistema imunológico (tecido linfoide associado à mucosa e elaboração de imunoglobulinas) e a mobilidade do trato gastrointestinal.

De forma geral, a diarreia ocorre devido a um aumento da secreção intestinal mediado por uma enterotoxina ou por lesão intestinal com diminuição da absorção, mediada por agressão direta pelo microrganismo ou por uma citotoxina.

Classificação da Diarreia Aguda

Por ser classificado tanto pelo mecanismo fisiopatológico, quanto pela localização anatômica do acometimento. Assim, denomina-se diarreia alta quando ela acomete predominantemente ou exclusivamente o intestino delgado; as fezes são volumosas, tem restos alimentares, odor pútrido e costuma se acompanhar de cólicas peri umbilicais.

Já a diarreia baixa a comete predominantemente ou exclusivamente o intestino grosso, usualmente o hemicólon esquerdo ou retossigmóide. As fezes caracteristicamente, são de pequeno volume, com alta frequência, acompanhadas de puxo, urgência, tenesmo, muco, pus e sangue. A patologia que pode ter ambas as características mistas como na doença de Crohn.

A classificação quanto ao mecanismo fisiopatológico pode ser dividida em:

Diarreia Osmótica

Ocorre quando material intraluminal hiperosmolar promove um movimento de água para dentro a luz intestinal. As principais causas são: deficiência de dissacaridase, insuficiência pancreática e ingestão de manitol, sorbitol ou lactulose.

A característica da diarreia osmótica é:

- Cessa com o jejum;
- O gap osmótico das fezes é elevado (maior que 125 mosm/Kg). O gap osmótico é calculado pela fórmula $290 - 2 [(Na^+) + (K)]$, onde 290 seriam a osmolaridade das fezes normalmente encontrada no intestino distal, pois este nível, haveria equilíbrio com a osmolaridade plasmática.

Diarreia Secretora

Nessa condição clínica os eletrólitos são secretados ativamente para o lúmen intestinal, principalmente o cloro, acompanhado de sódio (devido à produção de um gradiente eletroquímico) e de água (por osmose). O protótipo deste mecanismo é a diarreia por *Vibrio cholerae*. Por isso, essa forma de diarreia não cessa com o jejum.

Diarreia Inflamatória

Causado por dano a mucosa intestinal, o que leva a liberação de mediadores inflamatórios provocando exsudação de sangue, muco, leucócitos, má absorção e enteropatia perdedora de proteínas. Os mediadores inflamatórios também estimulam a secreção de eletrólitos e água, tendo um componente de diarreia secretora, embora menos importante.

No contexto de diarreia aguda as principais causas são infecciosas. Já em diarreias crônicas (mais de quatro semanas), as principais causas são doenças autoimunes (incluindo a doença inflamatória intestinal) radiação ou reações de hipersensibilidade.

As principais características são:

- Presença de eritrócitos e leucócitos (três ou mais leucócitos por campo de grande aumento);
- Persistência da diarreia com jejum.

Diarreia Motora

Ocorre devido a um aumento na mortalidade do trato gastrointestinal e mais frequentemente cursa como diarreia crônica.

A síndrome do intestino irritável é o protótipo (afeta 14% a 24% das mulheres e 5% a 19% dos homens) e apresenta um curso crônico recorrente.

Propedêutica Clínica e Laboratorial Diarreia Inflamatória X Não-Inflamatória

A diarreia aguda deve ser classificada em duas síndromes clínicas distintas: síndrome diarreica inflamatória ou não inflamatória. A partir desta divisão, pode-se definir a conduta clínica, estudos laboratoriais e decisão acerca da terapêutica.

No PRONTO ATENDIMENTO, a principal distinção é se a diarreia inflamatória ou não inflamatória já que isto deverá determinar a conduta terapêutica. A diarreia inflamatória usualmente é causada por um patógeno que poderá necessitar de antibióticos. A diarreia não inflamatória costuma apresentar-se com evacuações aquosas, sem sinais inflamatórios, ser auto limitada e necessita apenas de suporte clínico. A maioria dos pacientes com diarreia não-inflamatória terá a doença autolimitada, requer apenas terapêutica de suporte, sem uso de antibióticos. Em contraste, pacientes com diarreia aguda inflamatória podem beneficiar-se de antibióticos específicos.

A diarreia não inflamatória é caracterizada por fezes aquosas, volumosas (mais de 1L/dia), sem sangue, muco, pus. Não costuma surgir febre, mas pode ocorrer. Nesta síndrome a mucosa intestinal permanece com morfologia normal ou discretamente alterada. As fezes não terão leucócitos aumentados (menos quatro leucócitos por campo) e a pesquisa de sangue oculto costuma ser negativa.

Avaliação Inicial e Exame Físico

A história deve incluir informações precisas sobre o início do quadro, duração, gravidade, avaliar a presença ou ausência de febre, náuseas, vômitos, anorexia, dor

abdominal, sangue e pus nas fezes. Em alguns casos, náuseas e vômitos são mais intensos e graves que a própria diarreia. Nestes pacientes, deve-se suspeitar de etiologia viral ou intoxicação alimentar por toxinas bacterianas pré-formadas.

Deve-se tentar estabelecer se o quadro é inflamatório ou não inflamatório, e é importante a investigação epidemiológica (água, ovos, alimentos do mar, alimentos mal cozidos ou produtos lácteos não pasteurizados). História de diarreia em familiares ou pessoas em contato próximo, especialmente, se ingeriram alimentos em comum com o paciente, pode fornecer pistas diagnósticas importantes.

Característica Clínicas e Tratamento de Acordo com a Etiologia

Os micros organismos causadores de diarreia agudos são muitos amplos e serão discutidos aqueles mais encontrados na pratica clinica e nos principais estudos, sobre tudo, de países pobres.

Viral

Os vírus mais frequente são: Rotavirus e Norwalk. A transmissão e por via fecal-oral, mais surtos oriundos de água e alimentos também são comuns. Astrovirus e Picornavirus são causados comuns de diarreia em paciente com HIV.

Os vírus destorcem as células abortivas do micros vírus do intestino delgado, diminuindo a absorção de água eletrólitos.

Causa má absorção transitória de açucares e gordura (leite e derivados).

Bactérias Invasivas

Shingella sp

O período de incubação é de um a dois dias e a transmissão por via fecal-oral. Diferentemente da Salmonella sp., que exige grande inculo para causar infecção, a shigelose pode causar diarreia com um pequeno inculo (50 a 100 bacilos). A diarreia usualmente começa com fezes aquosas e pode progredir para diarreia inflamatória, com

ou sem manifestação sistêmicas. A doença varia de leve a grave e pode invadir a mucosa intestinal.

A infecção é geralmente superficial, e a bacteremia ou perfurações intestinais são muito raras.

Ocorre sangramento devido a ulcerações superficiais da mucosa.

Salmonella

Afeta todas as faixas etárias (especialmente crianças) e é adquirida através de comidas e bebidas contaminadas, particularmente, aves e derivados (frango, pato, peru e ovos).

Pessoas com diarreia por salmonelas é portadores assintomáticos podem continuar a eliminar bacilos pelas fezes por semanas a meses e são fonte prolongada de contaminação.

O inóculo capaz de produzir quadro clínico necessita ser grande (de 10 a 10¹⁰ bactérias/mL).

O período de incubação, é curto, de oito a 48 horas. O quadro clínico típico é de náuseas, vômitos, febre, dor abdominal, em cólicas e diarreia, ocasionalmente com muco e sangue. A melhora dos sintomas ocorre em cinco a oito dias. O quadro clínico, na maioria dos pacientes, é leve, mas pode ser grave em pacientes com neoplasias, imunossuprimidos, AIDS, anemia falciforme e doença de base grave. Também idosos e recém-nascidos podem ter manifestações graves.

O tratamento pode ser feito com quilonolas ou cefalosporinas de terceira geração. Entretanto, só é indicado pacientes com manifestações graves ou devido á sua doença de base, e não deve ser indicado de rotina.

Pessoas que trabalham manipulando alimentos e em áreas de saúde pública devem ser afastados do trabalho até que não sejam mais carreadores.

Diarreia Causada por Vibriões

Os vibriões como foi descrito anteriormente para os *V. parahaeamoyticus*, são

microrganismo disseminados na água do mar nas regiões costeiras, com surtos de diarreias em meses quentes e associados á ingestão de mariscos pouco cozidos ou crus.

O período de incubação é de um a dois dias. Os vibriões, com exceção dos parahaemolyticus, causam doença pela produção de enterotoxina. Os vibriões não coléricos causam diarreia copiosa, dores abdominais, náuseas. O *V. vulnificus*, cuja principal fonte são as ostras cruas, podem causar gastroenterites evasivas com septicemia e alta mortalidade em pacientes com imunodeficiência ou graves doenças de base.

Protozoários

Giárdia é o parasita intestinal mais comum nos humanos. A água contaminada por fezes de pessoas ou animais contaminados infectados é responsável pela transmissão do protozoários.

A Giárdia infecta o duodeno, jejuno e íleo superior, e pode invadir a mucosa superficial, mas a maioria dos sintomas é devido à má absorção.

Muitos pacientes são assintomáticos e o quadro clínico mais comum é distensão e dor abdominal, dispepsia, flatulência, diarreia com fezes pastosas, e que, se persistir pode levar a uma síndrome mal abortiva. Nos casos agudos o exame de três ou mas amostra de fezes tem sensibilidade.

Não há eosinofolia. O tratamento é feito com metronidazol (250 mg três vezes ao dia por cinco dias), tínidazol (2 g dose única) ou com secnidazol (2g dose única).

Tratamento De Suporte e Antibioticoterapia Empírica

Manejo de Fluidos e Eletrólitos

Os distúrbios de fluidos e eletrólitos são as consequências mais graves da diarreia aguda, sendo responsáveis por quase 50% das mortes em crianças menores de cinco anos de idade, sobretudo nos menores de um ano, em países subdesenvolvidos.

Surpreendentemente, a simples reposição hidroeletrólítica por via oral evitaria a grande maioria dos casos fatais. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a reposição hidroeletrólítica é a base do tratamento para todos os graus de gravidade da diarreia.

O uso disseminado de soluções para terapia de reidratação oral (TRO) começou em 1970, como método efetivo e de baixo custo em países sub desenvolvidos . A base para a comprovação científica e clínica de sua eficácia deve-se ao co-transporte de glicose e sódio e consequência absorção de água por osmose, e o fato de que este co-transportes usualmente ser afetado pela toxinas bacterianas :

Os distúrbios de fluidos e eletrólitos são as consequências mais graves da diarreia aguda, sendo responsáveis por quase 50 % das mortes em crianças menores de cinco anos de idade, sobretudo menores de um ano, em países subdesenvolvidos. Por isso, a reposição hidroeletrólítica é base do tratamento para todos os graus de severidade da diarreia. As formas de reidratação são:

- Terapia de reposição via oral (TRO): via de escolha na grande maioria dos pacientes (cerca de 90%), com altas taxas de sucesso na correção da desidratação, obviamente, com menor custo e menor taxa de complicação do que o tratamento de reidratação endovenosa. O conceito de repouso alimentar na diarreia é errado e deve ser abandonado.
- Hidratação parenteral: algumas vezes há necessidade de hidratação parenteral. Esse grupo inclui pacientes com hipotensão, taquicardia, desidratação grave, falência da TRO após oito horas ou com vômitos intratáveis.
- Uma rápida expansão com soro fisiológico deve ser iniciada (em torno de 10 mL/Kg de peso em 10 a 15 minutos).
- O requerimento de mais de 60 mL/Kg sem melhora sugere outras condições clínicas como choque séptico ou perda para terceiro espaço.

Além da hidratação, outras medidas poderão ser importantes:

- Vômitos: evitar a terapia de reidratação oral (TRO) de início e administrar

um antiemético (metoclopramida 10mg IV; Após controle dos vômitos, reiniciar a TRO).

➤ Dor abdominal: obviamente, todo cuidado é necessário para descartar um abdome agudo. No Brasil, a escolha é a associação hioscina-dipirona, pelo baixo preço e pela grande eficácia. Não é citado na literatura norte-americana, onde não se usa dipirona.

➤ Eletrólitos: sobretudo, o potássio. Não deve ser dosado de rotina em diarreia aguda, apenas em casos graves com hipotensão, vários dias de diarreia ou com sintomas sugestivos.

➤ Medicamentos anti-secretores: na grande maioria dos pacientes não tem indicação. Quando usados, objetivam aliviar os sintomas da diarreia e diminuir a frequência das evacuações. O mecanismo de ação é a diminuição da motilidade, prolongado o transito intestinal e em alguns casos com ação anti-secretora e pro absorptiva, que são efeitos de menor importância. Loperamida: é a mais específica para receptores opióides do intestino e diferentemente de outros opiáceos, não penetra no sistema nervoso central. A dose é de 2 mg de 6/6 horas. Codeína: dose de 15 a 30 mg de 6/6 horas. Riscos: bacteremia e ruptura de alça intestinal. Existem aumento do risco de síndrome hemolítica urêmica em pacientes com infecção por E. coli produtora de citotoxina e de megacólon tóxico nos casos de enterocolite por C.difficile. Benefício: diminui a duração da diarreia, o número de evacuações e melhora os sintomas, com consequente diminuição da perda de fluidos e eletrólitos.

➤ Probióticos: são definidos como microrganismo não-patogênicos que, quando ingeridos, exercem uma influencia positiva na saúde do indivíduo. Os três probióticos mais estudados na diarreia são: Saccharomyces boulardii, lactobacillus rhamnosus e lactobacillus reuteri. Não se recomenda o uso rotineiro dessas medicações em diarreia agudas. Dose (Saccharomyces boulardii): floratil: 200mg de 12/12 horas.

➤ Antibiocoterapia: o uso de antibióticos, assim como a hidratação parenteral, é desnecessário na maioria dos pacientes, e devem ser selecionados aqueles pacientes que realmente terão indicações, é importante ressaltar que mais de 50% dos pacientes com diarreia aguda terão a resolução completa do quadro em

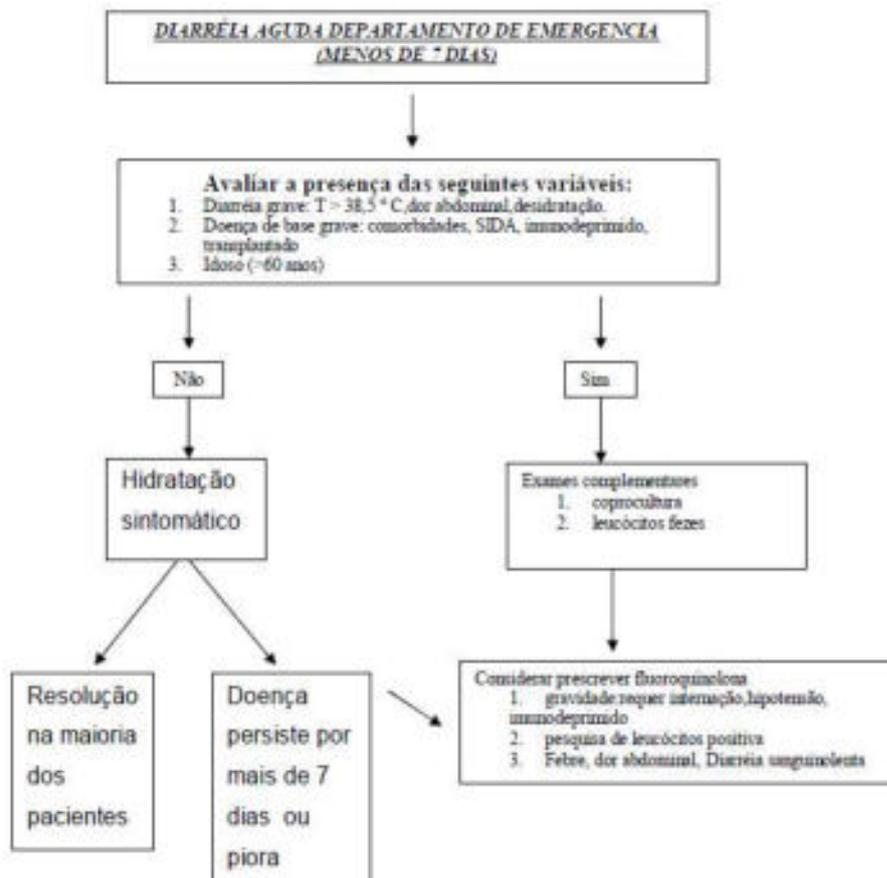
menos de três dias. Não indicar em diarreia não-inflamatórias. Indicação: deve ser restrito a pacientes com diarreia mucosa sanguinolenta e sem queda da importante do estado geral. Entretanto, o limiar para indicar antibiótico é mais baixo em indivíduos com doenças graves, tais como pacientes imunossuprimidos, idosos cirróticos, pacientes com SIDA e pacientes com doença de base grave.

Contraindicação: deve-se evitar o uso de antibiótico empírico em pacientes com uso recente de antibióticos (colite pseudomembranosa) e em pacientes com diarreia sanguinolenta com leucócitos ausentes ou em pequena quantidade, já que sugere E.coli êntero-hemorrágica. Nestas duas situações o uso de antibióticos pode agravar o quadro clínico.

Opções terapêuticas:

Quinolonas: tratamento empírico de eleição, durante três a cinco dias. Não há evidência para prolongar o tratamento por mais do que cinco dias. Exemplo: ciprofloxacina (250 a 500 mg de 12/12 horas) ou norfloxacino.

Cefalosporinas de segunda ou terceira geração: são especialmente úteis em grávidas e alérgicos a quinolonas. Exemplo: cefaclor (500 mg de 8/8 horas), cefuroxima (250 a 500 mg de 12/12 horas).

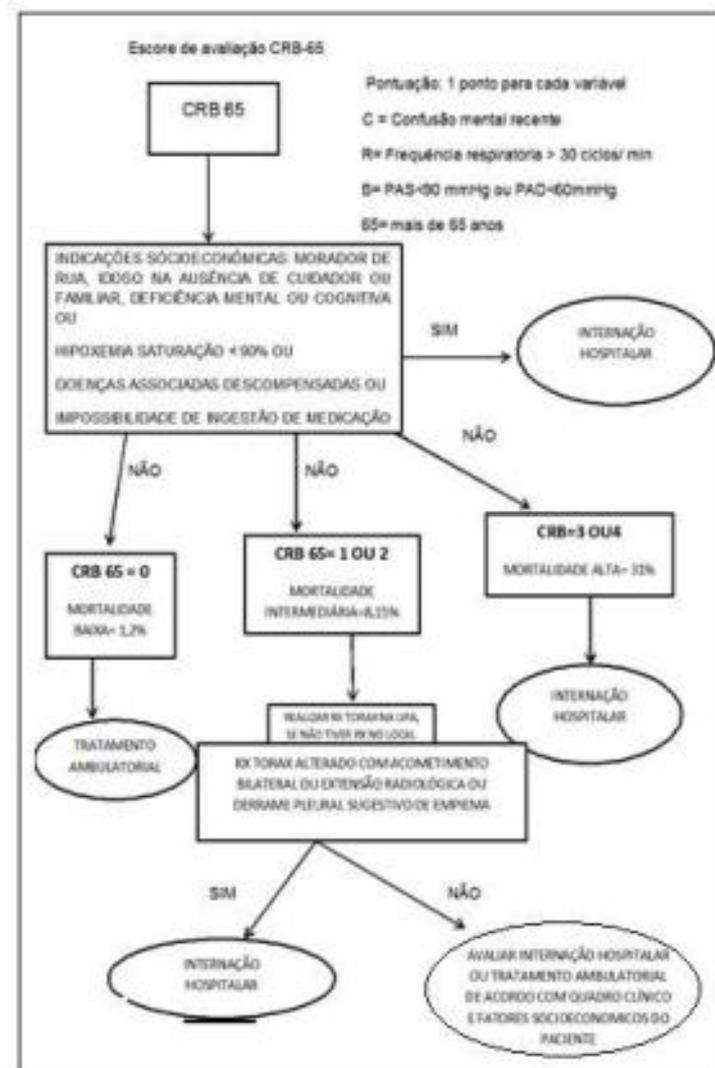


7.6.26. Fluxograma de atendimento de pneumonia adquirida na comunidade em adultos

Diagnóstico:

Sintomas de tosse e um ou mais dos seguintes sintomas: expectoração, falta de ar e dor torácica, mais achados focais no exame físico do tórax e manifestações sistêmicas (confusão mental, cefaleia, mialgias e temperatura axilar maior que 37,8), os quais corroborados pela presença de uma opacidade pulmonar nova no Rx Toráx.

Considerar que nos casos de Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave os profissionais devem seguir o protocolo do Ministério da Saúde vigente com início do O seltamivir preferencialmente nas primeiras 48 horas.



Tratamento ambulatorial: já iniciar antibioticoterapia via oral no momento do diagnóstico (oferecer a primeira dose na unidade em até 6 horas do diagnóstico), solicitar RX tórax (prioridade), encaminhar para ubS para seguimento e avaliação de RX (retorno o mais breve na ubS).

Na alta realizar orientação quanto retorno imediato se apresentar os seguintes sintomas: confusão mental, hipotensão, piora falta de ar, febre persistente por mais de 48hs, batadeira (palpitação), escarro ou tosse com sangue;

Tratamento hospitalar: iniciar antibioticoterapia endovenosa na ubS ou Pronto

Socorro ou are antes do encaminhamento e até 6h do atendimento, se instabilidade hemodinâmica, hipoxemia ou desconforto respiratório solicitar unidade de suporte avançado (usa). na guia de encaminhamento anotar antibiótico administrado, dose, data e hora.

Após alta hospitalar: dar alta para UBS ou sair com guia de contra- referência e com prescrição de antibiótico via oral da remume.

Tratamento: ambulatorial:

Pacientes previamente hígidos:

- 1- Primeira escolha: amoxicilina 500 mg vo de 8/8h por 7dias
- 2- Alternativa: azitromicina 500mg vo 1x dia por 7 dias

Pacientes com doenças associadas (dm, icc, neoplasia, hepatopatia, doenças neurológicas, insuficiência renal crônica, dpoc, asma, alcoolismo, uso de drogas ilícitas, obesidade ou desnutrição grave) ou uso de antibióticos nos últimos 3 meses:

- 1- Primeira escolha: amoxicilina + clavulanato 500/125mg vo 8/8h por 7 dias
- 2- Alternativa: levofloxacino 500 mg vo1x ao dia por 7dias

Ao encaminhar para internação:

- 1ª escolha** - ceftriaxona 1gr ev + azitromicina 500mg vo.

7.6.27. Dengue

DENGUE HEMORRÁGICA

PACIENTE SUSPEITO DE DENGUE
Apresenta com histórico de febre de até 7 dias e pelo menos duas das seguintes manifestações:

- Dores de cabeça
- Dores no corpo
- Dores musculares
- Dores articulares
- Eritema
- Hemorragias hemorrágicas
- Insonecia
- Prurido

Febre +

Verificar Sinais de Alerta (ou Dengue)

- ✓ Não abdominal intenso e contínuo
- ✓ Vômitos persistentes
- ✓ Hiperemia conjuntival
- ✓ Hiperemia oral
- ✓ Prurido abdominal intenso que obscurece o diagnóstico diferencial
- ✓ Insonecia
- ✓ Exantema não característico
- ✓ Aumento de hematócrito superior
- ✓ Hemorragias espontâneas de qualquer tipo
- ✓ Diminuição da diurese

Identificação e diagnóstico
Manifestações clínicas: febre que persiste em elevação com duração **Computo de médico verificar sinais de alerta**

CLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE (OMS)

GRAU I		
Etapa 1 - Paciente com dengue, mas sem manifestação hemorrágica espontânea (sem de febre prostrada)		
11 - Sem febre de novo (24h de febre) Pouca ou nenhuma febre	Síntese sintomática para dengue após 12 dias de início de febre	<ul style="list-style-type: none"> • Hb > 100 mg/dL (3,33 x 10¹² / L) • Hb não aumentou consideravelmente para o paciente • Hb > 24 horas ou > 17 dias após início, sem alteração para cima de 40% • Hb não aumentou para o paciente e há febre
12 - Sem febre de novo, porém há febre prostrada, náusea, vômitos, dor abdominal, dor muscular, dor articular, eritema malillo, DPCC, edema, conjuntivas, prurido de febre prostrada, etc.	Síntese sintomática para dengue após 12 dias de início de febre Síntese sintomática com contagem de plaquetas realizada em até 100 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Hb > 100 mg/dL (3,33 x 10¹² / L) • Hb não aumentou consideravelmente • Se Hb < 100 mg/dL, não há aumento de 40% em 24 horas ou > 17 dias após início de febre • Se Hb < 200 mg/dL, não há aumento de 40% em 24 horas ou > 17 dias após início de febre • Se Hb < 100 mg/dL, não há aumento de 40% em 24 horas ou > 17 dias após início de febre • Se Hb < 100 mg/dL, não há aumento de 40% em 24 horas ou > 17 dias após início de febre • Se Hb < 100 mg/dL, não há aumento de 40% em 24 horas ou > 17 dias após início de febre
GRAU II		
Etapa 2 - Paciente com dengue e com manifestação hemorrágica espontânea		
21 - Sem febre de novo, sintomas gripais, conjuntivas, hemorragias espontâneas	Síntese sintomática para dengue após 12 dias de início de febre Síntese sintomática com contagem de plaquetas realizada em até 100 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Hb > 100 mg/dL (3,33 x 10¹² / L) • Hb não aumentou consideravelmente • Se Hb < 100 mg/dL, não há aumento de 40% em 24 horas ou > 17 dias após início de febre • Se Hb < 200 mg/dL, não há aumento de 40% em 24 horas ou > 17 dias após início de febre • Se Hb < 100 mg/dL, não há aumento de 40% em 24 horas ou > 17 dias após início de febre • Se Hb < 100 mg/dL, não há aumento de 40% em 24 horas ou > 17 dias após início de febre
22 - Paciente com febre de novo, sintomas gripais, conjuntivas, hemorragias espontâneas	Síntese sintomática para dengue após 12 dias de início de febre	<ul style="list-style-type: none"> • Exantema não característico

GRAU III		
Etapa 3 - Dengue com febre de novo, sintomas gripais, conjuntivas, hemorragias espontâneas, prurido, insonecia, prurido	Síntese sintomática para dengue após 12 dias de início de febre Síntese sintomática com contagem de plaquetas realizada em até 100 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Hb > 100 mg/dL (3,33 x 10¹² / L) • Hb não aumentou consideravelmente • Se Hb < 100 mg/dL, não há aumento de 40% em 24 horas ou > 17 dias após início de febre • Se Hb < 200 mg/dL, não há aumento de 40% em 24 horas ou > 17 dias após início de febre • Se Hb < 100 mg/dL, não há aumento de 40% em 24 horas ou > 17 dias após início de febre
31 - Sem febre de novo, sintomas gripais, conjuntivas, hemorragias espontâneas, prurido, insonecia, prurido	Síntese sintomática para dengue após 12 dias de início de febre Síntese sintomática com contagem de plaquetas realizada em até 100 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Hb > 100 mg/dL (3,33 x 10¹² / L) • Hb não aumentou consideravelmente • Se Hb < 100 mg/dL, não há aumento de 40% em 24 horas ou > 17 dias após início de febre • Se Hb < 200 mg/dL, não há aumento de 40% em 24 horas ou > 17 dias após início de febre • Se Hb < 100 mg/dL, não há aumento de 40% em 24 horas ou > 17 dias após início de febre
32 - Sem febre de novo, sintomas gripais, conjuntivas, hemorragias espontâneas, prurido, insonecia, prurido	Síntese sintomática para dengue após 12 dias de início de febre Síntese sintomática com contagem de plaquetas realizada em até 100 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Hb > 100 mg/dL (3,33 x 10¹² / L) • Hb não aumentou consideravelmente • Se Hb < 100 mg/dL, não há aumento de 40% em 24 horas ou > 17 dias após início de febre • Se Hb < 200 mg/dL, não há aumento de 40% em 24 horas ou > 17 dias após início de febre • Se Hb < 100 mg/dL, não há aumento de 40% em 24 horas ou > 17 dias após início de febre
GRAU IV		
Etapa 4 - Dengue com febre de novo, sintomas gripais, conjuntivas, hemorragias espontâneas, prurido, insonecia, prurido	Síntese sintomática para dengue após 12 dias de início de febre Síntese sintomática com contagem de plaquetas realizada em até 100 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Hb > 100 mg/dL (3,33 x 10¹² / L) • Hb não aumentou consideravelmente • Se Hb < 100 mg/dL, não há aumento de 40% em 24 horas ou > 17 dias após início de febre • Se Hb < 200 mg/dL, não há aumento de 40% em 24 horas ou > 17 dias após início de febre • Se Hb < 100 mg/dL, não há aumento de 40% em 24 horas ou > 17 dias após início de febre
41 - Sem febre de novo, sintomas gripais, conjuntivas, hemorragias espontâneas, prurido, insonecia, prurido	Síntese sintomática para dengue após 12 dias de início de febre Síntese sintomática com contagem de plaquetas realizada em até 100 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Hb > 100 mg/dL (3,33 x 10¹² / L) • Hb não aumentou consideravelmente • Se Hb < 100 mg/dL, não há aumento de 40% em 24 horas ou > 17 dias após início de febre • Se Hb < 200 mg/dL, não há aumento de 40% em 24 horas ou > 17 dias após início de febre • Se Hb < 100 mg/dL, não há aumento de 40% em 24 horas ou > 17 dias após início de febre
42 - Sem febre de novo, sintomas gripais, conjuntivas, hemorragias espontâneas, prurido, insonecia, prurido	Síntese sintomática para dengue após 12 dias de início de febre Síntese sintomática com contagem de plaquetas realizada em até 100 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Hb > 100 mg/dL (3,33 x 10¹² / L) • Hb não aumentou consideravelmente • Se Hb < 100 mg/dL, não há aumento de 40% em 24 horas ou > 17 dias após início de febre • Se Hb < 200 mg/dL, não há aumento de 40% em 24 horas ou > 17 dias após início de febre • Se Hb < 100 mg/dL, não há aumento de 40% em 24 horas ou > 17 dias após início de febre
CRITÉRIO DE INTERNAÇÃO		
Os internamentos podem ser de curto prazo (até 4 a 6 horas) em unidades ambulatoriais ou em enfermarias hospitalares, sob observação de condições de pacientes		
3 - Dengue 16 Sintomas: Dengue = 16 Alerta = 16	Alertas	Sinais de alerta
4 - Dengue com febre de novo, sintomas gripais, conjuntivas, hemorragias espontâneas, prurido, insonecia, prurido	Alertas	Sinais de alerta
5 - Dengue com febre de novo, sintomas gripais, conjuntivas, hemorragias espontâneas, prurido, insonecia, prurido	Alertas	Sinais de alerta
CRITÉRIOS PARA ALTA HOSPITALAR		
Os critérios de alta hospitalar são aqueles de febre sem uso de analgésicos por 24 horas, melhora clínica de quadro clínico, hematócrito normal e estável por 24 horas, plaquetas > que 100.000/mm ³ em duas ocasiões, estável/semelhante em 48 horas, e início de melhora de sintomas clínicos. Esses pacientes devem ser acompanhados e avaliados em unidade de emergência ou em outra unidade.		

Classificação de gravidade (OMS)

GRAU I: Estágio A – Paciente com suspeita de dengue, e sem manifestação hemorrágica espontânea.

FATOR DE RISCO	CONDUTA
----------------	---------

<p>A1 - Sem fator de risco</p> <p>Prova do laço negativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • TRO 50ml/kg/dia (1/3 SRO e 2/3líquidos) • Banho morno até redução da febre e não agasalhar • Medicamento: Paracetamol ou Dipirona • Criança até 12 anos: 1 gota/kg até de 6/6 horas. • Adultos: 40 gotas ou 1 comprimido (de 500mg a 750mg) até de 6/6horas. • Retorno 24 horas ou no 1º dia sem febre, com orientação sobre sinais de alerta • Repetir exame físico complementar à história clínica • Todos os pacientes (adultos e crianças) devem retornar imediatamente para nova avaliação em caso de aparecimento de sinais de alerta • Orientar o paciente e familiares sobre as medidas para eliminação dos criadouros de vetor • Colher sorologia para dengue após o 6º dia do início da febre • Preencher ficha SINAN e Ficha de Investigação de Dengue • Utilizar o cartão de orientação ao cliente com suspeita de Dengue
---	--

Fator de risco	Conduta
----------------	---------

<p>2 - Com fator de risco: prova do laço positiva ou, criança menor de 1 ano, gestante, idoso, hipertensão arterial, anemia falciforme, asma brônquica, diabetes mellitus, DPOC, alergias, cardiopatias, passado de doença péptica, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Colher hemograma com contagem de plaquetas imediatamente, e com o resultado encaminhar ao médico para avaliação. • TRO 60ml/ kg/ dia (1/3 SRO e 2/3líquidos) • Banho morno até redução da febre e não agasalhar • Medicamento: Paracetamol ou Dipirona • Criança: 1 gota/kg até de 6/6horas. • Adultos: 40 gotas ou 1 comprimido (de 500mg a 750mg) até de 6/6horas. • Colher sorologia para dengue no 6º dia do início da febre • Retorno em 24 horas para avaliação • Avaliar resultado do hemograma. Se hematócrito e plaquetas normais, orientar retorno em 24 horas. Se hemograma alterado, encaminhar para consulta médica. • Todos os pacientes (adultos e crianças) devem retornar imediatamente para nova avaliação, em caso de aparecimento de sinais de alerta • Orientar o paciente e familiares, sobre as medidas para eliminação dos criadouros de vetor. • Preencher ficha SINAN e Ficha de Investigação de Dengue • Utilizar o cartão de orientação ao cliente com suspeita de Dengue
---	---

GRAU II: Estágio B – Pacientes com dengue e com manifestação hemorrágica espontânea

FATOR DE RISCO	CONDUTA
----------------	---------

<p>B1 – Leve (petéquias, equimose, epistaxe, gengivorragia, hemorragia conjutival)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar o paciente ao médico para avaliação e conduta • Prestar Assistência de enfermagem: • Banho morno até redução da febre e não agasalhar • Colher sorologia para dengue após o 6º dia de febre • Orientar o paciente e familiares sobre as medidas para eliminação dos criadouros de vetor • Preencher ficha SINAN e Ficha de Investigação de Dengue • Utilizar o cartão de orientação ao cliente com suspeita de Dengue
---	--

FATOR DE RISCO	CONDUTA
<p>B2 – Visceral (metrorragia, melena, hematêmese, hematúria, hemoptise)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar o paciente ao médico para avaliação e conduta • Prestar Assistência de enfermagem: • Preencher ficha SINAN e Ficha de Investigação de Dengue • Avisar a Vigilância Epidemiológica por telefone • Colher sorologia para dengue após o 6º dia do início da febre • Orientar o paciente e familiares sobre as medidas para eliminação dos criadouros de vetor • Utilizar o cartão de orientação ao cliente com suspeita de Dengue

GRAU III: Estágio C – Dados de identificação do A ou B, acrescido de pelo menos um dos alertas:

Dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, hepatomegalia dolorosa, derrames cavitários (pleura, pericárdio ou ascite), sangramento importante, hipotensão arterial, hipotensão postural (variação da P.A. sentado/deitado ou sentado/em pé \geq 20mmHg), diminuição da pressão diferencial (P.A. sist./P.A. diast.), pulso filiforme, cianose, agitação e/ou letargia, queda brusca da temperatura, taquicardia e lipotímia, aumento repentino do hematócrito.

FATOR DE RISCO	CONDUTA
<p>C1 – Dor abdominal, hepatomegalia, queda brusca de temperatura, aumento do hematócrito e plaquetas menor que 50.000/mm³</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicar imediatamente ao médico e na ausência deste, chamar o SAMU • Prestar Assistência de enfermagem: • Providenciar acesso venoso • Não colher hematócrito no membro superior com acesso venoso (soro) • Colher sorologia para dengue independente da data de início dos sintomas • Orientar o paciente e familiares sobre as medidas para eliminação dos criadouros de vetor • Preencher ficha SINAN e Ficha de Investigação de Dengue • Comunicar imediatamente a Vigilância Epidemiológica por telefone • Utilizar o cartão de orientação ao cliente com suspeita de Dengue

FATOR DE RISCO	CONDUTA
----------------	---------

<p>C2 – Vômitos persistentes, com sangramento importante, mais confusão mental, hipotensão arterial</p>	<ul style="list-style-type: none">• Comunicar imediatamente ao médico e na ausência deste, chamar o SAMU• Prestar Assistência de enfermagem:• Providenciar acesso venoso• Não colher hematócrito no membro superior com acesso venoso (soro)• Colher sorologia para dengue independente da data de início dos sintomas• Controlar os sinais vitais de 15 em 15 minutos até a chegada do SAMU• Orientar o paciente e familiares sobre as medidas para eliminação dos criadouros de vetor• Preencher ficha SINAN e Ficha de Investigação de Dengue• Comunicar imediatamente a Vigilância Epidemiológica por telefone• Utilizar o cartão de orientação ao cliente com suspeita de Dengue
--	--

GRAU IV: CHOQUE

<p>Estágio D – Choque</p> <p>P.A. sistólica: Criança < 80 mmHg Adulto < 90mmHg</p> <p>Hipertenso sem tratamento com PA 60mmHg abaixo da média usual</p> <p>Pulso rápido e débil</p> <p>Pele fria, pálida</p>	<p>Comunicar o médico imediatamente e chamar o SAMU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestar Assistência de enfermagem: • Providenciar acesso venoso • Não colher hematócrito no membro superior com acesso venoso (soro) • Colher sorologia para dengue independente da data de início dos sintomas • Controlar os sinais vitais de 15 em 15 minutos até chegada do SAMU • Observar turgência jugular e diurese • Orientar os familiares sobre as medidas para eliminação dos criadouros de vetor • Comunicar imediatamente a Vigilância Epidemiológica por telefone • Preencher ficha SINAN e Ficha de Investigação de Dengue • Utilizar o cartão de orientação ao cliente com suspeita de Dengue
---	---

7.6.28. Gripe H1N1

Apresentação

Em março de 2013, com base no perfil epidemiológico da influenza no Brasil, o Ministério da Saúde realizou, em parceria com a Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI), a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), a Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC) e a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), uma revisão do Protocolo de Tratamento de Influenza, com destaque para a importância do tratamento oportuno dos casos de Síndrome Gripal (SG) que têm indicação e de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Para tanto, foram revisadas e redefinidas algumas condutas a serem instituídas frente aos casos de influenza e atualizou-se de forma ampla as indicações de químico profilaxia.

Este protocolo tem o objetivo de orientar a conduta terapêutica aos casos de SG e SRAG no país, bem como as medidas de controle a serem estabelecidas às pessoas e aos comunicantes de risco, tanto em ambientes domiciliares como em instituições fechadas, além das medidas de controle de infecção hospitalar.

1. Influenza - Características gerais

• Aspectos epidemiológicos

A influenza ocorre durante todo o ano, mas é mais frequente nos meses do outono e do inverno, quando as temperaturas caem, principalmente no sul e sudeste do país.

• Aspectos clínicos

O período de incubação da doença dura de um a quatro dias. A transmissibilidade em adultos ocorre principalmente 24 horas antes do início dos sintomas e dura até três dias após o final da febre. Nas crianças pode durar em média 10 dias e por mais tempo nos pacientes imunossuprimidos.

• Sinais e sintomas

Infecção aguda das vias aéreas que apresenta quadro febril (temperatura $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$), com a curva térmica usualmente declinando após dois a três dias e normalizando em torno do sexto dia de evolução. A febre geralmente é mais acentuada em crianças do que em adultos.

Outros sinais e sintomas comuns são habitualmente de aparecimento súbito, como:

- Calafrios;
- Mal-estar;
- Cefaleia;
- Mialgia

- Dor de garganta;
- Artralgia
- Prostração;
- Rinorréia;
- Tosse seca.
- Podem ainda estar presentes:
- Diarreia;
- Vômito;
- Fadiga;
- Rouquidão;
- Hiperemia conjuntival.

As queixas respiratórias, com exceção da tosse, tornam-se mais evidentes com a progressão da doença e mantêm-se, em geral, por três a quatro dias após o desaparecimento da febre. A rouquidão e a linfadenopatia cervical são mais comuns em crianças. A tosse, a fadiga e o mal-estar frequentemente persistem pelo período de uma a duas semanas e raramente podem perdurar por mais de seis semanas.

- **Complicações**

A evolução da gripe (influenza) é a resolução espontânea em sete dias, embora a tosse, o mal-estar e a fadiga possam permanecer por algumas semanas. Alguns casos podem evoluir com complicações.

São sinais de agravamento

- Aparecimento de dispneia ou taquipneia ou hipoxemia – Spo2 <95%
- Persistência ou aumento da febre por mais de três dias (pode indicar pneumonite primária pelo vírus influenza ou secundária a uma infecção bacteriana);
- Exacerbação de doença pré-existente (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC, cardiopatia ou outras doenças com repercussão sistêmica);

- Disfunções orgânicas graves (exemplo: insuficiência renal aguda);
- Miosite comprovada por creatinoquinase – CPK (≥ 2 a 3 vezes);
- Alteração do sensório;
- Exacerbação dos sintomas gastrointestinais em crianças;
- Desidratação.

Alerta: Deve ser dada atenção especial a essas alterações quando ocorrerem em pacientes que apresentem fatores de risco para a complicação por influenza.

São consideradas condições e fatores de risco para complicações:

- Grávidas em qualquer idade gestacional e puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal);
 - Adultos ≥ 60 anos;
 - Crianças < 2 anos;
 - Pneumopatias (incluindo asma);
 - Cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica);
 - Nefropatias;
 - Hepatopatias;
 - Doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme);
 - Distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus);
 - Transtornos neurológicos e do desenvolvimento que podem comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção cognitiva, lesão medular, epilepsia, paralisia cerebral, Síndrome de *Down*, Acidente Vascular Cerebral-AVC ou doenças neuromusculares);
 - Imunossupressão associada a medicamentos, neoplasias, HIV ou outros;
 - Obesidade (Índice de Massa Corporal - IMC ≥ 40 em adultos); Indivíduos menores de 19 anos de idade em uso prolongado de ácido acetilsalicílico (risco de Síndrome de Reye);
 - População indígena aldeada.

2. Definições de caso

Síndrome Gripal

Indivíduo que apresente febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos seguintes sintomas: cefaleia, mialgia ou artralgia, na ausência de outro diagnóstico específico.

Em crianças com menos de dois anos de idade, considera-se também como caso de síndrome gripal: febre de início súbito (mesmo que referida) e sintomas respiratórios (tosse, coriza e obstrução nasal), na ausência de outro diagnóstico específico.

Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

Indivíduo de qualquer idade, com Síndrome Gripal (conforme definição acima) e que apresente dispneia ou os seguintes sinais de gravidade:

- Saturação de Spo2 < 95% em ar ambiente;
- Sinais de desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória avaliada de acordo com idade;
- Piora nas condições clínicas de doença de base;
- Hipotensão em relação à pressão arterial habitual do paciente.

Em crianças: além dos itens acima, observar também: batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

O quadro clínico pode ou não ser acompanhado de alterações laboratoriais e radiológicas listadas abaixo:

- Alterações laboratoriais: leucocitose, leucopenia ou neutrofilia;
- Radiografia de tórax: infiltrado intersticial localizado ou difuso ou presença de área de condensação.
- Síndrome Gripal em pacientes com condições e fatores de risco para complicações.

Além dos medicamentos sintomáticos e da hidratação, está indicado o uso de fosfato de oseltamivir (Tamiflu®) de forma empírica para todos os casos de SG que tenham fator de risco para complicações, independente da situação vacinal.

Esta indicação fundamenta-se no benefício que a terapêutica precoce proporciona, tanto na redução da duração dos sintomas quanto na ocorrência de complicações da infecção pelos vírus da influenza, para pessoas portadoras das condições elencadas em “Condições e fatores de risco para complicações”.

Observação: Em pacientes com fatores de risco para complicações e com SRAG, o antiviral ainda apresenta benefícios mesmo se iniciado após 48 horas do início dos sintomas.

Este benefício já foi amplamente comprovado por estudos clínicos, observado no manejo clínico de pacientes durante a pandemia de 2009 e reforçado no protocolo da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e em consultas referendadas pela Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI), pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), pela Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC) e pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).

3. Tratamento - Uso de antivirais na infecção por influenza

Os antivirais fosfato de oseltamivir (Tamiflu®) e zanamivir são medicamentos inibidores de neuraminidase, classe de drogas planejadas contra o vírus influenza, bem reconhecidas pela enzima viral, agindo tanto no vírus influenza A quanto no B. São pouco reconhecidas por enzimas humanas, o que diminui as chances de efeitos colaterais.

Entre os benefícios relatados do uso do oseltamivir, dados clínicos e observacionais demonstram que o tratamento com o antiviral de maneira precoce pode reduzir a duração dos sintomas, principalmente em pacientes imunossuprimidos. Alguns estudos sugerem que o benefício neste grupo seja ainda superior.

DROGA	FAIXA ETARIA	TRATAMENTO	
Fosfato de oseltamivir (Tamiflu®)	Adulto	75mg, 12/12h, 5 dias	
	Criança maior de 1 ano de idade	≤ 15 kg	30mg, 12/12h, 5 dias
		> 15kg a 23kg	45mg, 12/12h, 5 dias
		> 23kg a 40kg	60mg, 12/12h, 5 dias
		> 40kg	75mg, 12/12h, 5 dias
	Criança menor de 1 ano de idade	< 3 meses	12mg, 12/12h, 5 dias
		3 a 5 meses	20mg, 12/12h, 5 dias
6 a 11 meses		25mg, 12/12h, 5 dias	
Zanamivir (Relenza®)	Adulto	10mg, duas inalações de 5 mg, 12/12 h, 5 dias	
	Criança	≥ 7 anos 10mg, duas inalações de 5 mg, 12/12 h, 5 dias	

FLUXO PARA TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES

Define-se transporte intra-hospitalar como a transferência temporária ou definitiva de pacientes por profissionais de saúde dentro do ambiente hospitalar. Define-se transporte inter-hospitalar como a transferência de pacientes entre unidades não hospitalares ou hospitalares de atendimento às urgências e emergências, unidades de diagnóstico, terapêutica ou outras unidades de saúde que funcionem como bases de estabilização para pacientes graves ou como serviços de menor complexidade, de caráter público ou privado.

Transporte Inter-Hospitalar

1. Transferência, sem retorno, de centros de menor para outros de maior

complexidade: inclui os pacientes, em vários estágios de gravidade, que são levados para realizarem tratamento definitivo em hospitais especializados, permanecendo internados neles definitivamente. Nesta categoria são incluídos os pacientes transferidos para outras cidades;

2. Transferência, com retorno, para tratamento ou exames diagnósticos em centros de maior complexidade: o tipo mais comum, onde o paciente vai a uma unidade isolada ou a outro hospital realizar um exame ou tratamento e retorna ao hospital de origem. O local de destino frequentemente não possui os recursos para manter o suporte de vida e o tratamento do paciente, devendo estes ser transportados junto a ele e mantidos até o fim do exame e/ou tratamento;

3. Transferência de pacientes politraumatizados de centros de menor complexidade, para onde são levados pelos sistemas de atendimento pré-hospitalar para estabilização, a outros de maior complexidade, para tratamento definitivo: este tipo é parte fundamental de um sistema de atendimento pré-hospitalar. Pacientes críticos podem ser levados temporariamente a uma unidade de menor complexidade, mas com capacidade de prestar suporte avançado de vida, próxima à área do sinistro. Após a estabilização, a vítima é transferida a um centro para seu tratamento definitivo. Isto permite menor tempo para o atendimento, liberação da equipe de socorristas e melhor manejo da distribuição de pacientes, evitando sobrecarregar a rede de emergência.

Meio de Transporte

Define-se ambulância como um veículo (terrestre, aéreo ou marítimo) que se destine exclusivamente ao transporte de enfermos. As dimensões e outras especificações do veículo terrestre deverão obedecer às normas da ABNT – NBR 14561/2000, de julho de 2000, e os materiais obrigatórios, à Portaria nº 2048/GM, e cada tipo de ambulância tem de apresentar condições mínimas para realizar o atendimento com segurança.

Tipos de Ambulância:

- ✓ TIPO A - Ambulância de Transporte: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo. Tripulação: motorista e um técnico de enfermagem;
- ✓ TIPO B - Ambulância de Suporte Básico: veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante o transporte até o serviço de destino. Não possuem equipamentos de intervenção médica e drogas. Tripulação: motorista e um técnico de enfermagem;
- ✓ TIPO C - Ambulância de Resgate: veículo de atendimento de urgências pré-hospitalares de pacientes vítimas de acidentes ou pacientes em locais de difícil acesso, com equipamentos de salvamento (terrestre, aquático e em alturas). Tripulação: motorista e dois profissionais com capacitação e certificação em salvamento e suporte básico de vida;
- ✓ TIPO D - Ambulância de Suporte Avançado: veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pró hospitalares o/ou de transporte inter hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos; Deve contar com os equipamentos médicos e drogas necessárias para esta função. Tripulação; motorista, um enfermeiro e um médico;
- ✓ TIPO E - Aeronave de Transporte Médico: aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte inter-hospitalar de pacientes e aeronave de asa rotativa para ações de resgate, dotada de equipamentos médicos homologados pelo Departamento de Aviação Civil - DAC. E sempre considerada viatura de suporte avançado. Tripulação: piloto, um médico e um enfermeiro; um resgatista pode ser associado, se necessário;
- ✓ TIPO F - Embarcação de Transporte Médico; veículo motorizado aquaviário destinado ao transporte por via marítima ou fluvial. Deve possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento de pacientes conforme sua gravidade, Tripulação: condutor da embarcação, um auxiliar/técnico de enfermagem (suporte básico de vida), ou um médico e um enfermeiro (suporte

avanzado de vida);

- ✓ VEÍCULOS DE INTERVENÇÃO RÁPIDA - também chamados de veículos leves, veículos rápidos ou veículos de ligação médica, são utilizados para transporte de médicos com equipamentos que possibilitam oferecer suporte avanzado de vida nas ambulâncias dos tipos A, B, C e F;
- ✓ OUTROS VEÍCULOS - veículos habituais adaptado para transporte de pacientes de baixo risco, sentados (ex. pacientes crônicos), que não se caracterizem como veículos tipo lotação (ônibus, peruas etc.). Este transporte só pode ser realizado com anuência médica.

O Conselho Federal de Medicina, através da Resolução CFM nº 1.672/03, de 9 de julho de 2003, dispõe sobre o transporte inter-hospitalar de pacientes e dá outras providências, normatizando as condutas de transporte com segurança.

Art. 1º – Que o sistema de transporte inter-hospitalar de pacientes deverá ser efetuado conforme o abaixo estabelecido:

I – O hospital previamente estabelecido como referência não pode negar atendimento aos casos que se enquadrem em sua capacidade de resolução.

II – Pacientes com risco de vida não podem ser removidos sem a prévia realização de diagnóstico médico, com obrigatória avaliação e atendimento básico respiratório e hemodinâmico, além da realização de outras medidas urgentes e específicas para cada caso. III – Pacientes graves ou de risco devem ser removidos acompanhados de equipe composta por tripulação mínima de um médico, um profissional de enfermagem e motorista, em ambulância de suporte avanzado. Nas situações em que seja tecnicamente impossível o cumprimento desta norma, deve ser avaliado o risco potencial do transporte em relação à permanência do paciente no local de origem.

IV – Antes de decidir a remoção do paciente, faz-se necessário realizar contato com o médico receptor ou diretor técnico no hospital de destino, e ter a concordância do(s) mesmo(s).

V – Todas as ocorrências inerentes à transferência devem ser registradas no prontuário de origem

VI – Todo paciente removido deve ser acompanhado por relatório completo, legível e assinado (com número do CRM), que passará a integrar o prontuário no destino. Quando do recebimento, o relatório deve ser também assinado pelo médico receptor.

VII – Para o transporte faz-se necessária a obtenção de consentimento após esclarecimento, por escrito, assinado pelo paciente ou seu responsável legal. Isto pode ser dispensado quando houver risco de morte e impossibilidade de localização do(s) responsável (is). Nesta circunstância, o médico solicitante pode autorizar o transporte, documentando devidamente tal fato no prontuário.

VIII – A responsabilidade inicial da remoção é do médico transferente, assistente ou substituto, até que o paciente seja efetivamente recebido pelo médico receptor. a) a responsabilidade para o transporte, quando realizado por Ambulância tipo D, E ou F é do médico da ambulância, até sua chegada ao local de destino e efetiva recepção por outro médico. b) as providências administrativas e operacionais para o transporte não são de responsabilidade médica.

IX – O transporte de paciente neonatal deverá ser realizado em ambulância do tipo D, aeronave ou nave contendo: a) incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts), suporte em seu próprio pedestal para cilindro de oxigênio e ar comprimido, controle de temperatura com alarme.

a) A incubadora deve estar apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância;

b) respirador de transporte neonatal;

c) nos demais itens, deve-se conter a mesma aparelhagem e medicamentos de suporte avançado, com os tamanhos e especificações adequadas ao uso neonatal.

Art. 2º – Os médicos diretores técnicos das instituições, inclusive os dos serviços de atendimento pré-hospitalar, serão responsáveis pela efetiva aplicação destas normas. O Governo Federal, através da Portaria nº 1864/GM, de 29 de setembro de 2003, institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU–192.

Transporte de Pacientes Críticos

O transporte de pacientes críticos é uma atividade complexa, necessita planejamento e a adequada execução do transporte, antevendo as necessidades e riscos para o paciente. É fundamental que o transporte seja realizado de modo consistente e científico, utilizando o conhecimento teórico e prático, incorporando novas tecnologias e antecipando os erros, visando sempre tornar mais eficiente o transporte do paciente crítico.

Transporte de Pacientes Não-Críticos

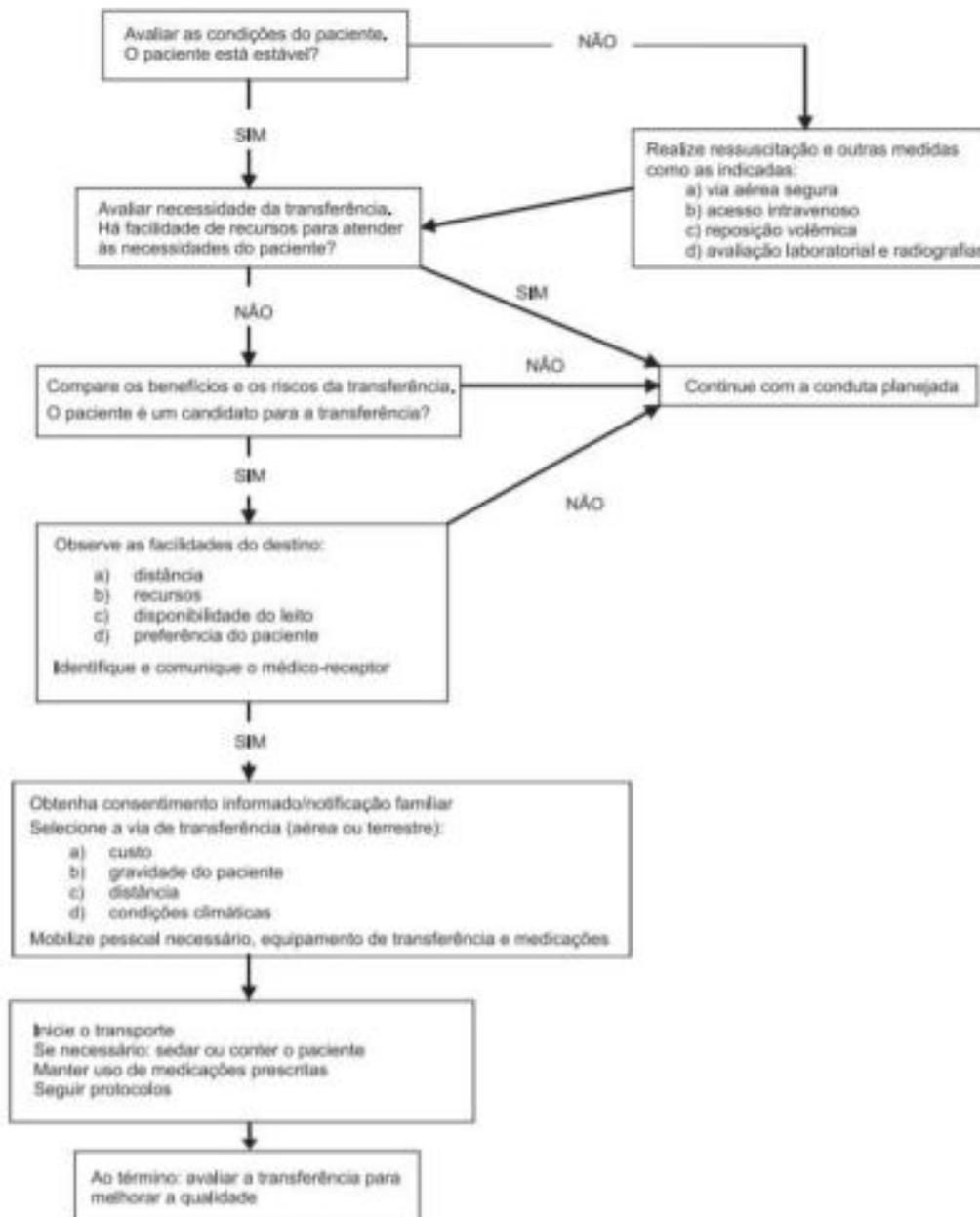
Neste tipo, em que os deslocamentos são considerados sempre eletivos, discute-se frequentemente qual o profissional que deve realizar este transporte.

A maioria dos hospitais em nosso país utiliza a figura do “maqueiro”. Ocorre que estes profissionais, na maioria das vezes, não recebem o treinamento de suporte básico de vida, estando, portanto, inabilitados a reconhecer uma parada cardiorrespiratória e chamar por ajuda, ou seja, salvaguardar a vida do paciente que eles transportam. Por outro lado, reconhece-se que a alocação de profissionais de enfermagem para esta tarefa gera custos e, principalmente, aumento de contingente profissional inaceitável nos dias de hoje.

Várias propostas já foram submetidas às diversas entidades reguladoras profissionais para solucionar este impasse. Porém, algumas experiências mostraram-se promissoras, especialmente aquelas que visam treinar qualquer profissional que trabalhe em hospitais para reconhecer uma parada cardiorrespiratória e iniciar o suporte básico de vida; e aquelas que sistematizam o atendimento e a reanimação cardiorrespiratória, como o “Código Azul”. Assim, maqueiros “habilitados” poderão realizar estes deslocamentos, tendo o suporte necessário, rápido e eficiente, em caso de emergências. Já no caso do transporte inter-hospitalar, deve-se proceder com o já descrito nas normas da Resolução CFM nº 1.672/03, de 9 de julho de 2003.

Fluxograma para Transporte de Paciente

A transferência e transporte dos pacientes deverão seguir o padrão abaixo, respeitando as referências do município e seguimento via Regulação.



Observação: Esse fluxo poderá sofrer alterações a qualquer tempo, respeitando as necessidades dos pacientes e melhorias no processo de trabalho.

7.6.29. Protocolos Pediátricos em Urgência e Emergência

- 95% das PCR em crianças resultam de obstrução de vias aéreas e parada respiratória
- 5% são causadas por choque

Os sinais e sintomas comuns na PCR da criança incluem: ausência de reação; crise convulsiva; dificuldade ou ausência de respiração; ausência de sons cardíacos; ausência de movimento torácico; pele fria e azulada; ausência de pulso braquial.

EMERGENCIA PEDIÁTRICA ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Escala de Glasgow Pediátrica			
Medida	Criança > 1 ano	Criança < 1 ano	Escore
Abertura dos olhos (AO)	Espontaneamente	Espontaneamente	4
	Ao comando	A fala	3
	À dor	À dor	2
	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	1
Resposta Verbal (RV)	Orientada	Sorri, orientada	5
	Desorientada	Choro, consolável	4
	Palavra inapropriada	Choro persistente, gemente.	3
	Sons incompreensíveis	Agitada e inquietação	
	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	1
Resposta Motora (RM)	Obedece a comandos		6
	Localiza a dor	Localiza a dor	5
	Flexão a dor	Flexão à dor	4
	Flexão anormal à dor	Flexão anormal a dor	3
	Extensão anormal à dor	Extensão anormal a dor	2
	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	1
Escore Total Normal	< 6m		13
	6-12m		13
	1-2a		14
	2-5a		15
	> 5a		15

Flexão anormal à dor – decorticação

Extensão anormal à dor – descerebração

Sinais para encaminhar a criança ao Serviço de Urgência

- Recusa alimentar (a criança não consegue beber ou mamar);
- Vômitos importantes (ela vomita tudo o que ingere);
- Convulsões ou apnéia (a criança fica em torno de 20 s sem respirar);
- Frequência cardíaca abaixo de 100bpm;
- Letargia ou inconsciência;
- Respiração rápida (acima de 60mm);
- Atividade reduzida (a criança movimenta-se menos do que o habitual);
- Febre (37,5°C ou mais);
- Hipotermia (menos do que 35,5°C);
- Tiragem subcostal;
- Batimentos de asas do nariz;
- Cianose generalizada ou palidez importante;
- Icterícia visível abaixo do umbigo ou nas primeiras 24 horas de vida;
- Gemidos;
- Fontanela (moleira) abaulada;
- Secreção purulenta do ouvido;
- Umbigo hiperemiado (hiperemia estendida à pele da parede abdominal) e/ou com secreção purulenta (indicando onfalite);

- Pústulas na pele (muitas e extensas);
- Irritabilidade ou dor à manipulação.

SINAIS PREMONITÓRIOS DA PCR

- Taquipnéia ou bradipnéia;
- Alteração do nível de consciência;
- Alteração do ritmo cardíaco

SINAIS COMPROBATÓRIOS DA PCR

Inconsciência;

Ausência de movimentos respiratórios;

Ausência de pulso carotídeo femoral (lactente-pulso braquial)

CRISE CONVULSIVAS

Frequente nos departamentos de emergência

80% das crises agudas em crianças cessam antes do atendimento hospitalar

Grande parte dos episódios que apresentam duração maior que 5 minutos persistirão por mais de 20-30 minutos, podendo implicar em risco de lesão não só no sistema nervoso central (SNC) como também sistêmicas.

A crise convulsiva é uma alteração involuntária e repentina nos sentidos, no comportamento, na atividade muscular ou no nível de consciência que resulta na irritação ou superatividade das células cerebrais.

Em crianças e adolescentes, as crises convulsivas podem ser causadas pelas mesmas condições apresentadas pelos adultos. TCE; Meningite; Deficiência de oxigênio ; Hipoglicemia; Overdose drogas lícitas e não lícitas; Febre, etc.

CRISES GENERALIZADAS

Tônico-clônicas (Grande mal)

Tônico – contração dos músculos da expiração, da laringe e da mandíbula (acúmulo de secreções em orofaringe) e crescimento acentuado do tônus simpático

Clônico – superposição de períodos de relaxamento e contração muscular

Pós-ictal – irreponsividade, flacidez muscular e salivação excessiva, incontinência vesical/intestinal, recuperação da consciência com confusão e posteriormente cefaléia, fadga e mialgia.



- Observar nº de crise até o momento;
- Se foi focal ou generalizadas;
- Duração e intervalos entre as crises;
- Uso ou não da medicação habitual;

Solicitar socorro o mais breve possível;

AVALIAÇÃO CLÍNICA DA CRISE CONVULSIVA

Se primeira crise convulsiva afebril:

Indagar sobre:

- **Intoxicação exógena (simpaticomiméticos, álcool, ADT, anti-histamínicos, atropina, metais pesados, opiáceos)**
- **TCE**
- Distúrbio metabólico (vômito, diarreia, desidratação)
- História sugestiva para processo expansivo (cefaléia e vômito progressivo, déficits neurológicos focais)
- História familiar de epilepsia

OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS POR CORPO ESTRANHO (OVACE)

Causas de Obstrução das Vias Aéreas no bebê: principalmente líquidos

Na criança: objetos sólidos (alimentos, pequenos objetos, peças de brinquedos)

Como reconhecer a OVACE

- Início súbito de angústia respiratória
- Palidez cutâneo, mucosa e apneia
- Tosse Restrição para falar Respiração ruidosa (estridor)
- Chiado

- Início súbito de grave dificuldade respiratória, na ausência de febre ou sintomas respiratórios, sugere OVACE.

Cuidados com OVACE

- Observar riscos de apneia

Observar riscos de bronco aspiração.

- Caso saiba a técnica realizar manobras de Heimlich.

MANOBRA DE HEIMLICH



MANOBRA DE HEIMLICH EM BEBÊS



Caso haja alguma complicação, acione a emergência, ligando para **192 ou 193**

01

Apoiar o bebê no braço, com a cabeça mais abaixo que o corpo, tendo o cuidado de manter a boca do bebê aberta.

02

Aplicar 5 batidas com o "calcanhar" da mão nas costas do bebê, na região entre as escápulas.

03

Virar o bebê com a barriga para cima, mantendo a inclinação original e a boca aberta, e iniciar 5 compressões no osso do peito da criança, logo abaixo da linha imaginária traçada entre os mamilos.

04

Repita esse ciclo até o bebê expelir o objeto.



MANOBRAS PARA DESOBSTRUÇÃO EM LACTENTE



GASTROENTERITE AGUDA

- Cinco bilhões de episódios anuais
- Mortalidade de até 15-30%, nos países em desenvolvimento.
- Número de evacuações líquidas, maior do que 3, ou um único episódio semilíquido contendo muco ou sangue no período de 12 horas (duração menor de 14 dias).

Principais manifestações clínicas:

- Diarreia
- Vômitos
- Febre
- Anorexia
- Cefaleia
- Mialgia

SINAIS DE DESIDRATAÇÃO

- Criança irritada, apática ou comatosa
- Sede excessiva
- Diurese diminuída ou ausente
- Fontanelas deprimidas
- Turgor cutâneo diminuído ou ausente
- Olhos encovados
- Olhar perdido

ROTAVÍRUS

- Causam gastroenterite aguda e diarreia infantil;
- Gastroenterite leve a severa, com vômito, diarreia aquosa e febre de baixo grau;
- Período de incubação – 1 a 3 dias;
- Multiplicação do vírus no intestino;
- Transmissão – fecal / oral, contato pessoal com mãos, alimentos manipulados ou contaminados.

ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM PARA A CRIANÇA COM DIARRÉIA

- Avaliar sinais de desidratação, alteração dos sinais vitais e assaduras, para prevenir complicações.
- Orientar a família quanto a não gravidade da doença se bem tratada
- Identificar a fonte de infecção podendo ser um familiar

ABDOME AGUDO

Sinais de alerta:

- Vômitos: com bile,
- Fecalóides ou em jato
- Parada de eliminação de gases e fezes
- Distensão abdominal
- Massa abdominal palpável
- Sangramento intestinal

- Peristaltismo visível

Principais manifestações clínicas:

- Toxemia
- Vômitos
- Febre
- Anorexia
- Tensão abdominal,
- Dor à palpação ou à manobra de descompressão brusca e defesa muscular
- Massas e plastrões palpáveis

CIRÚRGICO	↔	CLÍNICO
Úlcera Perfurada	Pancreatite Aguda	Calculose Renal
Apendicite	Diverticulite Aguda	Pielonefrite
Aneurisma Aorta	Cisto de Ovário Roto	Hematoma da Bainha do Reto
Prenhez Tubária	Obstrução Intestinal	Adenite Mesentérica
Diverticulite Meckel	Salpingite	Hepatite Aguda
Colecistite Aguda		

HEMORRAGIA DIGESTIVA

Incomum em crianças

Pode significar situação de extrema gravidade

Na maioria das vezes em pequena quantidade e autolimitada

Dividida em: HD alta e HD baixa

ACIDENTES MAIS COMUNS NA INFÂNCIA

QUEDAS - CORTES - QUEIMADURAS - INTOXICAÇÃO - TRÂNSITO CHOQUE ELÉTRICO

Quedas: 2 a 9 meses por meio de superfícies altas (sofás, camas) do carrinho; 9 meses a 3 anos de objetos, terraços e de janelas.

Obs.: para evitar preocupe-se em colocar grades nas janelas e portões nas escadas. Além disso, redobre a atenção em locais de brincadeira.

Cortes: 4 a 9 meses a presença de objetos afiados no chão, bordas afiadas de móveis.

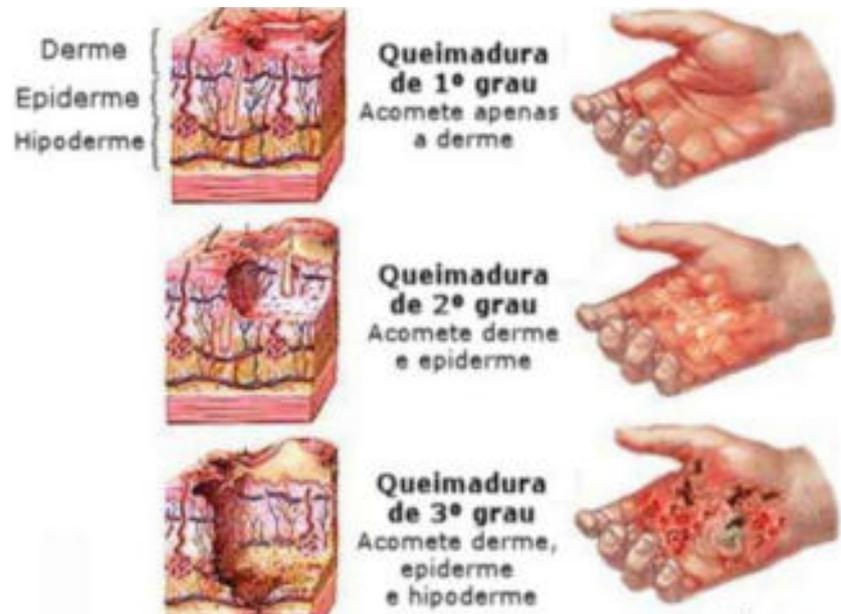
9 meses a 5 anos - os acidentes nessa faixa etária normalmente acontecem pela presença de objetos afiados em gavetas e armários, quinas e bordas de móveis afiadas e sem proteção.

CURATIVO COMPRESSIVO

O socorrista deverá colocar mais gaze quando as primeiras camadas estiverem umedecidas de sangue, utilizando ataduras de crepom para manter compressão na lesão, tendo o cuidado para não comprometer a perfusão capilar periférica.

QUEIMADURAS

- 4 a 9 meses – as queimaduras nessa faixa etária acontecem principalmente com bebidas ou comidas quentes e dificuldade de atenção do cuidador
- (andadores) 9 meses a 3 anos – o acesso a fogão, lampião, aquecedores, o uso de velas acesas;
- 2 a 5 anos – o encantamento pela luz, e o acesso fácil a fósforos, velas, fogão.



QUEIMADURAS

CERTO	ERRADO
 <p>RESFRIE A REGIÃO COM ÁGUA CORRENTE OU COMPRESSA GELADA</p>	 <p>NÃO COLOQUE GELO E NÃO ASSOPRE</p>
 <p>PROTEJA O LOCAL COM UM PANO LIMPO OU FILME PLÁSTICO</p>	 <p>NÃO APLIQUE PASTA DE DENTE, NEM ALIMENTOS COMO OVO, ÓLEO DE COZINHA OU MANTEIGA</p>
 <p>PROCURE UM MÉDICO SE A LESÃO FOR GRAVE</p>	 <p>NÃO USE POMADAS À BASE DE PICRATO DE BUTENSIN</p>
	 <p>NÃO TENTE RETIRAR A ROUPA SE ESTIVER GRUDADA NA PELE</p>

TIPOS DE QUEIMADURA

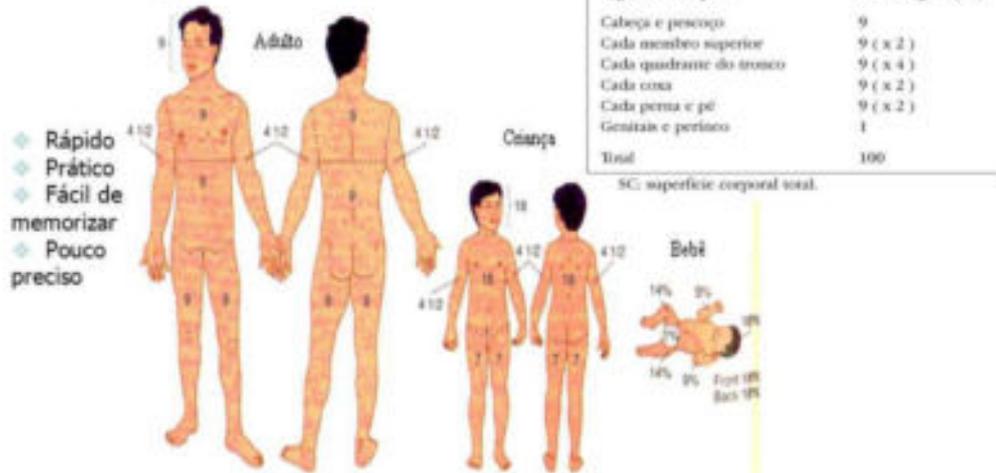


PEQUENAS QUEIMADURAS TÉRMICAS

- Lavar com água
- Colocar sobre a área queimada uma gaze ou pano limpo
- Não aplicar unguentos, graxas ou outras substâncias
- Não furar as bolhas
- Não tocar nas áreas queimadas
- Procurar imediatamente o ambulatório de acidentados

Calculando a área queimada

• Regra dos Nove



Reposição Volêmica no queimado:

Fórmula de reposição de Parklandl:

4ml de RL X % área queimada X Peso

4ml de RL X % área queimada X

Peso

- Metade do total nas 8h iniciais
- Metade nas 18h posteriores

Tratamento Inicial

1. Queimaduras Térmicas – Frio

- Retirar roupas úmidas e apertadas
- Cobertor quente
- Ingestão de líquido quente
- Água corrente 40° C – 20 a 30 min

1. Queimaduras Térmicas – Calor

Parar x Resfriar

Objetos: calor residual

Curaivo: seco, esterelizado e não aderente

Não aplicar:

Lamina Antimicrobiana

Queimaduras solares

Queimaduras solares, que causam vermelhidão, coceiras, ardor e bolhas, resultam da exposição exagerada da

pele ao sol. Podem ser causadas até por mormaço, e o reflexo da luz do sol em água ou gelo aumenta o risco.

1 Antes de tratar a vítima, remova-a do sol para um local fresco e sombreado. Então, usando um pano macio embebido em água fria, delicadamente resfrie as regiões queimadas

2 Dê água para a vítima beber e continue a resfriar a pele queimada com água. Calamina ou um produto pós-sol podem ajudar a aliviar queimaduras leves.



QUEIMADURAS POR PRODUTOS QUÍMICOS

- Lavar o local com água fria e corrente imediatamente, e, se possível, deixar alguns minutos na água;
- Fazer compressas frias para diminuir a dor e o edema;
- Se tiver bolhas, cobri-las com gases molhadas; ingerir líquidos

Considerações especiais – Queimaduras elétricas

- Inconsciência
- Arritmias
- PR e PCR
- Convulsões
- Lesões musculares e ósseas

INTOXICAÇÃO

É comum a criança ingerir plantas venenosas, produtos de limpeza e medicamentos,

desde que estejam ao seu alcance.

Caso isso ocorra encaminhe o mais rápido possível ao atendimento especializado, se possível leve a embalagem do produto ingerido.

Causas da intoxicação

- Produtos químicos em garrafas PET (detergente, desinfetante e cloro);
- Produtos utilizados na eliminação de pragas.
- Uso de remédio para tosse, ATB e etc.;
- Desconhecimento da Indeterminação e incompreensão da dosagem;
- Facilidade na abertura dos frascos;
- Facilidade de acesso no uso da medicação da própria criança;
- Facilidade de acesso a medicações utilizadas por outros membros da casa;

Cuidados de enfermagem

- Coletar o máximo de informações possíveis com a mãe/acompanhante da criança;
- Monitorar sinais vitais, saturometria;
- Cumprir prescrição médica;
- Lembrar-se da importância de contatar o Centro Toxicológico;

Executar uma assistência segura e ética;

- Não emitir julgamentos: comunicação verbal e não verbal;

CHOQUE ELÉTRICO

- As tomadas são um alvo fácil, e também os fios, para prevenir tais acidentes nos preocupar em:
- Proteger as tomadas;
- Evitar extensões;
- Manter os aparelhos elétricos mais perigosos fora do alcance da criança

Caso o choque aconteça:

Desligar a chave geral, solte a **criança do que está segurando e procure atendimento médico especializado**

TRÂNSITO

- O descumprimento das normas de segurança em veículos automotores atinge normalmente a população de 1 a 12 meses;
- Atropelamentos – faixa etária de 12 meses a 3 anos;
- Acidentes de bicicleta – faixa etária de 3 a 5 anos.

CONDUTA PARA AVALIAÇÃO EM CRIANÇAS

- Posicione-se ao nível dos olhos dela;
- Fale em voz calma e baixa;
- Envolve os pais;
- Reserve as partes mais difíceis para o final;
- Verifique os sinais vitais com mais frequência que nos adultos;
- Considere o mecanismo da lesão para traçar plano de cuidados visando à gravidade da criança;

- Aplique RCP em caso de PCR;
- Acione Serviço Médico Especializado

RCP EM LACTENTES E CRIANÇAS

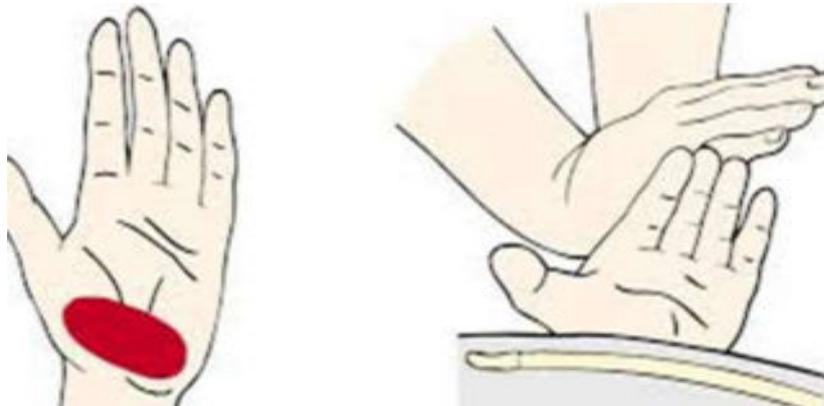
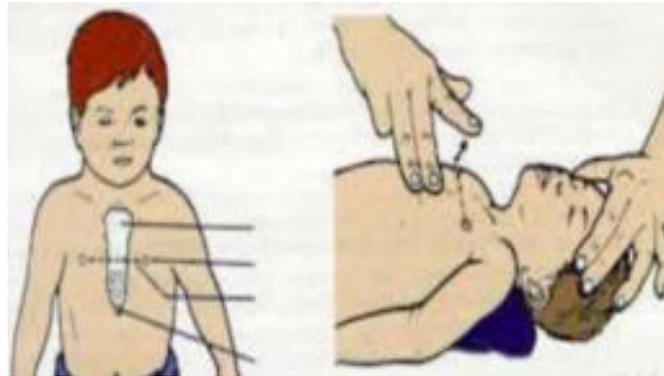
- Checar a responsividade
- Checar respiração
- Checar pulso central (< 10 segundos)
- Lactentes: pulso braquial
- Crianças: pulso carotídeo

Se inconsciência, apneia ou gasping e ausência pulso iniciar RPC na sequência:

- **C**ompressões torácicas
- **A**bertura das vias aéreas
- **B**oa respiração

CARACTERÍSTICAS DA RPC DE ALTA QUALIDADE

- Frequência das compressões – mínimo 100/min
- Profundidade das compressões – 1/3 diâmetro ou 4cm
- Permitir o retorno do tórax
- Minimizar as interrupções das compressões
- Evitar a hiperventilação



ATENÇÃO

Espera o retorno total do tórax após cada compressão, não se apoie no tórax depois de cada compressão

Limite de interrupções nas compressões torácicas a menos de 10 segundos

Dispositivo mecânicos para compressão torácica



Sequencia C-A-B como a preferida em pediatria;

Limite máximo de 6 cm de profundidade para compressões torácicas em adolescentes;

Doção da velocidade de 100 a 120 compressões por minuto;

Reiteração da necessidade de compressão e ventilação no SBV pediátrico

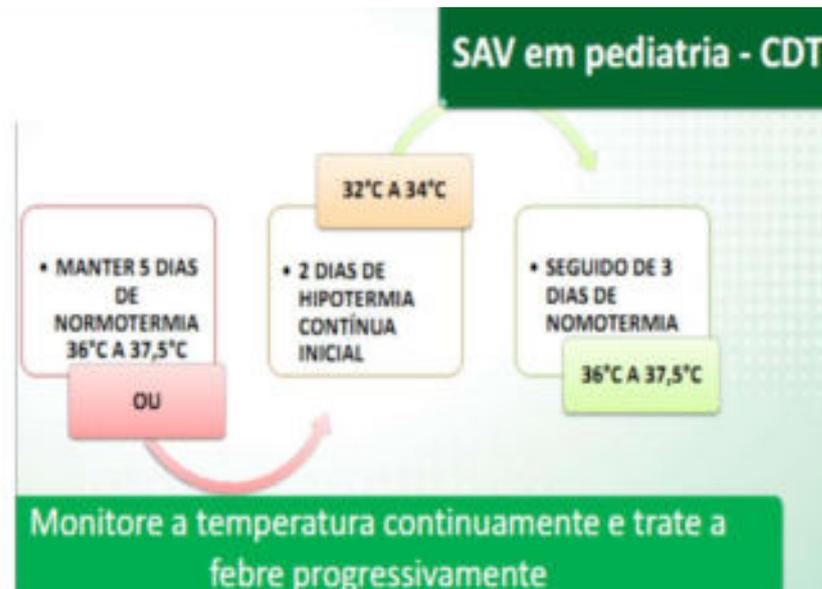
Administração ev rápida de fluídos isotônicos para TTT de choque séptico;

Administração de atropina como pré-medicação para intubação traqueal de emergência em não neonatos;

Amiodarona ou lidocaína agentes antiarrítmicos aceitáveis;

Epinefrina droga de escolha;

Evitar febre em crianças comatosas com RCE



RESSUSCITAÇÃO NEONATAL

- Golden minute
- ECG (**3 derivações** + oximetria)
- O₂ para prematuros 21% - 30%
- Hipotermia terapêutica
- Manter temperatura entre 36,5°C e 37,5°C
- A hipertemia deve ser evitada (>38°C)

ABC – Asfixia= 3.1

- 90 comp. E 30 respirações por minuto
- Causa cardíaca= 15:2 por exemplo

COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO E TEMPO DE PCR

- Até 04 minutos – excelente chance de recuperação neurológica
- De 04 a 06 minutos – pode ocorrer dano neurológico
- Após 06 minutos – espera-se dano neurológico
- Após 10 minutos – espera-se morte cerebral

5 TIPOS DE ANEMIA MAIS COMUNS AS FORMAS DE TRATAMENTO:

ANEMIA FERROPRIVA

Esta é uma das variações mais comuns da doença, causada por uma concentração baixa de ferro nas hemoglobinas. Geralmente, a condição é desencadeada pelo pouco consumo de alimentos que possuem o micronutriente como ovos, carne vermelha ou vegetais de coloração verde escura como o espinafre, além de leguminosas como o feijão e a soja.

O tratamento indicado para esse tipo de anemia é a reposição do nutriente sob orientação médica, além de recomendada uma maior ingestão de alimentos ricos em ferro. Caso o quadro seja grave, o pediatra poderá indicar a transfusão de hemácias, mas é extremamente raro que isso aconteça.

ANEMIA MEGALOBLÁSTICA

Este tipo da doença pode ser acarretada pela deficiência de vitamina B12 ou de ácido fólico, devido a carência da ingestão de alimentos ricos nessas duas substâncias como carnes, ovos, leite e seus derivados, leguminosas como lentilha e feijão-preto, além de vegetais de cor verde escuro, como o espinafre. Essa deficiência nutricional acaba

fazendo com que os glóbulos vermelhos do sangue apresentem um tamanho anormal, além de diminuir os glóbulos brancos e as plaquetas sanguíneas.

As formas mais comuns de tratamento são, além da reeducação nutricional, a administração de medicamentos para repor os níveis de ácido fólico da vitamina B12. Em casos graves, o pediatra poderá recomendar a transfusão de hemácias.

ANEMIA PERNICIOSA

Esta é um subtipo da anemia megaloblástica, mas neste caso, a carência da vitamina B12 se deve a uma falha na absorção, por causa de um enfraquecimento do revestimento do estômago ou de uma condição autoimune. Caso não seja tratada com precisão, poderá acarretar danos sérios ao desenvolvimento cognitivo e cardíaco da criança. Como neste caso a ingestão de alimentos ricos em vitamina B12 não muda a absorção, muito provavelmente o tratamento será medicamentoso, de acordo com a prescrição médica.

ANEMIA HEMOLÍTICA

Há quatro tipos de anemia hemolítica, sendo que a mais comum é a causada por esferocitose hereditária. Como o próprio nome sugere, é uma doença genética, ou seja, transmitida dos pais para o filho. Neste caso, as hemácias que normalmente vivem 120 dias possuem menor tempo de vida, além de serem menores e mais redondinhas.

Esse formato faz com que essas células sejam 'sequestradas' rapidamente pelo baço, um órgão que desempenha uma função muito importante no sistema imunológico: de filtro e reservatório de sangue. Muito provavelmente o pediatra pedirá uma série de exames além do hemograma para fazer o diagnóstico.

ANEMIA FALCIFORME

Assim como as anemias hemolíticas, a falciforme também é hereditária. Uma de suas principais características é a alteração no formato dos glóbulos vermelhos, que se parecem com uma foice, justificando seu nome. Devido à sua forma, essas células do sangue se rompem com maior facilidade, o que acaba por causar a anemia.

No caso de bebês e crianças, os sintomas geralmente aparecem a partir dos seis meses de vida. Entre os sinais mais comuns estão as dores em ossos e articulações. Frio, desidratação e infecções, como pneumonias e meningites, podem potencializá-las.

Os exames capazes de identificar a condição são o teste do pezinho e a eletroforese de hemoglobina, a proteína do sangue. Crianças portadoras da doença deverão ter acompanhamento de uma equipe especializada formada por pediatras, enfermeiros, nutricionistas e até dentistas. Quanto mais cedo a anemia falciforme for descoberta, mais efetivas serão as medidas preventivas.

7.6.30. Protocolos Assistenciais de Notificação Compulsória

A notificação compulsória é obrigatória, e será efetuada por todos os médicos, enfermeiros, ou demais profissionais de saúde que estiver prestando o atendimento ao paciente em seu plantão.

Ela será realizada diante da suspeita ou confirmação de doença ou agravo do paciente.

A notificação compulsória será efetuada pelo profissional de saúde imediatamente, ou o mais rápido possível em até 24 (vinte e quatro) horas considerando a data do registro de quem prestou o primeiro atendimento ao paciente.

As doenças e eventos classificados para as Notificações Compulsórias serão extraídas da Portaria 104 publicada em 25 de janeiro de 2011 e os procedimentos e

protocolos serão seguidos em conformidade com a Lei 6.259 de 30 de outubro de 1975.

De acordo com informações coletadas em visita técnica, foi identificado que hoje a Unidade efetua as notificações compulsórias através do preenchimento de um formulário próprio recolhido pela equipe da Vigilância Sanitária e Epidemiológica do município 3 vezes por semana, às segundas, quartas e sextas-feiras. De acordo com a demanda, este fluxo poderá ser alterado em conjunto com a municipalidade, respeitando todos os protocolos exigidos pela Lei e Portaria supracitados.

Protocolo Antirrábico – Raiva Humana

A raiva é uma zoonose viral, que se caracteriza como uma encefalite progressiva aguda e letal. Apresenta letalidade aproximada de 100% e alto custo na assistência das pessoas expostas ao risco de adoecer e morrer.

O vírus rábico é neurotrópico e sua ação, no sistema nervoso central, causa um quadro clínico característico de encefalite aguda, decorrente da sua multiplicação entre os neurônios. O vírus da raiva penetra no organismo por meio de soluções de continuidade produzidas por mordeduras, lambeduras ou arranhaduras.

Podem ocorrer hiperestesia e parestesia nos trajetos de nervos periféricos, próximos ao local da mordedura, e alterações de comportamento. A infecção progride, surgindo manifestações de ansiedade e hiperexcitabilidade crescentes, febre, delírios, espasmos musculares involuntários generalizados e/ou convulsões.

Ocorrem espasmos dos músculos da laringe, faringe e língua, quando o paciente vê ou tenta ingerir líquido (hidrofobia), apresentando sialorréia intensa.

Os espasmos musculares evoluem para quadro de paralisia, levando a alterações cardiorrespiratórias, retenção urinária e intestinal. O paciente se mantém consciente, com períodos de alucinações, até a instalação do quadro comatoso e evolução para óbito.

São ainda observadas disfagia, aerofobia, hiperacusia, fotofobia. O período de evolução do quadro clínico, após instalados os sinais e sintomas até o óbito, varia, em média, de 5 a 7 dias.

✓ Definição de caso:

- **Caso suspeito:** todo indivíduo que apresenta quadro clínico sugestivo de encefalite rábica, com antecedentes ou não de exposição ao vírus rábico;
- **Caso confirmado:** todo aquele comprovado laboratorialmente;
- **Critério clínico-epidemiológico:** todo indivíduo com quadro clínico compatível de encefalite rábica, associado a antecedentes de agressão ou contato com animal suspeito, evoluindo para óbito.

✓ Período de incubação

Pode ser de dias até anos, com média de 45 dias, no homem, e de 10 dias a 2 meses, no cão.

Em crianças, existe a tendência para um período de incubação menor que o do indivíduo adulto. O período de incubação está relacionado à localização e gravidade da mordedura, arranhadura ou lambedura de animais infectados, proximidade de troncos nervosos e concentração de partículas virais inoculadas

✓ Transmissão

Ocorre pela inoculação do vírus contido na saliva do animal infectado, principalmente pela mordedura e, mais raramente, pela arranhadura e/ou lambedura de mucosas. O vírus penetra no organismo, multiplica-se no ponto de inoculação, atinge o sistema nervoso periférico e, posteriormente, o sistema nervoso central. A partir daí, dissemina-se para vários órgãos e para as glândulas salivares, onde também se replica.

O vírus é eliminado pela saliva das pessoas ou animais enfermos.

✓ Diagnóstico diferencial

No caso da raiva humana transmitida por morcegos hematófagos, cuja forma é predominantemente parálitica, o diagnóstico é incerto e a suspeita recai em outros agravos que podem ser confundidos com raiva humana: tétano; pasteurelose, por

mordedura de gato e de cão; infecção por vírus B (Herpesvirus simiae), por mordedura de macaco; botulismo e febre por mordida de rato (Sodoku); febre por arranhadura de gato (linforreticulose benigna de inoculação); encefalite pós- -vacinal; quadros psiquiátricos; outras encefalites virais, especialmente as causadas por outros rabdovírus; e tularemia.

✓ **Prevenção**

É feita mediante manutenção de altas coberturas vacinais em animais domésticos de áreas urbanas e rurais, por meio de estratégias de rotina e campanhas; controle de foco e bloqueio vacinal; captura e eliminação de cães de rua e envio de amostras para exame laboratorial, para monitoramento da circulação viral. Isolamento do paciente hospitalizado: isolamento em quarto com pouca luminosidade, evitar ruídos e formação de correntes de ar, proibir visitas e somente permitir entrada de pessoal da equipe de atendimento, que deve estar devidamente capacitada e pré-imunizada.

✓ **Profilaxia**

É feita com o uso de vacinas e soro, quando os indivíduos são expostos ao vírus pela mordedura, lambedura de mucosas ou arranhadura provocada por animais transmissores da raiva.

A vacinação não tem contraindicação, devendo ser iniciada o mais breve possível, garantindo o completo esquema de vacinação preconizado.

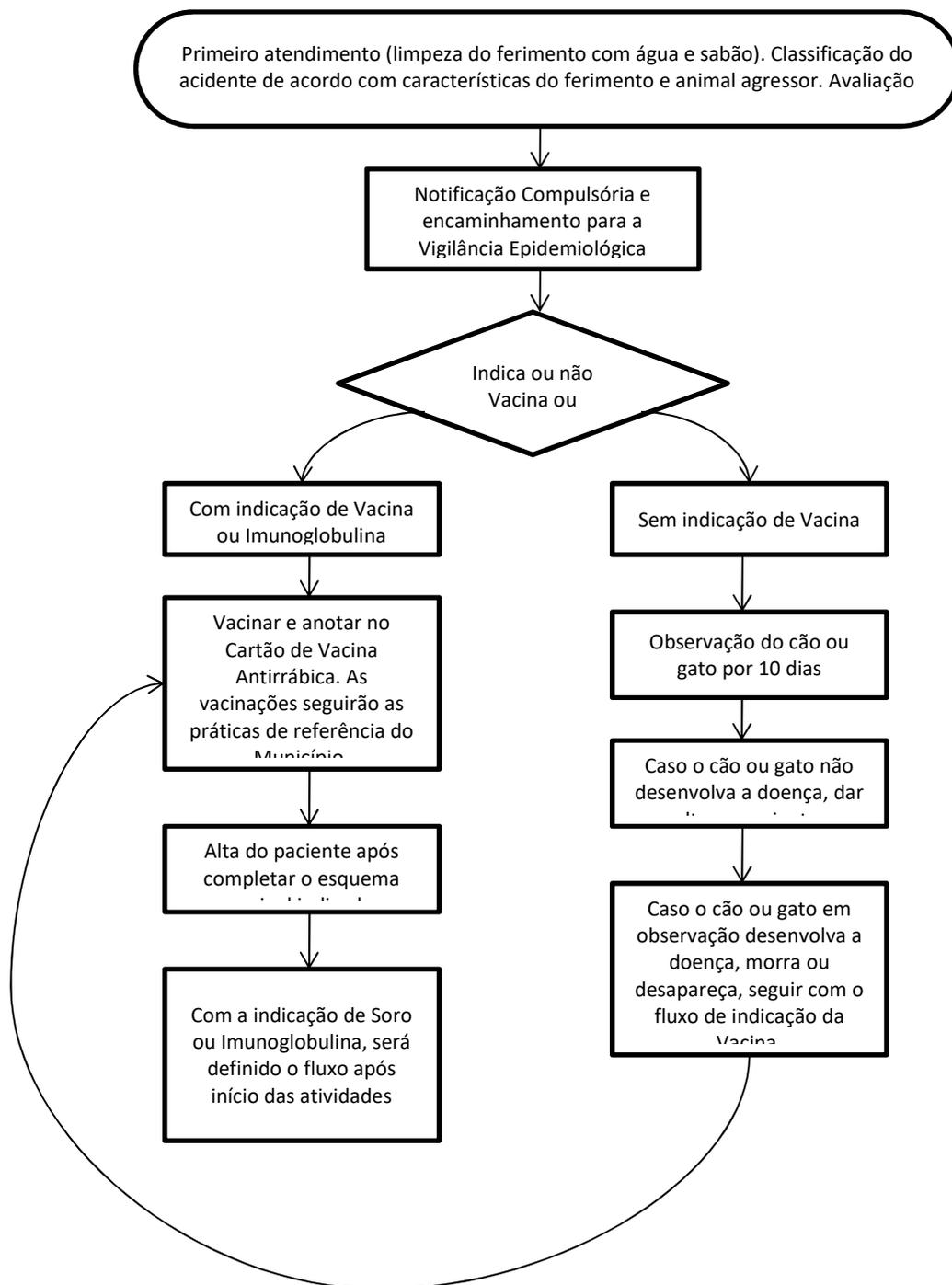
Esquema para profilaxia pós-exposição da raiva humana:

TIPO DE EXPOSIÇÃO	CÃO OU GATO SEM SUSPEITA DE RAIVA NO MOMENTO DA AGRESSÃO	CÃO OU GATO CLINICAMENTE SUSPEITO DE RAIVA NO MOMENTO DA AGRESSÃO	CÃO OU GATO RAIVOSO DESAPARECIDO OU MORTO ANIMAIS SILVESTRES (INCLUSIVE DOMICILIADOS)
Contato indireto	Lavar com água e sabão Não tratar	Lavar com água e sabão Não tratar	Lavar com água e sabão Não tratar

<p>Acidentes leves: Ferimentos superficiais, pouco extensos, geralmente únicos, em tronco e membros (exceto mãos, polpas digitais e planta dos pés); podem acontecer em decorrência de mordeduras ou arranhaduras causadas por unha ou dente. Lamedura de pele com lesões superficiais.</p>	<p>Lavar com água e sabão, observar o animal durante 10 dias após exposição; Se o animal permanecer sadio no período de observação, encerrar o caso; Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, administrar 5 doses de vacina (dias 0, 3, 7, 14 e 28).</p>	<p>Lavar com água e sabão Iniciar tratamento profilático com 2 doses (dias 0 e 3); Observar o animal durante 10 dias após exposição; Se a suspeita de Raiva for descartada após o 10º dia de observação, suspender o tratamento profilático e encerrar o caso; Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, completar o esquema até 5 doses. Aplicar uma dose entre o 7º e o 10º dias e mais duas doses nos dias 14 e 28.</p>	<p>Lavar com água e sabão Iniciar imediatamente o esquema profilático com 5 doses de vacina administradas nos dias 0, 3, 7, 14 e 28.</p>
<p>Acidentes graves: Ferimentos na cabeça, face, pescoço, mão, polpas digitais e/ou planta do pé; Ferimentos profundos, múltiplos ou extensos, em qualquer região do corpo; Lamedura de mucosas; Lamedura de pele onde já existe lesão grave; Ferimento profundo causado por unha de animal</p>	<p>Lavar com água e sabão Observar o animal durante 10 dias após exposição; Iniciar esquema profilático com 2 doses de vacina, uma no dia 0 e outra no dia 3; Se o animal permanecer sadio neste período, encerrar o caso; Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, dar continuidade ao esquema profilático, administrando o soro e completando o esquema até 5 doses. Aplicar uma dose entre o 7º e o 10º dias e mais duas doses nos dias 14 e 28</p>	<p>Lavar com água e sabão; Iniciar o tratamento com soro e 5 doses de vacina nos dias 0, 3, 7, 14 e 28; Observar o animal durante 10 dias após exposição; Se a suspeita de raiva for descartada após o 10º dia de observação, suspender o esquema profilático e encerrar o caso.</p>	<p>Lavar com água e sabão; Iniciar imediatamente o esquema profilático com soro e 5 doses de vacina administrada nos dias 0, 3, 7, 14 e 28.</p>

Fluxo de atendimento e indicação de vacina ou soro/ imunoglobulina

Exemplo de Fluxograma de Notificação Compulsória para Raiva Humana



Observação: Esse fluxo poderá sofrer alterações a qualquer tempo, respeitando as necessidades dos pacientes, prazo para entrega dos resultados dos exames e capacidade

da Unidade de atendimento.

Outro agravo de preocupação do Município, é a Diarreia, sendo seu protocolo já citado no item 6.6.5.19.

Essa enfermidade causa, o Instituto levará ao conhecimento da Secretaria da Saúde, para identificar causas e tomar devidas providencias para conter avanços de surtos epidemiológicos.

7.6.31. Protocolo Antirrábico – Raiva Humana

A raiva é uma zoonose viral, que se caracteriza como uma encefalite progressiva aguda e letal. Apresenta letalidade aproximada de 100% e alto custo na assistência das pessoas expostas ao risco de adoecer e morrer.

O vírus rábico é neurotrópico e sua ação, no sistema nervoso central, causa um quadro clínico característico de encefalite aguda, decorrente da sua multiplicação entre os neurônios. O vírus da raiva penetra no organismo por meio de soluções de continuidade produzidas por mordeduras, lambeduras ou arranhaduras.

Podem ocorrer hiperestesia e parestesia nos trajetos de nervos periféricos, próximos ao local da mordedura, e alterações de comportamento. A infecção progride, surgindo manifestações de ansiedade e hiperexcitabilidade crescentes, febre, delírios, espasmos musculares involuntários generalizados e/ou convulsões.

Ocorrem espasmos dos músculos da laringe, faringe e língua, quando o paciente vê ou tenta ingerir líquido (hidrofobia), apresentando sialorréia intensa.

Os espasmos musculares evoluem para quadro de paralisia, levando a alterações cardiorrespiratórias, retenção urinária e intestinal. O paciente se mantém consciente, com períodos de alucinações, até a instalação do quadro comatoso e evolução para óbito.

São ainda observadas disfagia, aerofobia, hiperacusia, fotofobia. O período de evolução do quadro clínico, após instalados os sinais e sintomas até o óbito, varia, em

média, de 5 a 7 dias.

✓ Definição de caso:

- **Caso suspeito:** todo indivíduo que apresenta quadro clínico sugestivo de encefalite rábica, com antecedentes ou não de exposição ao vírus rábico;
- **Caso confirmado:** todo aquele comprovado laboratorialmente;
- **Critério clínico-epidemiológico:** todo indivíduo com quadro clínico compatível de encefalite rábica, associado a antecedentes de agressão ou contato com animal suspeito, evoluindo para óbito.

✓ Período de incubação

Pode ser de dias até anos, com média de 45 dias, no homem, e de 10 dias a 2 meses, no cão.

Em crianças, existe a tendência para um período de incubação menor que o do indivíduo adulto. O período de incubação está relacionado à localização e gravidade da mordedura, arranhadura ou lambedura de animais infectados, proximidade de troncos nervosos e concentração de partículas virais inoculadas

✓ Transmissão

Ocorre pela inoculação do vírus contido na saliva do animal infectado, principalmente pela mordedura e, mais raramente, pela arranhadura e/ou lambedura de mucosas. O vírus penetra no organismo, multiplica-se no ponto de inoculação, atinge o sistema nervoso periférico e, posteriormente, o sistema nervoso central. A partir daí, dissemina-se para vários órgãos e para as glândulas salivares, onde também se replica.

O vírus é eliminado pela saliva das pessoas ou animais enfermos.

✓ Diagnóstico diferencial

No caso da raiva humana transmitida por morcegos hematófagos, cuja forma é predominantemente parálitica, o diagnóstico é incerto e a suspeita recai em outros

agravos que podem ser confundidos com raiva humana: tétano; pasteurelose, por mordedura de gato e de cão; infecção por vírus B (Herpesvirus simiae), por mordedura de macaco; botulismo e febre por mordida de rato (Sodoku); febre por arranhadura de gato (linforreticulose benigna de inoculação); encefalite pós- -vacinal; quadros psiquiátricos; outras encefalites virais, especialmente as causadas por outros rabdovírus; e tularemia.

✓ **Prevenção**

É feita mediante manutenção de altas coberturas vacinais em animais domésticos de áreas urbanas e rurais, por meio de estratégias de rotina e campanhas; controle de foco e bloqueio vacinal; captura e eliminação de cães de rua e envio de amostras para exame laboratorial, para monitoramento da circulação viral. Isolamento do paciente hospitalizado: isolamento em quarto com pouca luminosidade, evitar ruídos e formação de correntes de ar, proibir visitas e somente permitir entrada de pessoal da equipe de atendimento, que deve estar devidamente capacitada e pré-imunizada.

✓ **Profilaxia**

É feita com o uso de vacinas e soro, quando os indivíduos são expostos ao vírus pela mordedura, lambedura de mucosas ou arranhadura provocada por animais transmissores da raiva.

A vacinação não tem contraindicação, devendo ser iniciada o mais breve possível, garantindo o completo esquema de vacinação preconizado.

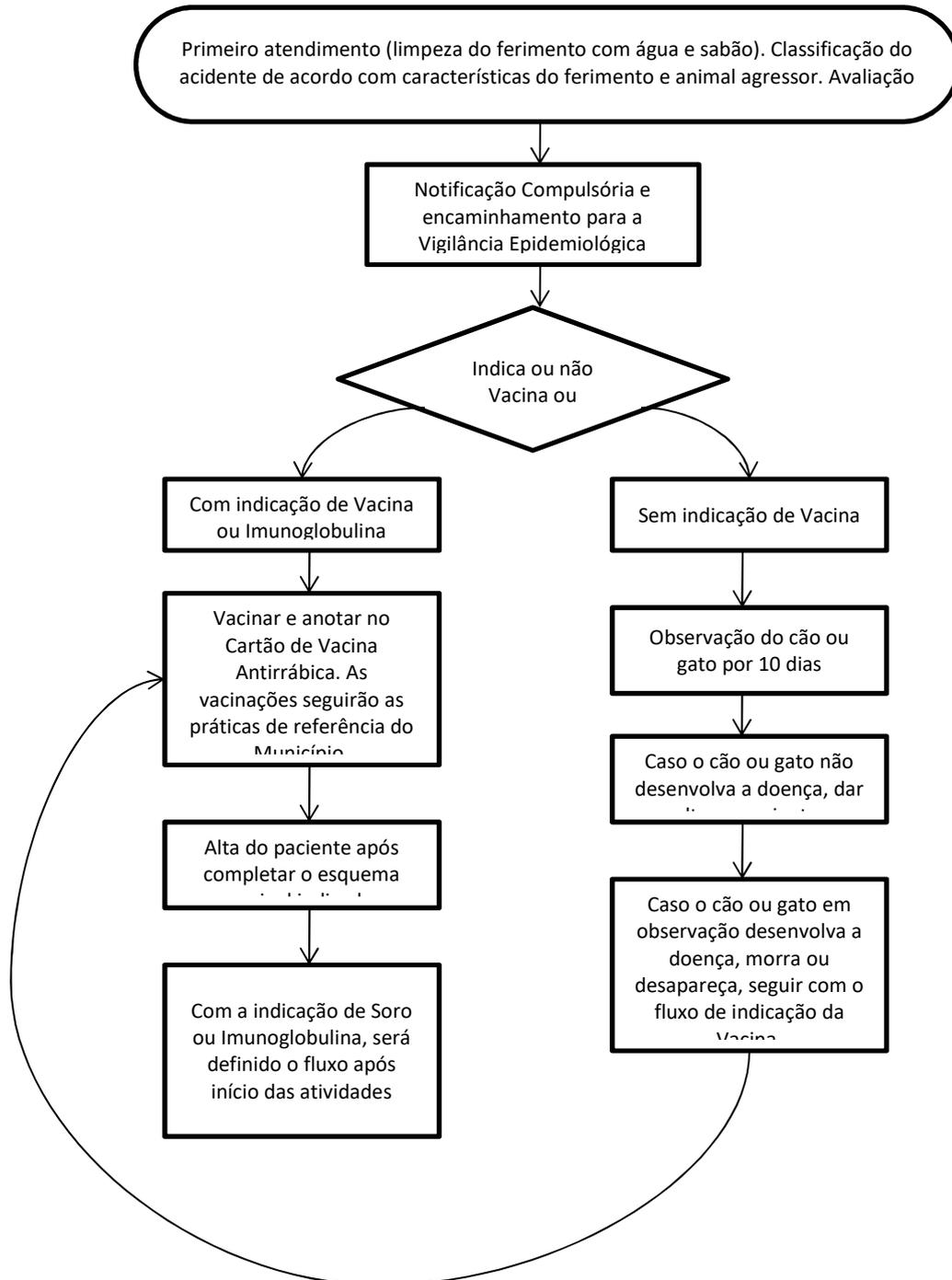
Esquema para profilaxia pós-exposição da raiva humana:

TIPO DE EXPOSIÇÃO	CÃO OU GATO SEM SUSPEITA DE RAIVA NO MOMENTO DA AGRESSÃO	CÃO OU GATO CLINICAMENTE SUSPEITO DE RAIVA NO MOMENTO DA AGRESSÃO	CÃO OU GATO RAIVOSO DESAPARECIDO OU MORTO ANIMAIS SILVESTRES (INCLUSIVE DOMICILIADOS)
Contato indireto	Lavar com água e sabão Não tratar	Lavar com água e sabão Não tratar	Lavar com água e sabão Não tratar

<p>Acidentes leves: Ferimentos superficiais, pouco extensos, geralmente únicos, em tronco e membros (exceto mãos, polpas digitais e planta dos pés); podem acontecer em decorrência de mordeduras ou arranhaduras causadas por unha ou dente. Lamedura de pele com lesões superficiais.</p>	<p>Lavar com água e sabão, observar o animal durante 10 dias após exposição; Se o animal permanecer sadio no período de observação, encerrar o caso; Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, administrar 5 doses de vacina (dias 0, 3, 7, 14 e 28).</p>	<p>Lavar com água e sabão Iniciar tratamento profilático com 2 doses (dias 0 e 3); Observar o animal durante 10 dias após exposição; Se a suspeita de Raiva for descartada após o 10º dia de observação, suspender o tratamento profilático e encerrar o caso; Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, completar o esquema até 5 doses. Aplicar uma dose entre o 7º e o 10º dias e mais duas doses nos dias 14 e 28.</p>	<p>Lavar com água e sabão Iniciar imediatamente o esquema profilático com 5 doses de vacina administradas nos dias 0, 3, 7, 14 e 28.</p>
<p>Acidentes graves: Ferimentos na cabeça, face, pescoço, mão, polpas digitais e/ou planta do pé; Ferimentos profundos, múltiplos ou extensos, em qualquer região do corpo; Lamedura de mucosas; Lamedura de pele onde já existe lesão grave; Ferimento profundo causado por unha de animal</p>	<p>Lavar com água e sabão Observar o animal durante 10 dias após exposição; Iniciar esquema profilático com 2 doses de vacina, uma no dia 0 e outra no dia 3; Se o animal permanecer sadio neste período, encerrar o caso; Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, dar continuidade ao esquema profilático, administrando o soro e completando o esquema até 5 doses. Aplicar uma dose entre o 7º e o 10º dias e mais duas doses nos dias 14 e 28</p>	<p>Lavar com água e sabão; Iniciar o tratamento com soro e 5 doses de vacina nos dias 0, 3, 7, 14 e 28; Observar o animal durante 10 dias após exposição; Se a suspeita de raiva for descartada após o 10º dia de observação, suspender o esquema profilático e encerrar o caso.</p>	<p>Lavar com água e sabão; Iniciar imediatamente o esquema profilático com soro e 5 doses de vacina administrada nos dias 0, 3, 7, 14 e 28.</p>

Fluxo de atendimento e indicação de vacina ou soro/ imunoglobulina

Exemplo de Fluxograma de Notificação Compulsória para Raiva Humana



Observação: Esse fluxo poderá sofrer alterações a qualquer tempo, respeitando as

necessidades dos pacientes, prazo para entrega dos resultados dos exames e capacidade da Unidade de atendimento.

Outro agravo de preocupação do Município, é a Diarreia, sendo seu protocolo já citado anteriormente.

Essa enfermidade causa, o Instituto levará ao conhecimento da Secretaria da Saúde, para identificar causas e tomar devidas providencias para conter avanços de surtos epidemiológicos.

7.7. Atendimento Covid – 19

O Corona vírus (COVID-19) é uma doença infecciosa causada pelo vírus SARS-CoV-2.

A maioria das pessoas que adoece em decorrência da COVID-19 apresenta sintomas leves a moderados e se recupera sem tratamento especial. No entanto, algumas desenvolvem um quadro grave e precisam de atendimento médico.

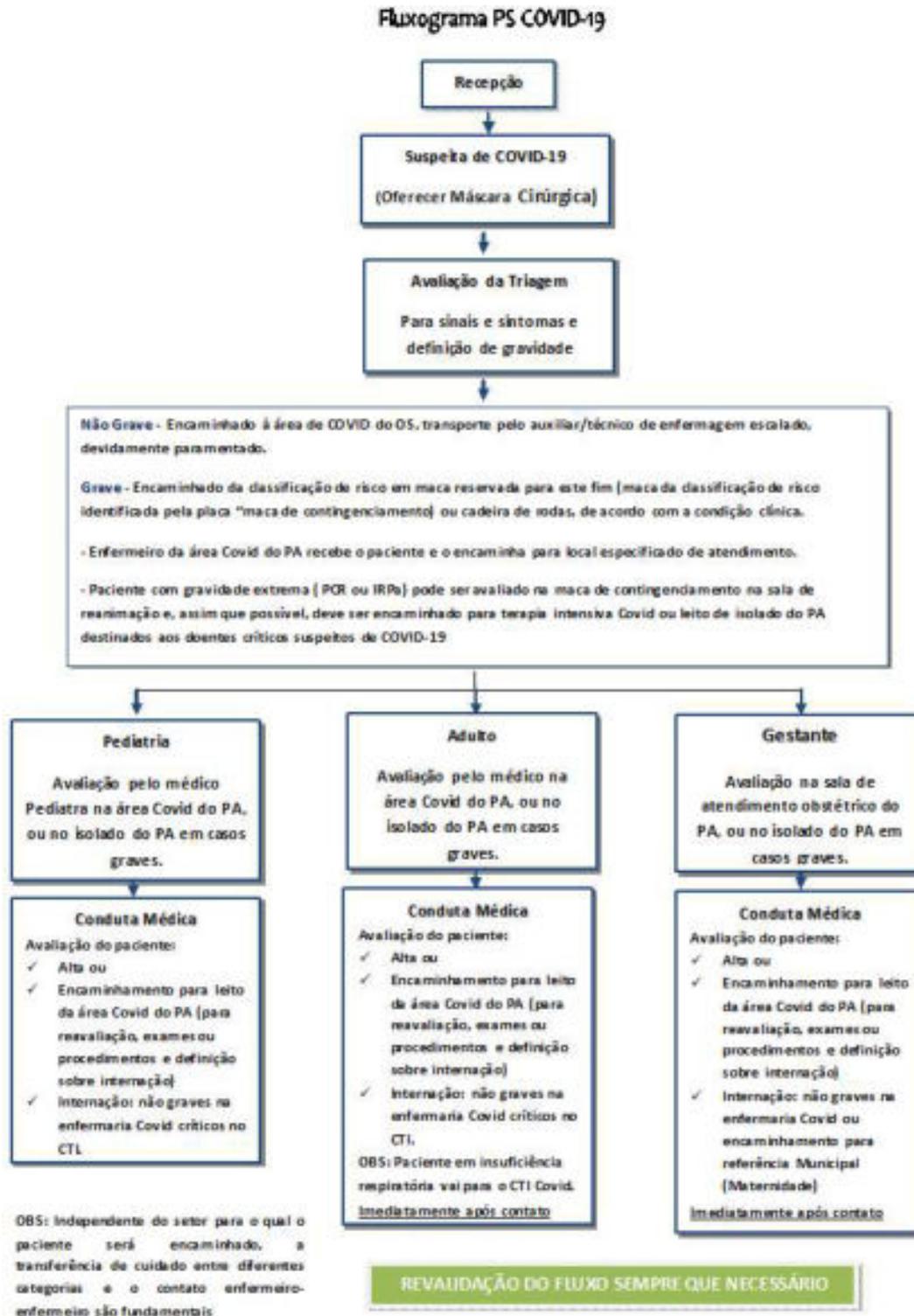
O vírus pode se espalhar pela boca ou pelo nariz de uma pessoa infectada, em pequenas partículas líquidas expelidas quando elas tosse, espirram, falam, cantam ou respiram. O tamanho dessas partículas vai de gotas respiratórias maiores até aerossóis menores.

A infecção pode ocorrer caso você inale o vírus quando estiver perto de alguém que tenha COVID-19 ou se você tocar em uma superfície contaminada e, em seguida, passar as mãos nos olhos, no nariz ou na boca. O vírus se espalha com mais facilidade em locais fechados e em multidões.

No Pronto Atendimento Guido Guida o fluxo de atendimento inicia-se na recepção direcionando os pacientes com síndrome gripal para um local separado, sendo triado e encaminhado ao consultório médico onde serão avaliados para possível internação ou não..

Nos casos graves são direcionados para sal de choque ou retaguarda.

7.7.1. Fluxo COVID-19



O fluxograma poderá ser alterado de acordo com as necessidades e números de atendimento. Toda e qualquer alteração será discutido e deverá ter o aval da Secretaria Municipal de Saúde.

7.8. Legislação e Normas Sanitárias – Urgência e Emergência

O Instituto apoiar-se-á, para a gestão do pronto Atendimento Dr. Guido Guida, nas seguintes Leis e normas sanitárias, observando constantemente as suas atualizações, dentre outras resoluções que norteiam o atendimento ao objeto desta proposta.

- Lei 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde;
- Lei 8.142/90 – Define Formas de Financiamento e Controle Social do SUS;
- Lei 8666/93 - Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.
- Resolução nº. 338, de 06 de maio de 2004. Institui a política nacional de assistência farmacêutica;
- Entre outras;

8. RECURSOS HUMANOS

8.1. Apresentação

A área de Recursos Humanos surgiu da necessidade de zelar não apenas pelos detalhes burocráticos dos colaboradores, como o recrutamento e toda a documentação pertinente, mas também com questões como a sua relação com os gestores, sobretudo no que diz respeito aos seus anseios e expectativas na organização.

Uma entidade privada sem fins lucrativos possui autonomia para a elaboração de seu manual de Recursos Humanos.

Como consta do texto da Lei de OS, trata-se de “regulamento próprio”, ou seja, específico.

Não há por que pretender que todas as entidades sigam exatamente os mesmos procedimentos. Contudo, esses documentos devem ser objetivos e impessoais em seus critérios e normatizações, e devem ser de conhecimento público.

É com esse horizonte que este Referencial se configura como ferramenta de apoio que visa ao aprimoramento dos processos de seleção e gestão de recursos humanos.

A Lei Federal nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação), regulamentada no Estado de São Paulo pelo Decreto nº 58.052/2012, inaugurou uma nova etapa de transparência e prestação de informações por parte da Administração Pública.

Vale destacar que sua abrangência inclui todas as “entidades privadas sem fins lucrativos que recebam recursos públicos estaduais para a realização de atividades de interesse público” (artigo 1º).

E para além da obrigação legal, a cultura de transparência propicia mais democracia e fortalece os pressupostos de autonomia e controle social inerente ao modelo de gestão por Organização Social.

A gestão de recursos humanos, mais do que uma simples “área-meio” administrativa, é elemento fundamental e estratégico para o sucesso de uma instituição. Processos bem elaborados, executados e registrados de seleção, capacitação e gerenciamento de pessoal são decisivos para a qualidade dos serviços oferecidos à população.

Vale acrescentar que a área da saúde depende fundamentalmente de pessoas para a prestação de serviços. Quanto mais bem escolhidos e qualificados forem os

profissionais e quanto maior clareza eles tiverem do compromisso público inerente às atividades da Organização Social, melhores serão os resultados alcançados.

É importante que a confecção e utilização do manual de RH sejam vivenciadas não como um rito procedimental burocrático, mas sim como importante ação administrativa com vistas à obtenção de realizações de maior qualidade e efetividade.

A gestão de pessoas que engloba o capital humano como conhecemos hoje em dia, começou a ter visibilidade com a Teoria das Relações Humanas, um conjunto de teorias administrativas que surgiu no início da década de 1930 nos Estados Unidos.

Dada a importância dessa área, o RH continua passando por frequentes mudanças, atualizações e aprimoramentos de toda ordem. A maioria desses ajustes se dá de dentro para fora.

Mas também ocorrem mudanças de fora do RH para dentro dele, pois a ele têm sido incorporados diversos enriquecimentos de outros profissionais. Entre as áreas que mais englobam conhecimento destacam-se marketing, economia, arquitetura, medicina, psicologia, sociologia e outras igualmente importantes.

Tais mudanças objetivam um melhor ajuste da “lente” que direciona a organização para o alcance de resultados mais promissores. Tais ações visam ainda suprir as necessidades e os interesses do trabalhador, considerado, nessa conjectura, como o cliente interno.

Vale que esse contexto está bastante modificado, já que há algumas décadas o trabalhador era visto meramente como mão de obra. Antes, o homem, enquanto braço forte e produtivo, servia apenas para emprestar suas mãos para o trabalho diário.

Essa visão do trabalhador como mera extensão das máquinas e à disposição de um empregador qualquer em troca de salários baixíssimos foi, aos poucos, sendo desconstruída.

Nos dias atuais, não é somente a área de RH que deve reconhecer

essa realidade, já que o trabalhador representa bem mais do que isto. Todos deveriam ter uma percepção mais distinta da imagem que envolve o trabalhador.

Logo, é preciso olhar para o colaborador como um ser pensante, com sonhos e expectativas. Sobretudo como o cliente interno, com disposição para oferecer sua força de trabalho em troca da conquista de um novo espaço.

Em prol desse objetivo, o setor de RH teve que abandonar antigas funções e evoluir bastante. Em linhas gerais, precisou assumir um novo papel: mais proativo e conforme os novos tempos.

Com essa mudança, o mundo corporativo passou a considerar os indivíduos sob uma nova ótica: são vistos como seres distintos, únicos, dotados de habilidades, emoções, histórias e objetivos.

Mais do que isso: o RH moderno motivou a conscientização de que o trabalhador é dotado de um entusiasmo que impulsiona seus anseios. Desse modo, ele está à espera de novas responsabilidades e de oportunidades que o torne parceiro das organizações, em prol de um crescimento mútuo.

Listamos algumas das principais atividades de competência desse setor.

- Treinamento e Desenvolvimento;
- Planejamento;
- Cargos e Salários;
- Relações Trabalhistas;
- Recrutamento e Seleção;
- Administração de Pessoal;

- Análise de Competências;
- Desenvolvimento Gerencial;
- Avaliação de Desempenho.

8.2. O conceito de competência

O termo competência é utilizado desde a idade média. Inicialmente, essa concepção estava restrita à linguagem usada no setor jurídico. Assim, esse conceito era atrelado a ações da corte e aos indivíduos considerados “competentes” para a realização a um julgamento.

Posteriormente, o termo passou a ser usado também para qualificar pessoas capazes de executar trabalhos com alto grau de excelência. Percebe-se, então, que o termo competência, amplamente utilizado pelas organizações contemporâneas, não é nada recente.

Na atualidade, a noção de competência adquire significados cada vez mais amplos, já que ela não se restringe apenas às fronteiras do ambiente de trabalho. Em diversas áreas, esse termo é utilizado para determinar ou avaliar atributos e habilidades pessoais.

Nesse contexto, diversos são os elementos que compõem a natureza da competência. Há, pois, uma tendência convergente e que compreende as dimensões psicológica, profissional e individual, principalmente.

Isso demonstra que o conceito de competência não está limitado à execução de tarefas de um de cargo ou função, mas torna-se mais abrangente ao inferir caracteres próprios de quem possui tal virtude.

8.3. Esferas de excelência no setor de Recursos Humanos

Para que a empresa moderna tenha uma gestão de RH apta para enfrentar os desafios da atualidade, é necessário observar, no mínimo, cinco esferas de excelência.

8.3.1. Excelência na liderança

Ter uma boa liderança é um dos aspectos fundamentais ao sucesso de qualquer organização. Se o profissional de RH não tiver características condizentes com a função, as atividades desse setor certamente serão comprometidas. Como vimos, competência e credibilidade são essenciais ao sucesso da gestão de RH.

8.3.2. Excelência nas transações

Um bom líder precisa pensar em estratégias que assegurem resultados mais promissores. A gestão deve aprender a delegar funções e, com isso, dedicar-se a tarefas mais importantes e que estejam em acordo com a missão da empresa.

Pensar estrategicamente e otimizar o tempo pode ser um importante diferencial para obter êxito nas transações. Além disso, ainda pode dinamizar os processos que exigem decisões mais assertivas.

8.3.3. Excelência nas soluções

Especialistas afirmam que a tendência de mercado é que as decisões sejam tomadas por um grupo constituído por profissionais generalistas. Nesse sentido,

os gestores precisam ser mais atuantes em RH e conhecedores das estratégias que sinalizem soluções mais eficazes.

8.3.4. Excelência em talentos

O setor de RH que mantém uma visão diferenciada é aquele que lapida — e sabe explorar — o capital intelectual disponível. Para tanto, é preciso enxergar os talentos que se destacam, sobretudo aqueles que garantem e que continuarão garantindo o diferencial da empresa.

Igualmente importante é oferecer-lhes oportunidades de desenvolver suas ideias, e inclusive garantir-lhes um suporte adequado a fim de mantê-los constantemente motivados.

8.3.5. Excelência nos resultados

Como vimos, a ação do RH tem um grande impacto nos negócios da empresa. Esse setor pode ser comparado à mola propulsora que recruta, capacita, seleciona e integra as equipes conforme as necessidades da instituição.

Contextualmente, à essa área cabe a responsabilidade de assumir um papel determinante para o alcance das metas organizacionais. Assim como os outros setores, o departamento de Recursos Humanos também vende ideias, investe em novas estratégias e fomenta soluções.

Logo, pela história do RH percebe-se que, aos poucos, esse órgão foi sendo constituído conforme um conjunto de valores, princípios, técnicas e estratégias que objetivam o desenvolvimento organizacional. Favorece, ainda, o alcance das metas

mais desafiadoras em prol da otimização de resultados.

Nesse contexto, o RH torna-se cada vez mais estratégico na administração do capital humano. Dessa forma, é responsabilidade do profissional de recursos humanos equiparar as políticas de gestão de pessoas às metas e valores da empresa de modo a garantir também o bem-estar no ambiente de trabalho, alta produtividade e atratividade para retenção de talentos.

Com tantas atribuições e possibilidades de atuação, há quem ainda confunda quais são as subdivisões de um departamento de recursos humanos e quais tarefas devem ser executadas por ele. A verdade, é que o RH não é um setor isolado, mas sim parte fundamental para o andamento da empresa e deve atuar sempre alinhado com as lideranças.

E é baseado nesse novo conceito que atuamos.

O RH está relacionado aos processos práticos de um colaborador na empresa. Ou seja, lida com a valorização e busca motivar o funcionário, procurando formas de mantê-lo na empresa para que ambos cresçam lado a lado.

Com tantas atribuições e possibilidades de atuação, há quem ainda confunda quais são as subdivisões de um departamento de recursos humanos e quais tarefas devem ser executadas por ele. A verdade, é que o RH não é um setor isolado, mas sim parte fundamental para o andamento da empresa e deve atuar sempre alinhado com as lideranças.

8.4. Melhorar indicadores de RH

As competências são conceituadas a capacidade de realização, que tem como elementos **conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA)**. Assim, quando pensamos em melhorar o **turnover**, assiduidade, clima organizacional e produtividade, podemos

facilmente encontrar a necessidade de T&D.

Um exemplo simples é o do absenteísmo. Um dia, você confere o controle de ponto na sua mesa de trabalho e, então, vê inúmeras faltas no último trimestre. Nesse caso, o que se espera é uma mudança de atitude — que pode ser treinada ou buscada no mercado.

Poderia ser também a falta de habilidades e conhecimentos. O líder de um setor pode reclamar da produtividade do time, e você notar que os colaboradores não dominam a tecnologia do processo produtivo, só para citar um caso.

Por vezes, é preciso agir pontualmente nas questões relacionadas à motivação e ao bem-estar no trabalho. Aqui, também não há como prever todas as variáveis — de crises econômicas à epidemias, há uma série de coisas difíceis de antecipar que podem abalar o moral e a saúde dos profissionais, exigindo treinamentos.

Por meio do treinamento e do desenvolvimento, a gestão de pessoas oferece o suporte para o crescimento do colaborador e busca realizar os seus potenciais. Consequentemente ocorre o **crescimento do valor do capital humano da empresa**.

Por fim, o desenvolvimento oferece condições para formar pessoas para as posições-chave. Os líderes serão pratas da casa, já plenamente inseridos na cultura organizacional e com grande senso de fidelidade.

Liderança

Identifica os perfis de liderança desejados pela empresa e desenha o caminho dos colaboradores até o comando das equipes ou para serem lideranças informais. No percurso, haverá diversos treinamentos, avaliações de desempenho e feedbacks no sentido de evoluir a capacidade de motivar, orientar, influenciar e afins.

Gestores

Exige a formação das pessoas para compor os quadros administrativos da empresa, por vezes, sendo trabalhado em conjunto com a liderança. Os programas, nesse caso, são bastante centrados em planejamento estratégico, pensamento sistêmico e entendimento das características da organização.

Colaboradores

Pode conectar as posições hierárquicas da empresa ou serem voltados para melhorias, como educação continuada, reciclagem, clima, produtividade etc. O segredo, nesse nível, é coletar o máximo de informações porque há grande diversidade de cargos.

8.5. 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.

8.5.1. 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 na Entidade 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 da Entidade.

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).

8.5.2. Motivadores

Um dos fatores motivacionais é o reconhecimento do bom desempenho que ocorre por meio de devolutiva. O funcionário quer ser reconhecido pelo trabalho que realiza, quer se sentir valorizado pelo seu bom desempenho. Proporcionar crescimento, desenvolvimento e perspectiva de progressão no futuro, também é um fator motivacional importante, pois o funcionário se sente mais entusiasmado a trabalhar quando a instituição oferece oportunidades de capacitação.

Além disso, a realização pessoal é outro fator determinante, onde para Silva e Rodrigues (2007, p.51), "(...) a pessoa evidencia um alto nível de motivação para auto realização, e busca sua autonomia, assumindo desafios reais no seu trabalho e lutando continuamente pelo seu sucesso pessoal".

Em qualquer segmento, a motivação move o ser humano para uma ação positiva a seu benefício, ao de seu próximo e de sua organização. E, existem inúmeros meios de gestão, bastando à análise concreta de estudos de casos para a ação efetiva em cada ambiente organizacional.

8.5.3. Clima Organizacional

O clima organizacional afeta a motivação, o desempenho e a satisfação no

trabalho. Ele cria certos tipos de expectativas cujas consequências se seguem em decorrência de diferentes ações. As pessoas esperam certas recompensas, satisfações e frustrações na base de suas percepções do clima organizacional. O clima organizacional é o conjunto de fatores que interferem na satisfação ou descontentamento no trabalho. É o conjunto de variáveis que busca identificar os aspectos que precisam ser melhorados, em busca da satisfação e bem-estar dos colaboradores.

Educação corporativa é a prática coordenada de gestão de pessoas e de gestão do conhecimento tendo como orientação a estratégia de longo prazo de uma organização.

8.5.4. 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.
- Ter um enfoque "eu e meu departamento"

8.5.5. 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 nos 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.

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.

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 talentos 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 quer 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.

Uma vez contratado o funcionário, em ambos os setores, o gestor é instigado a manter sua equipe motivada, alinhada e evitar que desejem se desligar da função. No setor privado, existe a facilidade de direcionar funcionários e propósitos da empresa para que sejam similares, uma vez que há maior possibilidade de manifestar expectativas tanto por parte do contratante quanto do contratado. Ao mesmo tempo, é vantajoso que o gestor direcione esforços para manter seu funcionário fiel à vaga que ocupa, uma vez que substituí-lo, embora muito menos burocrático que no setor público, é algo que demanda tempo e dinheiro.

Por outro lado, na área pública a possibilidade da demissão está mais distante da realidade. Com isso, é comum acreditar que há menos cobrança nesse setor, o que não deve acontecer, visto que metas e indicadores precisam ser atingidos, mesmo nas empresas públicas. Além disso, o desafio se mantém: como manter a motivação da equipe sem a possibilidade de demiti-los, caso não cumpram o prometido?

Alguns pontos podem ser considerados primordiais: primeiro, o gestor deve ter interesse em conhecer a realidade e as habilidades particulares de cada colaborador – apesar de ocupar determinado cargo, o funcionário pode não ser capaz,

necessariamente, de executar o que se espera dele. Por outro lado, pode se sair de forma brilhante, caso sejam realizadas pequenas adaptações em suas funções.

Em ambas as organizações, públicas ou privadas, o engajamento dos funcionários é primordial para a efetividade do trabalho de cada um. E para que isso aconteça, é necessário um questionamento contínuo: sua comunicação está realmente clara com sua equipe? As pessoas sabem o que é esperado delas?

Comunicação, engajamento da equipe, relacionamento interpessoal, habilidades essenciais para quem quer o desafio da liderança, independentemente do tipo de organização.

8.6. Recrutamento e Seleção

Recrutamento e Seleção de pessoas (R&S): o que é, como fazer o processo e melhores técnicas

Recrutamento e Seleção é uma área de Recursos Humanos que objetiva atrair, escolher e contratar a pessoa certa para uma vaga de emprego.

O processo de Recrutamento e Seleção de pessoas está presente em diferentes formas na sociedade desde os primórdios do capitalismo. Certamente é um dos processos mais importantes de qualquer empresa. Envolve diferentes técnicas, metodologias e etapas e vem se transformando nos últimos anos.

A mudança de ótica que a área de Recursos Humanos sofreu recentemente para se tornar mais estratégica impactou o R&S.

A inovação tecnológica e as novas políticas de inclusão social trouxeram junto uma mudança no perfil dos profissionais de diversos segmentos e no modo de atuação do RH, que precisou adequar posturas e estratégias para recrutar perfis alinhados com a cultura das empresas.

Uma vez que a vaga conquiste uma certa quantidade de candidatos durante o processo de recrutamento, um ou mais candidatos serão identificados como os mais adequados para a posição durante a seleção.

Com o propósito de contratar a pessoa certa de forma justa e equitativa, o processo seletivo pode incluir:

- Testes/Provas;
- Vídeos;
- Entrevistas;
- Dinâmicas;

Dessa maneira, podemos dizer que o RH e o recrutamento são estratégicos porque garantem à sua empresa uma equipe de pessoas altamente capacitadas, engajadas, produtivas, com valores compatíveis com os da organização, dispostas a melhorar continuamente, e assim por diante.

Ou seja, é o recrutamento que provê sua empresa com aquilo que ela precisa para se destacar no mercado e obter sucesso: excelentes profissionais.

Embora as recomendações possam ser positivas e defensoras, nem sempre o profissional indicado é o melhor perfil para a vaga que está em aberto.

Se a empresa não fizer objeções em aceitar a indicação de profissionais por parte dos funcionários, o processo de recrutamento deve ser totalmente imparcial para dar a chance ao candidato de se apresentar sem a responsabilidade de ser totalmente compatível conforme a indicação aparentemente sugere.

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 de sua empresa.

8.6.1. Recrutamento & Seleção - Processo Público

Considerando e visando transparência na captação de pessoas à destinação das vagas, serão seguidos abaixo descritos:

São etapas constantes da seleção de pessoal:

- Edital de seleção: Edital devidamente numerado, constando endereço eletrônico dos sites de inscrições.
- Descrição do quadro de vagas: Cargo, nº de vagas, jornada e salário de ingresso.
- Características e requisitos mínimos da função: Descrição da atividade de cada função solicitada no Edital e seus requisitos básicos.
- Dados da Inscrição: Meios para executar a inscrição e calendário com as datas e instruções de acompanhamento das etapas do processo.
- Requisitos básicos para a participação no processo seletivo.
- Objetivos e etapas da seleção.
- Publicidade: Consideração sobre o acompanhamento do processo pelo

site.

- Disposições Finais: Validação e veracidade de documentos, validade do processo.
- Anexos: Conteúdos programáticos das provas, elencados por cargos.
- Divulgação dos locais de provas.
- Divulgação dos gabaritos.
- Divulgação da lista dos aprovados
- Comunicação de recursos.
- Seleção dos aprovados da 1º fase.
- Comunicado - 2º fase
- Chamada para fase de entrevista/dinâmicas.
- Divulgação final dos aprovados e/ou Cadastro Reserva
- Comunicação – entrega de documentação.

Existe a possibilidade na formatação de processos seletivos simplificados devido pandemia, com publicação em site e locais de fácil visibilidade disponibilizando e-mail para cadastramento de currículos com prazo para inscrição determinados.

Ainda fazendo parte do processo, o Candidato preenche junto a Instituição a Ficha Cadastral e é encaminhado à Clínica Médica Ocupacional cadastrada e habilitada para execução do Exame Médico Admissional e recebe a relação de documentos a serem providenciados para seu ingresso à Instituição.

Abaixo modelos praticados:

	SOLICITAÇÃO DE EMPREGO	Data Admissão: <input type="text"/>	
		Projeto: <input type="text"/>	
DADOS PESSOAIS			
Nome:	<input type="text"/>		
Mãe:	<input type="text"/>		
Pai:	<input type="text"/>		
Data Nascimento:	<input type="text"/>	Deficiência Física: <input type="text"/>	
Local Nascimento:	<input type="text"/>	UF: <input type="text"/> Raça/Cor: <input type="text"/>	
Estado Civil:	<input type="text"/>	Cônjuge: <input type="text"/>	
Grau de Instrução:	<input type="text"/>		
ENDEREÇO			
Rua/Av/Praça:	<input type="text"/>		
Bairro:	<input type="text"/>	Cidade: <input type="text"/> UF: <input type="text"/>	
CEP:	<input type="text"/>		
Telefone:	<input type="text"/>	Celular: <input type="text"/>	
E-mail:	<input type="text"/>		
DOCUMENTAÇÃO			
PIS:	<input type="text"/>		
CPF:	<input type="text"/>		
Cart. Trabalho:	<input type="text"/>	Série: <input type="text"/> Dt. Exp.: <input type="text"/> UF: <input type="text"/>	
Ced. Identidade:	<input type="text"/>	Dt. Exp.: <input type="text"/> UF: <input type="text"/>	
Cert. Reservista:	<input type="text"/>	Categoria: <input type="text"/>	
Tit. Eleitor:	<input type="text"/>	Zona: <input type="text"/> Seção: <input type="text"/>	
Cart. Habilitação:	<input type="text"/>	Cat: <input type="text"/> Exped.: <input type="text"/> Validade: <input type="text"/>	
Outros: (CRM, CRO):	<input type="text"/>		
DEPENDENTES (Filhos até 14 anos ou cursando faculdade até 21 anos)			
NOME	NASCIMENTO	PARENTESCO	Dependente IRPF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
CPF:	<input type="text"/>		
SALÁRIO / FUNÇÃO (Para uso da Empresa)			
Cargo na Admissão:	<input type="text"/>		CBO: <input type="text"/>
Local de Trabalho:	Depto: <input type="text"/>	Setor: <input type="text"/>	Seção: <input type="text"/>
Salário Mensal:	<input type="text"/>	Horário: <input type="text"/>	
Agência:	<input type="text"/>	Observações:	Vale Transporte: <input type="text"/>
Conta Corrente:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	



RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA CONTRATAÇÃO	
1 foto 3x4	Recente
Atestado de Escolaridade	Cópia Simples
Atestado de Vacinação (apenas p/ filhos menores de 6 anos)	Cópia Simples
CPF dos filhos	Cópia Simples
Carteira de Trabalho original e cópia das pág. 07 e 08	Original/Cópia
Certidão de Nascimento (apenas p/ filhos menores 14 anos)	Cópia Simples
Certidão de Nascimento/Casamento	Cópia Simples
Certificado de Reservista (para os homens)	Cópia Simples
Comprovante de endereço (Conta Luz e/ou Telefone)	Cópia Simples
CPF	Cópia Simples
Habilitação (apenas para o cargo de motorista)	Cópia Simples
Nº de conta no Banco ITAU (quem já possuir)	Cópia Simples
PIS (Cartão Cidadão) ou extrato da Caixa Econômica	Cópia Simples
RG (a Habilitação não substitui o RG)	Cópia Simples
Titulo de Eleitor	Cópia Simples
Cartão SUS	Cópia Simples
CRM; CRO; COREN, OAB; outros...	Cópia simples

Solicitamos a gentileza de comparecer na data de: ____/____/____,

Das ____ às ____, com cópias de TODOS os documentos elencados, para o Processo Admissional.

Importante ressaltar que, as divergências em dados cadastrais como NOME, PIS, NIT, etc..., deverão ser sanadas antes da admissão.

Agradecemos a Colaboração.

Departamento de Recursos Humanos.

Integração ao Colaborador

O processo de Integração visa sobretudo acolher o novo Colaborador à Instituição, dando amplitude sobre seus conceitos, normas, tratativas, bem como fazer a apresentação aos Colaboradores e dependências da Organização.

Tão logo admitido, o Colaborador passa pelo Processo de Integração, sendo oferecido o conhecimento teórico acerca da Instituição, sua filosofia, suas normas, seus objetivos, bem como são feitas as apresentações às equipes de trabalho, apresentação às dependências físicas e, principalmente o ACOLHIMENTO ao novo Colaborador. Neste momento, ele passa a conhecer a MISSÃO, VISÃO e os VALORES da Instituição, o tripé que confere identidade e propósito para uma empresa.

Missão:

Promover a qualidade de vida e o bem estar social da comunidade.

Visão:

Ser reconhecido como agente de transformação da sociedade, através do seu modelo de gestão, excelência na qualidade do atendimento e humanização.

Valores:

- Respeito
- Profissionalismo
- Ética
- Integridade
- Empatia

8.7. Política de Recursos Humanos

O papel de Recursos Humanos mostra aos longos dos tempos, seus desafios, suas competências que traçam caminhos de estratégias e/ou políticas que solidificam e asseguram uma boa gestão organizacional. Para tal, estabelecemos um conjunto de regras e normas visando alinhar os objetivos organizacionais com as necessidades dos Colaboradores, através de uma Política interna com padronização de todos seus processos.

O processo de Integração dos Colaboradores objetiva prestar o devido

acolhimento ao recém contratado em seu ingresso na Empresa. Além de recebê-lo com humanização, possibilita que o Colaborador se aproprie da filosofia e conceitos da Empresa, bem como ela é normatizada em todos os seus processos organizacionais. O REGIMENTO INTERNO, documento entregue no ato da admissão, sintetiza alguns dos mais importantes conceitos praticados e instituídos, servindo de base ao seu dia a dia.

8.7.1. Regimento de Enfermagem



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE

Introdução:

O presente Regimento foi elaborado segundo Normas do Conselho Regional de Enfermagem (COREN), do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) sendo o exercício de suas práticas atribuídas pelo Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986.

Esse decreto descreve quem são os profissionais de enfermagem e suas atribuições, mas não faz distinção entre o trabalho do enfermeiro no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) e nos demais níveis de atenção à saúde.

Este Regulamento representa a estrutura do corpo de Enfermagem e norteará suas atividades a partir da Lei do Exercício Profissional e do Código de Ética de Enfermagem pré - estabelecendo o seu posicionamento no organograma, assim como na descrição de cargos, funções, unidades de internação e finalidades do Serviço.

Os serviços de enfermagem deverão interagir em todas as áreas de forma integrada e com a coresponsabilidade na qualidade do atendimento ao paciente. Sua atuação deverá ser feita com competência, conhecimento técnico - científico e humanizado.

Missão do serviço de Enfermagem:

Promover o crescimento e desenvolvimento da equipe de enfermagem através do conhecimento técnico-científico, a fim de se atingir metas em excelência na qualidade dos serviços prestados, de forma humanizada e primando pela valorização do ser humano na sua integralidade, respeitando princípios éticos com dedicação, compromisso e amor.

A missão do **INSTITUTO ALFA DE MEDICINA PARA SAÚDE** é promover qualidade de vida e o bem estar social a toda comunidade oferecendo uma assistência à saúde mais humanizada e participativa.

Das Finalidades:

- ❖ O Serviço de Enfermagem tem por finalidade:

I - Desenvolver com segurança e qualidade as atividades de assistência ao paciente, de forma participativa e humanizada, enaltecendo as potencialidades individuais e coletivas, tanto de quem presta o cuidado, como do sujeito de suas ações;

II - Executar os cuidados de Enfermagem de todos os setores, com atenção voltada ao paciente, considerando suas limitações e necessidades de estadia, locomoção, repouso e conforto;

III - Fundamentar-se numa filosofia condizente com a missão e com os objetivos do Serviço;

IV - Promover um padrão de atendimento, estimulando a equipe ao desenvolvimento técnico-científico, oferecendo a oportunidade de crescimento dentro da especialidade;

V - Trabalhar de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN); do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e do Conselho Regional de Enfermagem (COREN);

VI - Realizar e colaborar com os treinamentos e capacitações para os funcionários, em particular aqueles do Serviço de Enfermagem;

VII - Desenvolver indicadores de qualidade e dados estatísticos nas unidades que compõe os serviços de enfermagem;

VIII - Desenvolver programas humanizados de atendimento, tanto para o paciente quanto para o profissional de enfermagem.

Da Posição no Organograma:

- ❖ O Serviço de Enfermagem faz parte dos serviços técnicos, de atendimento direto ao paciente, atuando juntamente com a Comissão de Ética de Enfermagem, Coordenação de enfermagem e demais colaboradores assistenciais.



O Serviço De Enfermagem:

- ❖ Responsável Técnico;
- ❖ Coordenação de Enfermagem
- ❖ Comissão de Ética de enfermagem;
- ❖ Enfermeiro CCIH
- ❖ Enfermeiro Supervisor;
- ❖ Enfermeiro assistencial;
- ❖ Técnico de Enfermagem;
- ❖ Auxiliar de enfermagem.

O Serviço de Enfermagem Constitui-se das Seguintes Unidades de Trabalho:

❖ Respeitando as especificações de cada projeto onde o Instituto Alpha faz gestão, contamos com as seguintes unidades: Comissão de Ética de enfermagem, Coordenação de enfermagem, CCIH, Classificação de Risco, Emergência, Medicação, Observação, Semi Intensiva, Repouso, Sala de curativos,

Da Competência - Ao Serviço de Enfermagem das Unidades:

- I. Admitir pacientes adultos e pediátricos;
- II. Priorizar um ambiente tranquilo e humanizado para o bem - estar do paciente;
- III. Atender aos médicos, executando a prescrição com critérios éticos e científicos;
- IV. Colaborar com o Serviço de Controle e Infecção Hospitalar (SCIH);
- V. Cooperar com os demais Serviços de Atendimento;
- VI. Preservar e controlar equipamentos, instrumentos, instalações, estoque de materiais, drogas e medicamentos colocados à sua disposição;
- VII. Apresentar relatório mensal das atividades realizadas e do movimento estatístico;
- VIII. Controlar e divulgar indicadores de qualidade da assistência de Enfermagem;
- IX. Manter e controlar os estoques mínimos de materiais, drogas e medicamentos;
- X. Desenvolver programas de atendimento humanizado;
- XI. Cooperar com os demais Serviços;
- XII. Desenvolver programas de atendimento humanizado juntamente com outros setores.

Comissão de Ética de Enfermagem:

- I. Promover a divulgação das finalidades e competências da CEE na instituição e de seus respectivos membros;
- II. Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais leis, decretos, resoluções, decisões, normas disciplinares e éticas do exercício profissional oriundas do COFEN e COREN-SP;
- III. Promover e/ou participar de reuniões e atividades similares, que visem discutir e interpretar o Código de Ética, para melhor compreensão de questões éticas e disciplinares, encaminhando relatório da atividade realizada ao COREN-SP;
- IV. Colaborar com o COREN-SP nas atividades de divulgar, educar, discutir e orientar sobre temas relativos à ética na enfermagem;
- V. Fiscalizar o cumprimento do Código de Ética dos profissionais de enfermagem e das demais determinações do COFEN e COREN-SP;
- VI. Assessorar a Coordenação de enfermagem da instituição no que se refere às questões de ética profissional;
- VII. Realizar orientações aos clientes, familiares e comunidade, no que se refere às questões éticas, sempre que necessário;
- VIII. Promover orientações aos profissionais de enfermagem sobre o exercício profissional ético e as implicações advindas de atitudes contrárias ao Código de Ética;
- IX. Apreciar e emitir parecer sobre questões éticas referentes à Enfermagem;
- X. Analisar e emitir parecer técnico sobre desenvolvimento de projetos de pesquisas que envolvam os profissionais de enfermagem sempre que solicitado;
- XI. Zelar pelo exercício ético dos Profissionais de Enfermagem na Instituição, averiguando condições de trabalho e sua compatibilidade com desempenho

- profissional, bem como a qualidade do atendimento dispensado ao cliente e família;
- XII. Comunicar formalmente ao COREN-SP indícios de exercício ilegal da profissão, e/ou quaisquer indícios de infração da Lei do exercício profissional e de outros documentos afins;
- XIII. Comunicar formalmente ao COREN-SP ausência de condições de trabalho da equipe de enfermagem que comprometam a qualidade da assistência prestada ao cliente e familiares;
- XIV. Realizar sindicâncias para averiguar questões relacionadas a comportamento e atitudes de profissionais de enfermagem contrárias ao previsto no Código de Ética de enfermagem, instruí-la e elaborar relatório final, sem emitir juízo, encaminhando-o à Coordenação de Enfermagem para as providências administrativas, se houver, e ao COREN-SP para providencias conforme norma própria;
- XV. Encaminhar anualmente ao COREN-SP e a Coordenação de Enfermagem, o relatório das atividades desenvolvidas no ano em curso, até o dia 15 do mês de janeiro do ano seguinte;
- XVI. Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN-SP quando necessário;
- XVII. Solicitar ao Presidente do COREN-SP apoio técnico e da Superintendência Técnica da Instituição apoio de logística, para viabilizar o desempenho das funções da CEE;
- XVIII. Propor e participar à Coordenação de Enfermagem, ações educativas sobre ética junto à equipe de enfermagem da instituição;
- XIX. Organizar e realizar pleito eleitoral para Comissão de Ética sucessora;

Coordenação de Enfermagem Compete:

- I. Ser responsável técnico pelo Serviço de Enfermagem;
- II. Organizar e dirigir o Serviço de Enfermagem, incentivando o trabalho em equipe;
- III. Executar o dimensionamento do Quadro de Enfermagem, atualizando-o anualmente no planejamento estratégico;
- IV. Supervisionar a descrição e a atualização regular de normas, rotinas e procedimentos técnicos;
- V. Analisar e avaliar os cuidados de enfermagem prestados aos pacientes;
- VI. Desenvolver o planejamento estratégico anual, mensurando o seu cumprimento;
- VII. Colaborar com as Diretorias Técnicas,
- VIII. Passar visita diariamente em todas as Unidades;
- IX. Desenvolver o programa de reuniões e canal aberto com a equipe de Enfermagem;
- X. Interagir com as demais equipes multiprofissionais de apoio para facilitar e agilizar o atendimento ao paciente e ou usuário do serviço;
- XI. Prever materiais, medicamentos e equipamentos necessários ao funcionamento das diversas Unidades, junto às Chefias de Serviços;
- XII. Incentivar a elaboração e a divulgação dos indicadores de qualidade em todas as Unidades e acompanhar os resultados;
- XIII. Desenvolver programas de auditoria dos processos de Enfermagem;
- XIV. Fazer cumprir a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE;
- XV. Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética em Enfermagem;

- XVI. Desenvolver programas de atendimento humanizado;
- XVII. Supervisionar as Equipes de Enfermagem, a fim de colaborar em suas decisões;
- XVIII. Realizar avaliação de desempenho trimestralmente da equipe de enfermagem.

Ao Enfermeiro RT (Responsável Técnico) Compete:

- I. Desenvolver ações que facilitem a integração entre os profissionais de enfermagem;
- II. Favorecer a integração entre a Unidade de Saúde e o Conselho Regional de Enfermagem;
- III. Assegurar que as ações de enfermagem ocorram de acordo com o código de ética de enfermagem;
- IV. Acompanhar a implementação de Protocolos e Rotinas Assistenciais de enfermagem elaborados pela Instituição e Secretaria Municipal de Saúde por meio da Divisão de Enfermagem;
- V. Manter atualizada junto ao COREN-SP a relação de profissionais de enfermagem que atuam nas Unidades;
- VI. Viabilizar aos profissionais de enfermagem treinamentos sistematizados, propiciando um melhor desenvolvimento de suas atividades.

O Enfermeiro Exerce Todas as Atividades de Enfermagem, Cabendo-lhe PRIVATIVAMENTE:

- I. Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da

assistência de enfermagem;

- II. Consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
- III. Sistematizar a Assistência de Enfermagem;
- IV. Consulta de enfermagem;
- V. Prescrição da assistência de enfermagem;
- VI. Cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de morte;
- VII. Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

Especificidades Para Atendimento Em Atenção Básica:

- I. Desenvolver ações que facilitem a integração entre a equipe de saúde e a comunidade considerando as características e as finalidades do trabalho na atenção básica;
- II. Atuar no desenvolvimento das atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde, no âmbito da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde;
- III. Desenvolver ações de promoção da saúde, conforme plano de ação da equipe, por meio de atividades educativas, com estímulo à participação comunitária e trabalho intersetorial, visando melhor qualidade de vida da população e garantir sua certificação;

- IV. Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco para a população, conforme plano de ação da equipe;
- V. Desenvolver ações de recuperação e reabilitação da saúde da população, conforme o planejamento da equipe de saúde;
- VI. Desenvolver monitoramento dos indicadores de saúde, avaliando impacto das ações planejadas.

Ao Profissional Enfermeiro Supervisor Compete:

- I. Coordenar os serviços desenvolvidos pelos profissionais Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem nas Unidades afins;
- II. Passar visita nos setores sob sua supervisão diariamente;
- III. Auditar os procedimentos de enfermagem e aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, bem como os prontuários;
- IV. Executar diariamente remanejamento dos profissionais e checagem das escalas de trabalho;
- V. Supervisionar as escalas de serviço desenvolvidas pelos profissionais enfermeiros;
- VI. Participar das reuniões científicas ou administrativas e passar as informações devidas à equipe de trabalho;
- VII. Desenvolver reuniões com técnicos, auxiliares e profissionais enfermeiros trimestralmente e ou quando se fizer necessário;
- VIII. Colaborar com a Coordenadoria de Enfermagem no desempenho de suas atividades,
- IX. Avaliar técnicas e rotinas de Serviço,

- X. Registrar ocorrências e alterações no tratamento aos pacientes;
- XI. Colaborar com o desenvolvimento do planejamento estratégico das Unidades afins;
- XII. Realizar avaliação trimestralmente do desempenho da equipe de enfermagem.
- XIII. Realizar relatório mensal pontuando as dificuldades encontradas e mensalmente definir junto a coordenação estratégias de desempenho para qualificar o serviço.

Ao Profissional Enfermeiro da CCIH Compete:

- I. Elaborar normas para prevenção e controle de infecções hospitalares.
- II. Coletar materiais suspeitos de contaminação para investigação epidemiológica.
- III. Realizar visitas às unidades de internação e aos diversos setores da Instituição para detectar inadequações, bem como fornecer recomendações, realizando o treinamento em serviço.
- IV. Avaliar e orientar medidas de isolamento e precauções junto à equipe multiprofissional.
- V. Elaborar planos de limpeza, desinfecção e esterilização para os diversos setores da Instituição.
- VI. Normalizar, junto com outros membros da CCIH/SCIH, o uso dos germicidas hospitalares.
- VII. Avaliar, treinar e orientar profissionais de saúde quanto a procedimentos de limpeza, desinfecção e esterilização.
- VIII. Elaborar e desenvolver projetos de pesquisa em controle de infecções hospitalares.
- IX. Manter-se atualizado na área de controle de infecções hospitalares.

- X. Executar outras tarefas da mesma natureza e mesmo nível de complexidade, conforme atribuições inerentes ao Enfermeiro previstas na Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986.

Especificidades Para Atendimento em Urgência e Emergência:

- I. Coordenar as atividades de enfermagem do seu plantão, mantendo a programação estabelecida;
- II. Passar visita em todos os pacientes da sala vermelha e ou emergência levando em conta suas necessidades;
- III. Participar diretamente da assistência aos pacientes graves prestando cuidados especiais e acompanhando sua evolução;
- IV. Realizar visita clínica conjuntamente com equipe multiprofissional aos pacientes;
- V. Auxiliar a equipe de enfermagem no desempenho de suas atividades, orientando-os e treinando-os no que se fizer necessário;
- VI. Avaliar a assistência junto à equipe de enfermagem sob sua responsabilidade;

À (Ao) Enfermeira (o) Compete:

- I. Atender às solicitações da Coordenação de Enfermagem;
- II. Visitar diariamente os pacientes da Unidade, executando a SAE;
- III. Planejar a escala de serviço da Unidade;
- IV. Supervisionar a realização dos procedimentos técnicos;

- V. Prestar assistência ao paciente respeitando os princípios técnicos, éticos e científicos;
- VI. Elaborar rotinas e técnicas, e revisá-las periodicamente, em intervalos máximos de um ano;
- VII. Participar dos programas de Educação Continuada;
- VIII. Elaborar os planos de assistência de enfermagem aos pacientes;
- IX. Acompanhar as visitas médicas sempre que possível e/ou solicitada;
- X. Assistir a passagem de plantão;
- XI. Controlar a assiduidade, pontualidade e disciplina dos funcionários sob sua responsabilidade;
- XII. Requisitar materiais e medicamentos;
- XIII. Controlar os equipamentos, materiais e medicamentos;
- XIV. Promover reuniões periódicas com os funcionários sob sua responsabilidade;
- XV. Atender ao público e às visitas aos pacientes;
- XVI. Realizar avaliação de desempenho trimestral da equipe de técnicos de enfermagem de seus respectivos setores.

Ao Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem Compete:

- I. Assistir a passagem de plantão;
- II. Receber os pacientes admitidos e orientá-los na Unidade;
- III. Executar os cuidados de enfermagem que foram planejados;

- IV. Executar procedimentos de Enfermagem de sua competência;
- V. Preparar os pacientes para os exames complementares de diagnóstico;
- VI. Realizar cuidados de higiene e alimentação dos pacientes;
- VII. Colaborar com a (o) Enfermeira (o) no cumprimento da escala de serviço e prescrição de enfermagem;
- VIII. Comunicar a (o) Enfermeira (o) anormalidades com o paciente;
- IX. Anotar no prontuário do paciente os cuidados prestados e as observações;
- X. Anotar no prontuário, diariamente, os materiais e medicamentos gastos na execução de técnicas;
- XI. Zelar pela manutenção e limpeza das dependências da Unidade;
- XII. Zelar pelos equipamentos de sua unidade;
- XIII. Atender o público e visitas dos pacientes;

Do Pessoal, Seus Requisitos e Deveres:

1- Os Requisitos Exigidos Para o Cargo de Coordenação de Enfermagem São:

- Certificado do COREN;
- Cursos de especialização em áreas afins as quais coordena;
- Experiência profissional de dois anos;
- Conhecimento específico e abrangente para a área de Coordenação;
- Competência técnica-científica, capacidade de liderança, relacionamento e

facilidade de trabalho em equipe;

- Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares.

2- Os Requisitos Exigidos Para o Cargo de Enfermeiro de Unidade São:

- Certificado do COREN;
- Ser especialista na área de escolha e ter visão abrangente nos cuidados ao paciente;
- Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;
- Dinamismo, versatilidade, bom relacionamento e trabalho em equipe;
- Competência técnico-científica e qualidades para interagir e agir com rapidez;
- Ter experiência de um ano na área de atuação.

3- Os requisitos para o cargo de Técnico de Enfermagem são:

- Certificado do COREN dentro de sua categoria;
- Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;
- Habilidades técnicas e conhecimento científico, liderança, espírito de cooperação, trabalho em equipe, disciplina, respeito à hierarquia;
- Ter experiência de seis meses na área de atuação.

4- Os Requisitos Para o Cargo de Auxiliar de Enfermagem São:

- Certificado do COREN dentro de sua categoria;
- Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;
- Habilidades técnicas e conhecimento científico, liderança, espírito de cooperação, trabalho em equipe, disciplina, respeito à hierarquia;
- Ter experiência de seis meses na área de atuação.

Do Horário de Trabalho:

- I. O Serviço de Enfermagem manterá plantão durante as 24 (vinte e quatro) horas diárias em Serviço de Urgência e Emergência, as Unidades Básicas de Saúde, através de escalas e de acordo com a legislação trabalhista vigente no país e ou em consonância com o estabelecido em Convenção Coletiva da categoria.
- II. Todo funcionário do Serviço de Enfermagem deverá se apresentar ao trabalho devidamente uniformizado, com crachá de identificação e no horário determinado em escala.
- III. Os funcionários trabalharão de acordo com a escala elaborada mensalmente pela Enfermeira da Unidade e coordenação de enfermagem, seguindo a escala diária de trabalho específico.
- IV. Todo funcionário deverá prorrogar o seu plantão, em casos de emergência, se for determinado pela Enfermeira da Unidade e Coordenação.

Disposições Gerais:

O pessoal de enfermagem não poderá receber de clientes e familiares, pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho.

O Regimento do Serviço de Enfermagem deverá ser cumprido por todos os funcionários do Serviço de Enfermagem.

Esse Regulamento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes, por implantação ou desativação de unidades ou serviços que desenvolvam atividades de enfermagem, ou ainda, por iniciativa da coordenação de enfermagem.

As alterações propostas neste artigo deverão ser submetidas à aprovação do Instituto ALPHA de Medicina para Saúde.

Os casos não previstos neste Regulamento serão resolvidos pela coordenação do Serviço de Enfermagem, em conjunto com o Instituto Alpha de Medicina para Saúde.

Este regulamento poderá ser aplicado aos funcionários dos órgãos e/ou entidades (públicas ou privadas) com os quais o Instituto venham a firmar contrato, termo ou qualquer instrumento jurídico, ficando à critério do ente público a adoção.

O presente Regulamento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, no quadro de avisos de cada estabelecimento de saúde.

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

8.7.2. Regimento Interno Institucional

Prezado Colaborador,

Este Regimento foi criado para te dar suporte e auxílio às suas dúvidas. Elencamos alguns itens, que julgamos serem importantes para seu entendimento e aprendizado.

Faça uma boa leitura e aproveite cada item para sua evolução pessoal e profissional.

Seja muito Bem vindo!!!

ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL

Admissão

Ao ingressar na empresa, todo colaborador passa por um período experimental de 45 dias, prorrogável por 45 dias, e seu desempenho é avaliado pelo superior imediato, efetivando ou não sua contratação, podendo ser admitido por Contrato de **Prazo Determinado**.

Horário de Trabalho

Cabe à todo Colaborador cumprir o horário estabelecido em seu contrato de trabalho.

Só será permitida mudança de horários, mediante autorização da chefia imediata.

As horas excedentes deverão ser solicitadas à empresa de acordo com a necessidade do trabalho e entrarão como banco de horas a ser gozado mediante autorização prévia da chefia imediata e em consonância com a Convenção Coletiva da categoria.

Registro de Ponto

O registro de ponto deverá ser marcado única e exclusivamente pelo Colaborador, devendo fazê-lo no início de seu horário de trabalho, no intervalo para almoço/janta, bem como no término da jornada, com tolerância de 10 minutos totais

diários.

Importante ressaltar que, são obrigatórias TODAS as marcações do ponto, sendo passível de sanções punitivas, as omissões diárias no sistema do ponto.

Importante ressaltar que todas as vezes que o Colaborador precisar se ausentar (consultas agendadas, visitas domiciliares, banco, etc...), deverá passar o ponto, registrando horário de sua saída. Sempre que ocorrerem tais situações, deverá ser preenchida a Justificativa de Ponto e solicitar a assinatura da Gerência da Unidade.

Banco de Horas

O saldo do banco de horas é informado no espelho de ponto, no final da página, após a validação da Empresa. Em caso de acúmulo de horas no período, o funcionário será notificado. Sempre que houver acúmulo de horas, positivas ou negativas, que não tenham sido geradas com autorização da Chefia, poderá ocorrer sanções punitivas de acordo com a Legislação (Carta de Orientação, Advertência, Suspensões)...

Ausências e Atrasos

As justificativas para faltas são obrigatórias e devem ser feitas mediante a apresentação de atestados, vistados pela chefia imediata e entregues, no prazo de 48 horas a partir da data da ocorrência.

Em caso de ausências legais (casamento, nascimento de filho, comparecimento à

Justiça, doação de sangue, morte familiares), a justificativa deverá ser fornecida por órgãos oficiais.

O abono dos dias, para os casos acima elencados seguirão de acordo com o estabelecido em Convenção Coletiva de cada categoria.

Serão aplicadas sanções Legais à Colaboradores que, eventualmente faltarem injustificadamente.

É expressamente proibida a prática de compensação de horas, para os casos de atrasos, tanto na entrada ao trabalho como no horário de repouso e alimentação.

Pagamento

Os salários serão pagos via conta corrente do Colaborador, sempre em consonância com o preconizado em Convenção Coletiva.

Benefícios

Concessão pelo empregador aos seus empregados, benefício denominado vale alimentação/ cesta básica sem caráter salarial através de cartão magnético cujo valor será creditado mensalmente dentro do cartão.

O Vale Alimentação será reajustado anualmente de acordo com a homologação da Convenção Coletiva.

O Crédito do cartão ocorrerá preferencialmente no primeiro dia útil do mês, podendo ser creditado também em data posterior, mas sempre dentro do mês vigente.

O pagamento do vale alimentação só será realizado caso o colaborador não exceda 02 faltas no mês injustificadamente.

Vale Transporte

A solicitação do Vale Transporte será feita através de Termo de Opção no ato da Contratação, especificando itinerário, número de conduções/dia, valor unitário e Empresa que opera o VT solicitado.

Os vales transporte serão fornecidos nos termos da Lei nº 7418.

O Vale Transporte será custeado pelo beneficiário, na parcela equivalente a 6% (seis por cento) de seu salário básico ou vencimento, excluídos quaisquer adicionais ou vantagens.

Férias

Após cada período de 12 meses de vigência do contrato de trabalho, o funcionário tem direito a férias sem prejuízo salarial e no melhor período para a empresa.

As férias poderão ter seus prazos negociados e devem ser programadas pelo empregador de acordo com o artigo 134 da CLT, lembrando que não poderá ser acumulado dois períodos de férias vencidas. O responsável por cada setor deverá comunicar as férias de seus subordinados à Administração de Pessoal com pelo menos 30 dias de antecedência.

Cabe a empresa estabelecer limites de colaboradores em férias nos meses de

maior preferência, de forma a não prejudicar a qualidade dos serviços prestados pela empresa.

Dos Deveres e Obrigações

Todo Colaborador, além das disposições contratuais e legais, deve atender com rigor ao abaixo disposto:

- Cumprir os compromissos assumidos no Contrato Individual de Trabalho, com zelo, espírito de Colaboração, atenção e competência profissional
- Acatar com presteza e respeito às ordens e instruções de superiores hierárquicos
- Zelar pela disciplina, organização e asseio no local de trabalho e demais dependências da Empresa, assim como a boa conservação e manuseio de equipamentos, evitar desperdícios de materiais, energia elétrica, água, etc ...
- Atentar às Normas de Segurança, utilizando equipamentos de proteção individual cedidos pela Empresa, evitando quaisquer tipos de acidentes
- Fazer uso diário do Crachá de Identificação fornecido pela Empresa e responsabilizar-se por sua conservação
- Manter o RH informado de qualquer alteração em seus dados pessoais, tais como, estado civil, nascimento de dependentes, alteração de endereço, etc ...
- Praticar o uso correto de redes sociais disponibilizadas pela Empresa, e-mails corporativos, grupos de Whatsapp, ou qualquer outro meio interno ou até mesmo externo de comunicação, fazendo abordagens respeitosas, sem cunho ofensivo, sob pena de sanções amparadas pela legislação;

- Não fazer menção desrespeitosa em redes sociais envolvendo o nome da Empresa, tampouco dos Colaboradores de Trabalho;
- Não divulgar as senhas cadastradas para uso do sistema, pois são pessoais e intransferíveis, devendo cada Colaborador zelar pela confidencialidade da mesma.
- Respeitar a honra, boa fama e integridade física de todas as pessoas com as quais tenha contato diário dentro da relação de trabalho;
- Não promover brincadeiras de mau gosto, algazaras, gritarias, fofocas, uso de palavras de baixo calão dentro do ambiente de trabalho;
- Não comercializar quaisquer produtos dentro do ambiente de trabalho, efetuar negócios, jogos ou atividades alheias ao trabalho;
- Fumar somente fora das dependências e ambientes de trabalho;
- Fazer uso diário de uniforme, apresentando-se corretamente vestido, em condições normais de higiene;
- Não dar ordens ou assumir atitudes de direção, sem ter para isso a necessária autorização;
- Não utilizar aparelho de telefonia nas dependências da Empresa, salvo se autorizado;
- Não apropriar-se de anotações, cópias de documentos, sobre qualquer assunto que se relacione a Empresa e/ou Pacientes, para fins particulares, assim como facilitar sua retirada das dependências da Empresa, caracterizando violação de segredo profissional;

Penalidades

Aos Colaboradores transgressores das Normas deste Regimento Interno, aplicam-se as seguintes penalidades:

- Carta de Orientação
- Advertência Verbal
- Advertência escrita
- Suspensão
- Demissão

Direitos

São direitos dos Colaboradores:

- Ter intervalo em sua jornada de trabalho de acordo com o estabelecido em suas bases contratuais;
- Compensar as horas excedentes em Banco de Horas dentro do prazo fixado em Convenção;
- Ter acesso às verbas referentes créditos de salários, através do recebimento de holerites;
- Férias anuais e Folgas Mensais em consonância com a legislação;
- Formular, sugerir ou pontuar situações sobre a rotina de trabalho;
- Buscar esclarecimentos junto a Gestão competente sobre valores, processos e dúvidas afins;

- Receber as horas efetivamente trabalhadas de acordo com a carga horária estabelecida;
- Conferir e assinar o registro de ponto;
- Conferir e assinar o holerite de pagamento;
- Compensar as horas-extras;
- Amparo legal ao preconizado em CLT (Consolidação das Leis do Trabalho).

Disposição Final

O presente Regimento Interno é parte integrante do Contrato de Trabalho, podendo ser substituído, a qualquer tempo, sempre que houver alterações internas ou da Legislação Trabalhista.

Os casos omissos ou aqui não previstos, poderão ser resolvidos à luz da CLT e da legislação complementar pertinente.

Dúvidas e Solicitações

- **Contato inicial com a Chefia Imediata**
- **Contato com a Supervisão/Coordenação**

Dúvidas que surgirem no decorrer do trabalho ou sobre os assuntos abordados nesta cartilha podem ser enviadas para os seguintes contatos:

E-mail corporativo / Fone direto

Salários e Benefícios

Definido como um conjunto de vantagens atribuídas aos empregados na contrapartida de serviços prestados ao empregador os salários, assim como os benefícios aqui praticados, se baseiam fundamentalmente nas convenções e/ou acordos coletivos vigentes na região (SINDHOSP), no caso que representa a saúde ou outros afins em se tratando de categorias próprias como por exemplo Enfermeiros e Técnicos de Raios-X

Por sua vez convenções coletivas de trabalho é o acordo de caráter normativo, pelo qual dois ou mais sindicatos representativos de categorias econômicas e aplicáveis, no âmbito das respectivas representações, às relações individuais de trabalho, como preconizado no artigo 611 da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho).

Art. 611 - Convenção Coletiva de Trabalho é o acordo de caráter normativo, pelo qual dois ou mais Sindicatos representativos de categorias econômicas e profissionais estipulam condições de trabalho aplicáveis, no âmbito das respectivas representações, às relações individuais de trabalho. (Redação dada pelo Decreto-lei nº 229, de 28.2.1967).

§ 1º É facultado aos Sindicatos representativos de categorias profissionais celebrar Acordos Coletivos com uma ou mais empresas da correspondente categoria econômica, que estipulem condições de trabalho, aplicáveis no âmbito da empresa ou das

acordantes respectivas relações de trabalho. (Redação dada pelo Decreto-lei nº 229, de 28.2.1967).

§ 2º As Federações e, na falta desta, as Confederações representativas de categorias econômicas ou profissionais poderão celebrar convenções coletivas de trabalho para reger as relações das categorias a elas vinculadas, inorganizadas em Sindicatos, no âmbito de suas representações. (Redação dada pelo Decreto-lei nº 229, de 28.2.1967).

Art. 611-A. A convenção coletiva e o acordo coletivo de trabalho têm prevalência sobre a lei quando, entre outros, dispuserem sobre: (Incluído pela Lei nº 13.467, de 2017).

A convenção coletiva de trabalho através da Constituição Federal garante o reconhecimento de seus acordos coletivos de trabalho entabulados por seus convenientes, obrigando a participação dos sindicatos nas negociações coletivas de trabalho.

Para a sua efetivação e registro, a convenção coletiva de trabalho ou o acordo de trabalho, deve conter obrigatoriamente a designação dos sindicatos convenientes ou dos sindicatos de empresa acordantes, sendo que o prazo de vigência não poderá ser superior a dois anos.

Salários, bem como benefícios, serão tratados e viabilizados através das convenções/acordos coletivos, em consonância com cada categoria profissional.

8.8. Controle de Ponto

Viabilização de Controle de Ponto por meio de biometria, onde a Empresa passa a ter o controle total sobre as horas trabalhadas de maneira simples e eficiente. Além disso, o sistema gera Relatórios com informações importantes, demonstrando banco de

horas, atrasos, faltas, Atestados e outros, garantindo assertividade e lisura nas informações constantes. Esta importante ferramenta da tecnologia é totalmente benéfica, mensura absenteísmo e serve de respaldo legal em caso de reclamações trabalhistas. Outro aspecto importante é o efeito de organização e transparência junto aos Colaboradores, impactando positivamente no âmbito disciplinar.

O controle de ponto é o registro consiste em anotar todos os horários que compõem um dia de trabalho sendo entrada ao trabalho, pausa para o intervalo de descanso e refeição e a saída do trabalho, assim como eventuais saídas em caráter excepcional.

O controle de ponto segue o ART. 74 da Consolidação das Leis Do trabalho e assegurar o bom funcionamento da empresa, além de disciplinar o fluxo organizacional.

A Lei nº 13874 de 2019 – Lei da Liberdade Econômica, entre outras providências, altera o artigo 74 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, que trata sobre o registro da jornada de trabalho pelos empregados.

De acordo com a nova redação do artigo 74 da CLT, o controle de ponto será obrigatório para os estabelecimentos com mais de 20 (vinte) empregados.

Para os estabelecimentos com mais de 20 trabalhadores será obrigatória a anotação da hora de entrada e de saída, em registro manual, mecânico ou eletrônico, conforme instruções expedidas pela Secretaria Especial de Previdência e Trabalho do Ministério da Economia, permitida a pré-assinalação do período de repouso.

Se o trabalho for executado fora do estabelecimento, o horário dos empregados constará do registro manual, mecânico ou eletrônico em seu poder.

Fica permitida a utilização de registro de ponto por exceção à jornada regular de trabalho, mediante acordo individual escrito, convenção coletiva ou acordo coletivo de trabalho.

Cabe, portanto à empresa, disponibilizar o equipamento em local acessível e

apropriado, assim como cabe a todos os colaboradores, registrarem diariamente seus pontos, em conformidade com a legislação e/ou Convenção Coletiva.

Segue imagem ilustrativa de relógio de ponto:



Importante ressaltar dentro do processo das marcações do ponto biométrico que, de acordo com a Política e Regimento Interno estabelecido pela Empresa, toda e qualquer intercorrência e/ou alteração na rotina das marcações de ponto, devem ser regularizadas através de documento, com aval e conhecimento da Chefia Imediata/Superior.

Neste documento (Justificativa de Ponto), será especificado e/ou anexados documentos que embasem situações de ausências, saídas antecipadas, bem como sejam justificadas as omissões de ponto, marcações em duplicidade e horas excedentes.

Segue abaixo, Modelo de Justificativa de Ponto:



JUSTIFICATIVA DE PONTO



NOME		REGISTRO:	
CARGO OU FUNÇÃO:		DATA OCORRÊNCIA:	
ADVERTÊNCIA		SAÍDA ANT. ABONADA	
ATRASO ABONADO		LICENÇA MATERNIDADE	
ATRASO JUSTIFICADO		SUSPENSÃO	
FALTA JUSTIFICADA NÃO ABONADA		ATESTADO	
LICENÇA GALA		TROCA DE FOLGA	
LICENÇA NOJO		TRANSFERÊNCIA	
ALTERAÇÃO DE HORÁRIO		TROCA DE PLANTÃO	
OMISSÃO DE PONTO		FALTA INJUSTIFICADA	
LICENÇA MÉDICA		BANCO HORAS	
EXTRA REMUNERADO			
NOME/TROCA:		DATA: / /	PARA DIA: / /
NOME/TROCA:		DATA: / /	PARA DIA: / /
OBSERVAÇÕES:			
NOME:		CHEFE IMEDIATA:	RH:

8.9. Avaliação do Colaborador

Avaliação de desempenho é uma apreciação sistemática do desenvolvimento de cada colaborador, em função de suas atividades, metas, resultados e parte comportamental.

É um processo que serve para mensurar valores, excelência e qualidade do colaborador, assim como seu nível de comprometimento com a empresa e que visa

também, estabelecer um contrato com os colaboradores referente aos resultados desejados pela organização, acompanhar os desafios propostos, corrigindo os rumos, quando necessário e avaliar os resultados conseguidos. É o sopro de vida da organização e, sem sua existência, o planejamento ou as estratégias organizacionais não farão o menor sentido.

O processo de avaliação consiste na definição dos resultados esperados, tendo como palco, o planejamento estratégico ou as estratégias da organização, o acompanhamento diário do processo, a solução contínua dos problemas que ocorram e a previsão final dos resultados conquistados, para elaboração das propostas futuras a avaliação de desempenho, portanto, visa, além de estabelecer os resultados a serem perseguidos pelos indivíduos, acompanhar o processo de trabalho e fornecer feedback constante.

Partindo de diferentes perspectivas, indicadores e parâmetros, é possível obter informações sobre o capital humano da organização, que vão servir de base para um gerenciamento mais assertivo.

Conhecendo o perfil comportamental, habilidades, forças e fraquezas de cada colaborador, ficará mais simples definir os próximos passos, atribuindo responsabilidades de acordo com as competências.

Por isso, boas avaliações de desempenho estão por trás de bonificações, recompensas, realocações, promoções e até demissões em momentos estratégicos.

Uma vez tabulados, os resultados filtrados são imediatamente trabalhados e traduzidos em ações pontuais para melhorias e garantia das adequações necessárias, com acompanhamento constante junto aos Colaboradores.

A avaliação de desempenho é realizada pelo gestor imediato, nos primeiros 45 dias do período experimental, na prorrogação do contrato (outros 45 dias do período experiência) e, semestralmente após a efetivação.

As tomadas de ação da gestão, irão variar de acordo com a avaliação, sempre objetivando a melhoria dos processos e fluxos de trabalho, assim como incentivar um melhor aproveitamento de cada profissional.

Segue abaixo o modelo de avaliação de desempenho:



AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO



Onde:

NOME: _____				
CARGO: _____				
Unidade: _____				
Data Avaliação: ____/____/____				
Período Experimental				
1.º Período: ____/____/____				
2.º Período: ____/____/____				
FATORES/DESCRIÇÃO	BOM	REGULAR	INSATISF	AÇÃO PROPOSTA
CONHECIMENTO				
INICIATIVA				
COMUNICAÇÃO				
PONTUALIDADE				
ASSIDUIDADE				
RESPONSABILIDADE				
COMPROMETIMENTO				
RELACIONAMENTO				
INTERPESSOAL				
TRABALHO EM EQUIPE				
PRODUÇÃO				
UNIFORME				
RECOMENDAÇÃO PARA PERMANÊNCIA () SIM () NÃO				
OBSERVAÇÃO DA CHEFIA IMEDIATA:				
OBSERVAÇÃO DO FUNCIONÁRIO:				
DATA: ____/____/____ ASSINATURA FUNCIONÁRIO:				
DATA: ____/____/____ ASSINATURA CHEFIA IMEDIATA:				
ATENÇÃO: Este documento deverá retornar para o RH –ALPHA até o dia:				
ALPHA- Recebido em ____/____/____ Nome:				
Funcção:				
OBSERVAÇÃO:				

- Conhecimento: Integração com o trabalho entendimento técnico e/ou administrativo.
- Iniciativa: Tomada de ação espontânea nas tratativas e resoluções dos

problemas diários.

- Comunicação: Formas verbais e facilidades em expor situações através da comunicação.
- Pontualidade: Respeito aos horários pré-estabelecidos.
- Assiduidade: Frequência diária aos plantões de trabalho.
- Responsabilidade: Saber se responsabilizar por suas ações em seu dia a dia profissional.
- Comprometimento: Nível de envolvimento com os processos de trabalho a fim de otimizá-los.
- Relacionamento Interpessoal: Comportamento com a equipe de trabalho.
- Trabalho em Equipe: Espírito corporativo.
- Produção: Resultados diário de produtividade.
- Uniforme: Adequação e coerência na apresentação pessoal e uso do uniforme e dos equipamentos de proteção individual.

Importância da Utilização dos EPI's

A definição de EPI é dada pela Norma Regulamentadora nº 6, redigida especificamente para esses equipamentos. A NR os define como “qualquer equipamento de uso individual, destinado à proteção de riscos que ameacem a segurança no trabalho”.

Na área da saúde, o profissional está frequentemente exposto a diversos riscos: fluidos corporais, uso de material perfurocortante e exposição a possíveis patógenos são incluídos nessa lista. Por esse motivo, o uso de EPIs deve fazer parte do cotidiano do profissional, para assegurá-lo de realizar uma prática segura.

Segue abaixo modelo de protocolo de entrega dos EPIs:



**FICHA DE CONTROLE DE ENTREGA
DE EQUIPAMENTO DE
PROTEÇÃO INDIVIDUAL**



NOME:		NT REGISTRO:		DATA ADMISSÃO:	
FUNÇÃO:		SEÇÃO:		DATA DEMISSÃO:	

Recebi para meu uso obrigatório os EPIs (Equipamentos de Proteção Individual) constantes nesta ficha, e aqui obrigo-me a utilizá-los corretamente durante o tempo que permanecerem ao meu dispor, observando as medidas gerais de disciplina e uso que integram a NR-06 - Equipamento de Proteção Individual - EPI's - da Portaria n.º 3.214 de 08/Jun/1970. Declaro saber também que terei que devolvê-los no ato de meu desligamento da empresa.

DATA	QTDE.	UNID.	DESCRIÇÃO DO EQUIPAMENTO	NÚMERO DO C.A.	ASSINATURA FUNCIONÁRIO
RETRADA					
DEVOLUÇÃO:					
RETRADA					
DEVOLUÇÃO:					
RETRADA					
DEVOLUÇÃO:					
RETRADA					
DEVOLUÇÃO:					
RETRADA					
DEVOLUÇÃO:					
RETRADA					
DEVOLUÇÃO:					
RETRADA					
DEVOLUÇÃO:					
RETRADA					
DEVOLUÇÃO:					
RETRADA					
DEVOLUÇÃO:					
RETRADA					
DEVOLUÇÃO:					
RETRADA					
DEVOLUÇÃO:					

DATA: ____/____/____ Assinatura do Funcionário (s)

8.10. Clima Organizacional

O clima organizacional afeta a motivação, o desempenho e a satisfação no trabalho. Ele cria certos tipos de expectativas cujas consequências se seguem em decorrência de diferentes ações. As pessoas esperam certas recompensas, satisfações e frustrações na base de suas percepções do clima organizacional. O clima organizacional é o conjunto de fatores que interferem na satisfação ou descontentamento no trabalho. É o conjunto de variáveis que busca identificar os aspectos que precisam ser melhorados, em busca da satisfação e bem-estar dos colaboradores.

A Pesquisa de Clima gera entre os Colaboradores, a expectativa de tratativas de melhorias e, neste sentido, é feita uma tabulação e filtro das estatísticas de resultados para fundamentar ações em cima dos fatores em evidência, possibilitando assim, criar

meios de processos que permitam corrigir e/ou melhorar os fatores nela pontuados, alterando fluxos ou criando novas formas de diretrizes para aprimorar o trabalho diário e até mesmo atuar na política de inter-relacionamento pessoal.

O modelo e o conteúdo da Pesquisa de Clima pode ser inovado de tempos em tempos, sempre com o foco de extrair opiniões acerca das competências corporativas e relacionamentos entre as equipes de trabalho e suas gestões.

Resta claro que, os resultados obtidos na mensuração da Pesquisa, pode e deve impactar positivamente em um novo modelo de gestão, dando uniformidade às rotinas e fazendo com que os Colaboradores trabalhem harmonicamente.

O RH tabula as respostas, faz análise dos resultados e os apresenta aos gestores. O RH junto aos gestores traçam um Plano de Ação para implantar melhorias nos quesitos de relevância que são pontuados no filtro que os resultados da pesquisa demonstram.

Segue o modelo de Pesquisa de Clima:

		Pesquisa de Clima - INSTITUTO ALPHA	
Função:			
Projeto:		Data: ____/____/____	
1. Considera que os objetivos e a missão da Empresa foram devidamente explicados ?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não tenho opinião	
2. Costuma participar de reuniões periódicas para alinhamento dos fluxos ?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Muito raramente	
3. Considera o ambiente de trabalho propício para desenvolver suas atividades ?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	
4. Sente que a Empresa lhe dá abertura para expor suas idéias e opiniões ?			
<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca
5. Sabe contornar situações de conflitos junto aos pacientes/usuários ?			
<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca
6. Existe uma relação de cooperação entre os diversos setores da Empresa ?			
<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca
7. Costuma ter feedback de seu Superior acerca de seu trabalho ?			
<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca
8. Em sua equipe, pontos de vistas divergentes são debatidos antes de se tomarem as decisões ?			
<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca
9. Seu trabalho lhe dá um sentimento de realização profissional ?			
<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca

10. Você gostaria de trabalhar em outro setor da Empresa que não o atual? Se sim, qual setor?			
<input type="checkbox"/> Sim	Setor:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não tenho opinião
11. Considera ser também sua responsabilidade contribuir para o sucesso da Empresa?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não tenho opinião	
12. Como você considera o relacionamento e o respeito entre os Colaboradores da empresa?			
<input type="checkbox"/> Adequado	<input type="checkbox"/> Razoável	<input type="checkbox"/> Inadequado	
13. A empresa investe em treinamentos necessários para o desenvolvimento profissional de seus Colaboradores?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	
14. Considera boa a comunicação entre Empresa e Colaboradores sobre assuntos diversos?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	
15. Sente que há parceria contínua para melhoria na qualidade do trabalho, entre empregado empregador?			
<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca
16. Dos tópicos abaixo, qual considera de maior relevância para o bom andamento de seu dia a dia profissional?			
<input type="checkbox"/> Ambiente de trabalho <input type="checkbox"/> treinamentos <input type="checkbox"/> Espaço físico <input type="checkbox"/> comunicação interna			
17. Em linhas gerais, qual sua avaliação sobre a Empresa?			
<input type="checkbox"/> Péssima	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Ótima

8.11. Absenteísmo

Absenteísmo é um termo que faz alusão a um “padrão de ausência diante de um compromisso ou obrigação, no entanto seu conceito mais popular está diretamente relacionado ao contexto do trabalho, não somente por sua origem, como pelo seu impacto dentro das Organizações.”.

Sobre a origem, citado acima, vale destacar que a utilização do termo para sinalizar faltas no serviço se expandiu para além das indústrias, sendo aplicada para qualquer tipo de atividade ocupacional, em todos os setores produtivos.

Já o impacto do absenteísmo em instituições pode ser observado no dia a dia, a partir de fatores como, por exemplo, a queda de produtividade, sobrecarga e comprometimento do clima organizacional.

Nesse sentido, o termo começou a designar também, um índice ligado às horas de trabalho perdidas, empregado com parâmetro de produtividade.

Apesar de ressaltar aspectos negativos e que, vez por outra, sinalizam um estado de alerta, essa métrica fornece argumentos e idéias para a implantação de programas de melhoria continua nas empresas.

O que compõe o absenteísmo:

- Faltas ao trabalho sem justificativa;
- Atrasos nos horários de entrada ou do retorno do almoço;
- Saídas antecipadas;
- Horas de trabalho dedicadas a manutenção da saúde (Consultas Médicas);
- Ausências Justificadas para acompanhar filhos e outros dependentes ao médico;
- Ausências justificadas através de atestados médicos referentes a doenças.

Em uma avaliação mais crítica, diferentes autores classificaram mais cenários como absenteísmo.

O Brasileiro Idalberto Chiavenato, influente no campo de Recursos Humanos,

identificou por exemplo o “absenteísmo mental”, que ocorre quando o trabalhador não falta, mas se encontra disperso devido a uma ausência mental.

Fatos como este, ocorrem quando o ambiente de trabalho não é agradável, para este colaborador, fazendo com que seu cérebro se concentre em outros locais em busca de aceitação e conforto.

Um artigo publicado em uma revista de ciências gerenciais e assinado por Gizele de Almeida Souza Aguiar e Jannine Rodrigues de Oliveira, cita:

“O absenteísmo mental prejudica o andamento dos trabalhos tanto quanto a ausência física. Quando o colaborador encontra-se presente no posto de trabalho e não realiza suas atividades, conforme estabelecido, o problema pode ser ainda mais grave, requerendo especial atenção por parte do empregador.”

Para a área de Recursos Humanos, absenteísmo é um fenômeno que merece atenção pois resulta na perda de horas trabalhadas, produtividade e lucratividade para as empresas.

Por esta razão o absenteísmo deve ser acompanhado e monitorado, de forma a oferecer parâmetros de avaliação das ausências ao trabalho. A partir desses parâmetros será possível analisar se o absenteísmo cresceu como um todo, se atingiu determinado departamento ou ainda determinados colaboradores.

A elevação métrica por causa de algum colaborador pode sinalizar questões de natureza pessoal que podem ser tratadas individualmente com cada um deles. Já o aumento generalizado das ausências podem apontar, por exemplo para problemas com lideranças e formas de gestão.

Principais causas do absenteísmo:

- Doenças não relacionadas ao trabalho;
- Doenças ocupacionais;
- Sobrecarga de trabalho;
- Más condições de trabalho;
- Bullying e conflitos;

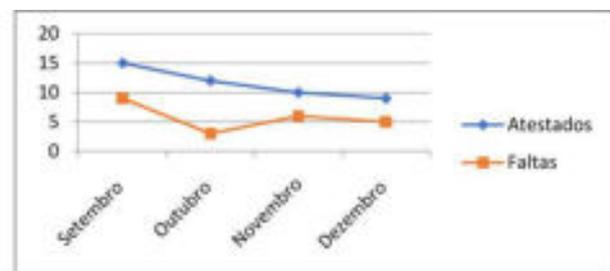
- Falta de motivação;
- Razões pessoais;
- Imprevistos.

Quando não identificadas as causas do absenteísmo, podem ocorrer efeitos em cadeia, como desmotivação, excesso a carga de trabalho à outros colaboradores, ou até mesmo demissão, afetando o índice de rotatividade (Turnover).

Através deste trabalho, medidas poderão ser tomadas para diminuir essas taxas visando a estabilidade da empresa e também do empregado, com o claro objetivo de equilibrar o potencial de produtividade e o bem estar de todo o grupo, pois entendemos ser o melhor caminho para um ambiente de trabalho saudável, colaboradores felizes e uma empresa em consonância com os anseios das equipes afins.

Abaixo Modelo do Controle de Absenteísmo:

Meses	Atestados	Faltas	Unidade
Setembro	15	9	SP
Outubro	12	3	SP
Novembro	10	6	SP
Dezembro	9	5	SP



Mediante apuração dos índices do Absenteísmo é possível identificar problemas com causas pessoais ou até mesmo de ordem corporativa.

As ações propostas dependem do resultado mensal apurados, sendo as mais executáveis:

- . Realinhamento junto a gestão de setor no que compete ao relacionamento com a equipe de trabalho, pontuando formas de condutas e de gestão .
- . Realocação do Colaborador à outro setor de trabalho visando acompanhá-lo em novo ambiente, sua produtividade, assiduidade e satisfação pessoal.

. Identificação do ambiente físico, à fim de instituir melhorias como pinturas mais claras, iluminação adequada, ventilação, etc...objetivando o bem estar físico e mental de cada um dos Colaboradores.

. Realização de reuniões informais no intuito de unificar e aproximar Chefias e subordinados , garantindo harmonia no ambiente organizacional.

Assim como a tabulação do Absenteísmo, a Pesquisa de Clima Organizacional e as Avaliações de Desempenho periódicas, são ferramentas fundamentais na identificação de situações pontuais e que sinalizam para mudanças. Neste sentido a Empresa precisa estar atenta e ter um olhar com amplitude e estar sempre pré-disposta a traçar caminhos que permitam e garantam o bem estar corporativo e por consequência o da Empresa também.

8.12. Gestão de Recursos Humanos e Educação Permanente

8.12.1. Sobre a Educação Permanente e Continuada

As ações de educação permanente em saúde destinam-se aos públicos multiprofissionais que atuam nos sistemas de saúde e possuem enfoque nos problemas cotidianos das práticas das equipes de saúde. Devem ser inseridas de forma institucionalizada no processo de trabalho, gerando compromissos entre os trabalhadores, gestores e usuários visando o desenvolvimento profissional e pessoal.

Vislumbra-se, a partir desse trabalho, a possibilidade da construção de uma rede formada por tais atores e centrada no cuidado com o momento histórico de implementação das ações de saúde, por meio de ações que considerem o alcance dos resultados esperados, mediados pelo desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os profissionais pela busca de soluções criativas para os problemas encontrados, objetivando a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e a consolidação de um Sistema Único de Saúde (SUS) cada

vez mais digno, humano e correspondente às expectativas da população local.

São os objetivos de Educação Permanente propiciar reflexões que buscam transcender a dimensão do trabalho para além da visão puramente instrumental em uma ação que considere as contingências pertinentes ao modo de vida das pessoas, das famílias e organização dos serviços. E ainda qualificar e manter atualizados profissionais comprometidos com um desempenho orientado no sentido de:

- Superar a fragmentação no cuidado à saúde;
- Humanizar as práticas de saúde;
- Buscar a satisfação do usuário, através da construção de um vínculo efetivo entre equipe de saúde e a População.

Alguns pressupostos para isto capazes de orientar e sinalizar as práticas de ensino-aprendizagem em pleno ambiente de trabalho são os seguintes:

- A capacitação não pode ser reduzida a treinamentos formais, cursos padronizados, aonde tudo já vêm pronto;
- Visa à superação da formação acadêmica e tecnicista;
- Busca oportunizar o alcance de uma compreensão mais, global, mais totalizadora da realidade dentro da qual se insere de forma dialética a problemática da saúde;
- Deve necessariamente expressar-se em um processo contínuo de formação e informação;
- Dar estímulo e encorajamento à criatividade e iniciativa;
- Priorizar e valorizar o trabalho comunitário e em grupo;

A proposta do Instituto é avançar com os movimentos da Educação Permanente em Saúde (EPS)

Serão realizadas reuniões mensais com equipes assistenciais a fim de promover

a troca nas informações bem como transmitir conhecimento de um para o outro. O Instituto preza pela aprendizagem e produção do conhecimento no cotidiano do trabalho.



Cursos externos e Atividade em grupo na Unidade de saúde

8.12.2. Resultados Esperados da Educação Permanente e Continuada

- **Satisfação:** Quanto mais a empresa investe em desenvolvimento nos colaboradores, mas eles se sentem pertencentes. Assim, aumenta também a satisfação dentro do ambiente de trabalho.
- **Mais Resultados:** preparar e qualificar uma equipe faz com que estejam melhor preparados para os desafios cotidianos. Dessa forma, quanto mais conhecimentos tiverem, maior será o nível de bons resultados.
- **Redução de Turnover:** Ao investir em desenvolvimento humano a empresa está também, investindo no engajamento do colaborador. Estes se sentem motivados com a cultura organizacional e com o papel que estão desempenhando, pois estarão melhor preparados para os desafios profissionais.
- A equipe melhor preparada e satisfeita em seu trabalho, terá condições de propiciar um melhor atendimento à população.

A educação permanente em saúde precisa ser entendida, ao mesmo tempo, como uma ‘prática de ensino-aprendizagem’ e como uma ‘política de educação na saúde’. Ela se parece com muitas vertentes brasileiras da educação popular em saúde e compartilha muitos de seus conceitos, mas enquanto a educação popular tem em vista a cidadania, a educação permanente tem em vista o trabalho.

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.

Sentir a necessidade de mudança é uma condição indispensável para que um gestor ou trabalhador da saúde mude ou incorpore novos conceitos e ferramentas à sua prática. Essa necessidade não pode ser imposta e deve ser proveniente de um profundo questionamento sobre a suficiência de sua maneira de fazer ou pensar seu processo de trabalho no enfrentamento dos desafios cotidianos.

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. A Educação Permanente em Saúde, segundo Ceccim (2005, p. 976), “constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente”.

Educação Permanente em Saúde é, portanto, um conceito estratégico para qualificação da gestão e da assistência, pois toma como matéria prima as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços.

Processos de Educação Permanente baseiam-se em metodologias ativas de ensino, como a aprendizagem significativa e a problematização. Nesse sentido, o

aprender e o ensinar incorporam-se no cotidiano das organizações e do trabalho tendo como referência as necessidades das pessoas (sejam trabalhadores, gestores ou usuários), colocando-as como protagonistas dos processos. Conforme Ceccim e Ferla (2009), na Educação Permanente, existe a troca e o intercâmbio, o “estranhamento” e a “desacomodação” com os saberes e as práticas que estejam vigentes em cada lugar. Diante disso, o Apoiador, ao lançar mão dessa estratégia para ativar coletivos em processos de mudança, deve considerar que todos (inclusive ele) são, ao mesmo tempo, educandos e educadores; apoiadores e apoiados.

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.

A educação permanente em saúde precisa ser entendida, ao mesmo tempo, como uma ‘prática de ensino-aprendizagem’ e como uma ‘política de educação na saúde’. Ela se parece com muitas vertentes brasileiras da educação popular em saúde e compartilha muitos de seus conceitos, mas enquanto a educação popular tem em vista a cidadania, a educação permanente tem em vista o trabalho. Este item está mais detalhado na parte de Recursos humanos.

Acerca da implementação e organização das Políticas de Educação Permanente, será disposta nos moldes da portaria do Ministério da Saúde nº 278/2014, que dispõe “*in verbis*”:

PORTARIA Nº 278, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2014

Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o inciso III do art. 200 da Constituição Federal de 1988;

Considerando o inciso I do art. 27 da Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990;

Considerando a Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor;

Considerando a Portaria nº 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e

Considerando a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS, de 2003, norteadada pela valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, usuários, trabalhadores e gestores, pelo fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; pelo aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; pelo estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; pela identificação das necessidades sociais de saúde; pela mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho; e pelo compromisso com a ambiência e com a melhoria das condições de trabalho e de atendimento, resolve:

Art. 1º Esta Portaria institui diretrizes para a implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS).

Art. 2º Para efeitos desta Portaria, considera-se:

I - Educação Permanente em Saúde (EPS): aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde;

II - aprendizagem significativa: processo de aprendizagem que propicia a construção de conhecimentos a partir dos saberes prévios dos sujeitos articulados aos problemas vivenciados no trabalho;

III - Plano de Educação Permanente em Saúde do Ministério da Saúde (PEP-MS): plano norteador dos processos educativos dos trabalhadores do Ministério

da Saúde, construído coletivamente pelas Secretarias e Unidades do Ministério da Saúde nos Estados;

IV - ações de educação regionalizadas/territorializadas: ações de educação a serem executadas de forma regionalizada/territorializada, com o intuito de ampliar o acesso às ações de desenvolvimento e otimizar a utilização dos recursos;

V - áreas de educação: unidades ou equipes do Ministério da Saúde com competência e atribuições de gestão e/ou execução de ações de educação;

VI - ações de educação: reflexão e aprendizagem no/para o trabalho, no âmbito das equipes multiprofissionais, cursos presenciais e à distância, aprendizagem em serviço, grupos formais de estudos, intercâmbios ou estágios, oficinas, seminários, congressos e outras, que contribuam para a pactuação dos processos de trabalho, formação, atualização, qualificação profissional e desenvolvimento dos trabalhadores, em consonância com as diretrizes institucionais do Ministério da Saúde;

VII - servidor público federal: profissional legalmente investido em cargo público efetivo, em comissão ou temporário, da Administração Pública Federal; e

VIII - trabalhador do Ministério da Saúde: todo profissional que presta serviço ao Ministério da Saúde, independentemente do vínculo institucional.

Art. 3º A Política de Educação Permanente em Saúde no Ministério da Saúde deve considerar:

I - as especificidades das Secretarias e Unidades do Ministério da Saúde nos Estados;

II - as políticas prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - a necessidade de superar a fragmentação dos processos de trabalho;

IV - as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde; e

V - a capacidade instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.

Art. 4º São diretrizes para a Educação Permanente em Saúde no Ministério da Saúde:

- I - valorizar o trabalhador e o trabalho em saúde no Ministério da Saúde, na perspectiva da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS;
- II - fomentar práticas educacionais em espaços coletivos de trabalho, fortalecendo o trabalho em equipes multiprofissionais;
- III - promover a aprendizagem significativa por meio da adoção de metodologias ativas e críticas;
- IV - favorecer a autonomia dos sujeitos e a corresponsabilização nos processos de trabalho do Ministério da Saúde;
- V - articular a Educação Permanente em Saúde e a gestão de pessoas por competências para a organização das ações de educação no Ministério da Saúde;
- VI - fortalecer a gestão da Educação Permanente em Saúde de forma compartilhada e participativa, no âmbito do Ministério da Saúde;
- VII - contribuir para a mudança cultural e institucional direcionada à gestão compartilhada e ao aprimoramento do SUS;
- VIII - constituir-se como uma estratégia política para o enfrentamento da fragmentação dos serviços e das ações de saúde; e
- IX - valorizar as múltiplas dimensões humanas nos processos de ensino-aprendizagem.

Art. 5º No que concerne à Política de Educação Permanente no Ministério da Saúde, são atribuições da:

- I - Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas (CGESP):
 - a) promover a articulação entre a política de gestão de pessoas do governo federal e a política de educação na saúde no âmbito do Ministério da Saúde;
 - b) coordenar o processo de planejamento, monitoramento e avaliação da Educação Permanente em Saúde no âmbito do Ministério da Saúde, definindo coletivamente as prioridades e pactuando as corresponsabilidades de cada área;
 - c) financiar as ações de educação constantes no PEP-MS e prestar conta da execução dos recursos aos órgãos competentes;
 - d) incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e

desenvolvimento dos trabalhadores da saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica no Ministério da Saúde e as parcerias estabelecidas com instituições de ensino; e

II - Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas (CODEP):

a) planejar coletivamente o PEP-MS, considerando os objetivos estratégicos do Ministério da Saúde, as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do Ministério e as especificidades regionais;

b) apoiar e cooperar, tecnicamente, as Secretarias e Unidades do Ministério da Saúde nos Estados para a identificação das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores, a partir dos problemas dos processos de trabalho e das competências institucionais de cada área;

c) estabelecer parcerias com instituições educacionais para a implementação do PEP-MS, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde e da legislação vigente; e

d) acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde, implementadas no Ministério da Saúde.

Art. 6º O PEP-MS deve ser construído de maneira coletiva, propiciando amplo debate e tendo por base o planejamento participativo e ascendente.

§ 1º O processo de discussão e construção do PEP-MS dar-se-á com a participação efetiva dos trabalhadores, considerando a análise estratégica do contexto do Ministério da Saúde e a intencionalidade das políticas públicas em saúde.

§ 2º As ações de educação do PEP-MS devem incluir todos os trabalhadores atuantes no Ministério da Saúde, tendo em perspectiva a diversidade de vínculos existentes e a legislação vigente.

Art. 7º As ações de educação do PEP-MS devem ocorrer, preferencialmente, por meio dos espaços coletivos de trabalho, no âmbito das equipes multiprofissionais.

Parágrafo único. Deve ser priorizada a forma coletiva de aprendizagem orientada para as equipes que atuam em processos de trabalho compartilhados, suprimindo as lacunas de conhecimento identificadas no cotidiano.

Art. 8º A definição das estratégias de execução das ações de educação regionalizadas/territorializadas é de responsabilidade das áreas de educação das Unidades do Ministério da Saúde nos Estados.

Art. 9º A relação com as instituições de ensino parceiras será pautada pelas diretrizes e dispositivos desta Portaria.

Parágrafo único. A gestão das ações de educação deve ter condução e coordenação compartilhadas entre as áreas de educação, técnicas, instituições parceiras e instrutórias, quando for o caso.

Art. 10. As ações de educação serão organizadas em um plano de trabalho, de acordo com as diretrizes estabelecidas nesta Portaria, conforme roteiro apresentado no anexo a esta Portaria.

Art. 11. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

8.12.3. Recursos a serem utilizados

- Reuniões com rodas de conversa
- Fóruns para discutir temas pré-estabelecidos
- Dinâmicas
- Treinamentos no local de trabalho
- Treinamentos corporativos internos
- Treinamentos corporativos externos

Em até 30 dias após a posse do Instituto serão realizadas reuniões com as chefias das áreas para definição dos temas que deverão ser abordados, e como; além de identificação de Entidades locais qualificadas e reconhecidas para ministrá-los, quando for o caso.

Podemos utilizar também, o modelo de multiplicadores, onde os profissionais detentores de algum conhecimento específico, poderão replicá-los a outros da equipe.

Através da metodologia do apoio Institucional a Equipe Gestora do Instituto

cuidará para que a Unidade tenha um clima organizacional de ponta, devendo ser alimentado também, através da Educação Permanente.

Em 180 dias após a posse, será entregue a relação dos profissionais já capacitados e assim seguirá semestralmente.

A meta é que cada profissional passe por pelo menos uma ação de Educação Permanente e /ou Continuada, por ano.

Para os cursos formais internos ou externos, será emitido certificado a todos os participantes.

8.12.4. Plano anual de Educação Permanente para Urgência e Emergência

Toda instituição de saúde seja ela, hospital, ambulatório, centro de saúde, consultório se insere nessa categoria denominada construção social, enquanto resultado de um processo histórico de gestão coletiva de valores, cultura, saber e capacidades, que se produzem e reproduzem como práticas em contínuo movimento. Torna-se importante ressaltar esta noção, porque certas formas de entender a gestão de serviços de saúde privilegiaram a noção física de construção (estabelecimento) e deixaram de lado a noção social. Para fundamentar uma proposta de educação permanente é essencial entender que a instituição de saúde é também um lugar de trabalho e de educação, e que nele encontraremos um conjunto complexo de relações, acontecimentos e processos de natureza ideológica, cultural, técnica e econômica que, em resumo, definem um espaço social. Esse lugar sofre influência de um conjunto de determinações complexas e de origens diversas, como a tecnologia, o financiamento, as políticas sociais, o paradigma médico, as modalidades de formação de pessoal, o mercado de trabalho, a situação do emprego, etc. Esses fatores estão experimentando de forma muito rápida, importantes transformações que afetam a arquitetura do setor e até mesmo a própria existência dos serviços. Neste contexto devem ressaltar alguns componentes institucionais de importância para se entender as transformações, na medida em que são espaços de realizações práticas: a cultura institucional, a estrutura

de poder e o processo de trabalho.

As instituições de saúde, definidas historicamente como lugares de ciência e de cura, geram hábitos e dinamicamente os mantêm. São produtos da história, produzem práticas individuais e coletivas e, portanto, produzem história. Asseguram a vigência de experiências passadas que, incorporadas em cada organismo sob a forma de esquemas de percepção, de pensamento e de ação, tendem a garantir a conformidade das práticas e sua constância através do tempo, de um modo mais seguro que todas as normas explícitas. O habitus institucional é o ambiente cultural e ideológico em que transcorre o trabalho em que se produzem, pautados por normas implícitas e explícitas (gestão), os encontros e desencontros entre profissões e profissionais, aonde acontecem de forma definitiva às relações de produção de serviços.

O processo de trabalho que se realiza nas instituições de saúde (seja de atenção médica ou de saúde integral) caracteriza-se por sua grande complexidade, heterogeneidade e fragmentação. Afirma-se, com razão, que um hospital é uma das instituições de maior complexidade em razão da diversidade de profissões, profissionais, usuários, tecnologias, relações sociais e interpessoais, formas de organização, espaços e ambientes que comporta. Mas, essa complexidade existe principalmente em razão da natureza dos processos que compõem sua finalidade: os processos de saúde, enfermidade, morte; como também em razão das variáveis que entram em jogo nas decisões e ações que esses processos acarretam. O processo de trabalho pode ser caracterizado como modalidade de organização que conjuga uma gama de fatores, como a tecnologia, os recursos (materiais econômico e financeiro) e o pessoal, para sua transformação em determinado produto ou resultado (neste caso, atenção médica ou atenção integral), capaz de satisfazer uma necessidade socialmente determinada, como finalidade desse processo. Em saúde esse processo é bastante heterogêneo, englobam muitos outros processos de trabalho, alguns dos quais aparentemente sem relação entre si. Embora tenham uma finalidade em comum, esta muitas vezes não aparece claramente ou é alterada, em razão da forma de organização do processo e sua articulação com outros (semelhantes ou diferentes). Sem dúvida, se existe uma

característica da atual ordem de trabalho nas instituições de saúde que defina o técnico e o social, esta característica é a fragmentação; está baseada no princípio de Taylor da separação entre concepção e execução da atividade, como condição de produtividade. Trata-se de uma fragmentação que encerra várias dimensões: conceitual (entre pensar e fazer), técnica (definida pela aplicação de diversos conhecimentos e tecnologias por diversos trabalhadores cada vez mais especializados) e social (estabelecem-se relações de hierarquia e subordinação – divisão social – internamente e entre diversas categorias profissionais).

O papel da tecnologia no trabalho em saúde é de grande importância. É o fator mais dinâmico de desenvolvimento da atenção médica no período recente e uma das razões do crescimento dos custos. A tecnologia organiza e reorganiza o trabalho: gera novas competências, especialidades e novas relações técnicas que logo se incorporam em novas relações sociais. Mas a tecnologia não é somente um fator de produção e organização do trabalho, é também um elemento estruturador de formas de atenção e de modalidades de prática, portanto, é um fator ideológico e cultural de práticas futuras (nos serviços) e de pautas de consumo ou demanda de atenção (entre a população).

8.12.5. A gestão de pessoal e a qualidade

A proposta de educação permanente assume **como objetivo a melhoria de qualidade do serviço que se oferece à população, constituindo-se em um instrumento pedagógico da transformação do trabalho e do desenvolvimento permanente dos trabalhadores nos planos individual e coletivo**. Aqui é necessário estabelecer do que se fala quando se faz referência à qualidade do serviço em saúde. A primeira observação a se levar em conta é que a maior parte da bibliografia existente a esse respeito se refere à qualidade da atenção médica, grande parte da qual se deriva dos postulados da “boa medicina”, formulados por Lee e Jones a década de 30,

baseados no paradigma flexneriano de qualidade

Na atual condição crítica da prestação e entrega de serviços públicos a necessidade e o desafio de se elevar a qualidade da atenção é um objetivo maior (junto com a universalidade do acesso) ligado à construção desse contrato social rompido, mencionado anteriormente. Não se pode falar em qualidade sem se considerar o princípio da igualdade: não existe qualidade de um serviço sem igualdade. De certa forma pode-se dizer que a qualidade da atenção é um critério ou requisito do estatuto de cidadania no que se refere à saúde. Outros autores se referem também a esta dimensão ética e política como o componente humano da qualidade do serviço de saúde. Entende-se o trabalho em saúde como uma prática complexa que tem como consequência uma dimensão técnica (que supõe a aplicação de conhecimento e tecnologia para satisfazer necessidades relevantes da sociedade) e uma dimensão social (que se refere às relações sociais por ela mobilizadas e aos intercâmbios simbólicos que isso supõe). Esse trabalho complexo, heterogêneo, desigual e combinado segue sendo em essência organizado sob cânones tayloristas, mas com características de indefinição de funções e de ausência de uma função intencional de gestão de trabalho. Chama atenção esta carência, considerando-se que os hospitais estão entre as instituições sociais mais complexas, conflituosas e numerosas de pessoal que existem. Essas condições fazem com que os projetos que articulam estratégias de educação permanentes e objetivos de melhoria da qualidade de trabalho e o serviço sejam enormes desafios técnicos e políticos. Nesse desafio, o papel desempenhado por uma gestão de pessoal centrada no trabalho é de grande importância.

O momento crítico atual dos serviços públicos caracteriza-se pela conjunção de maiores demandas por qualidade dos serviços (em confronto com as prioridades oferecidas pelos serviços) e a fragilidade dos paradigmas administrativos para poder atendê-las. Queira-se ou não, essas exigências induzem a mudanças de diferentes orientação e alcance, algumas das quais podem oferecer caminhos para o avanço de estratégias de mudança do trabalho para a qualidade. É um erro pensar que essas mudanças acontecerão de um dia para outro e que serão normalmente positivas, como

também é um erro pensar que somente em instituições democráticas e participativas (que no momento são exceções) existem condições para uma mudança como essa que se propõe. Ao contrário, pode-se dizer que o caminho para se construir essas novas instituições, passa pelas fases das mudanças no trabalho e das possibilidades da educação permanente no serviço. Essas demandas por capacidade gerencial e qualidade obrigam a buscar, além de um novo perfil gerencial e implementação de estratégias adequadas de capacitação, novos paradigmas e modos de organização, ou seja, novas práticas de gestão, principalmente no que se refere à gestão do trabalho. Esta é uma condição necessária para um projeto de educação permanente para a qualidade do trabalho e do serviço.

A perspectiva de gestão de trabalho coletivo traz uma nova visão sobre a pergunta: “Quem deve estar envolvido com as mudanças?”. Nessa visão se assume a participação de todos os trabalhadores envolvidos em cada um dos problemas em estudo na instituição, com uma nova lógica que define a equipe de trabalho não mais por categorias profissionais ou serviços e programas formalmente definidos, mas, sim, por participação efetiva no processo de trabalho em análise.

Por influência do modelo predominante de formação de profissionais de saúde, há uma tendência a privilegiar a abordagem da dimensão técnica do cuidado quando se enfrenta um problema e, particularmente, a valorizar mais o domínio do conhecimento científico em si que a pertinência de sua aplicação.

Sob uma perspectiva de trabalho para a qualidade, o conhecimento não é o único atributo da competência profissional. Seu valor está na possibilidade de que seu uso se oriente em assegurar a satisfação das necessidades do usuário. Considerando-se que essas necessidades são complexas, diversas e variáveis, e considerando-se também que o processo e a divisão do trabalho também se modificam, a criatividade, o encontro com outros conhecimentos, a flexibilidade e a abertura para a busca permanente de novos conhecimentos passam a ser atributos também valorizados. E são justamente os processos de reflexão sobre os problemas da prática do trabalho e da busca das intervenções necessárias para alcançar a imagem de qualidade que permitem o

exercício e a construção desses atributos. Muitas vezes os profissionais se veem inclinados a buscar cursos de reciclagem e atualização para obter novos conhecimentos, com a expectativa, geralmente frustradas, de que nesses cursos encontrarão os caminhos e as receitas para a transformação de sua prática.

O projeto de educação permanente para o melhoramento da qualidade do trabalho é um projeto institucional, o que supõe mudanças na cultura institucional e no estilo de gestão, mas também é, em todos os casos, um projeto grupal, das equipes de saúde. É um trabalho de grupo a análise estratégica da situação institucional, a problematização da missão (revisão ou reencontro), a construção da imagem objetiva de qualidade e o momento essencial do processo: a definição dos problemas de qualidade sobre os quais se vão intervir. Do mesmo modo, tanto o componente programático educacional como as diversas estratégias de gestão pessoal se caracterizam por sua orientação aos grupos e por sua definição conjunta, coletiva, participativa. O objetivo estratégico de todo o processo é o reencontro com o trabalho solidário, com a reconstrução das equipes, com a satisfação do pessoal como condição básica de um serviço de saúde com equidade e qualidade.

8.12.6. Qualidade no serviço: esforço de todos

Esta característica consiste na definição coletiva (por equipe ou equipes de trabalho) da imagem ou imagens-objetivo de qualidade do serviço que fornecem e de seu próprio trabalho, assim como dos problemas que impedem o êxito dessa imagem. É uma atividade que combina elementos técnicos (critérios de qualidade fornecidos pela gestão) e elementos axiológicos derivados da missão institucional. É o momento em que se escuta dos usuários sua apreciação do serviço que recebem e as propostas que podem fazer para melhorá-lo. Esta primeira aproximação da interface serviço/população deve ser completada com a análise das relações internas de cliente/provedor que foram estabelecidas no serviço (recorde-se da relação consultório/laboratório, por exemplo). O

resultado desse momento é um conjunto de imagens-objetivo para as equipes e que funcionam também como critério de gestão. O momento seguinte é a definição dos problemas de qualidade, que segundo os peritos de gestão de qualidade é o aspecto mais delicado e requer mais tempo. O propósito explícito é identificar aqueles problemas que impedem que o serviço alcance sua imagem de qualidade, ou seja, aqueles problemas de trabalho de pessoal que contribuem para essa dificuldade. A identificação dos problemas se faz sempre “contra” essa imagem ou imagens de qualidade que antes foram construídas. Diz-se que são imagens porque precisamente “ajudam a enxergar” os problemas de qualidade. Nem todos os problemas existentes são problemas de qualidade, somente aqueles que contrastam com as imagens.

Para a identificação dos problemas se faz uso de diversas possibilidades: experiências individuais ou grupais, revisão de informação existente (estatística ou não, quantitativa ou qualitativa) nos diversos ambientes ou unidades comprometidas.

Para iniciarmos o Plano de educação permanente iremos abordar temas que farão parte da rotina das equipes multiprofissionais.

No decorrer das atividades realizadas nos plantões de 24h surgirão demandas que serão inseridas dentro do plano de forma prioritária.

8.12.7. Sugestão de Temas a serem trabalhados

(Conteúdo Programático)

Abaixo, sugerimos temas a serem trabalhados, porém, não necessariamente nessa ordem. Além de que, novos temas poderão ser incluídos, de acordo com o levantamento de necessidades identificadas no local. São temas de atividades rotineiras, mas que precisam ser abordadas para que o atendimento seja realizado com excelência. Após 30 dias do início da Gestão do Instituto, serão avaliadas as necessidades e prioridades dos temas. A equipe de RH do Instituto fará esse

levantamento em conjunto com as chefias dos PAs. Caso haja necessidade de adequação e abordagem de novos temas estes também serão considerados. De acordo com o levantamento de necessidades, conseguiremos definir um primeiro cronograma.

Sugestão de Temas Técnicos e público alvo:

- 1 – Segurança do Trabalho: NR 32 – toda equipe
- 2 – Anotações de Enfermagem e Passagem de Plantão – Equipe de Enfermagem
- 3 – Cuidados com Drenos, sondas e cateteres – Equipe de Enfermagem
- 4 – Feridas e Curativos – Equipe de Enfermagem
- 5 – Esterilização de Materiais Hospitalares – Equipe de Enfermagem
- 6 – Ventilador Mecânico - Equipe assistencial
- 7 – Drogas Vasoativas – Equipe Assistencial
- 8 – Técnicas de Vacinação – Enfermeiros
- 9 – Hotelaria – Rouparia, copa e recepção

Sugestão de Temas Comportamentais

- 1 – Atendimento de Qualidade
- 2 – Como Atender Melhor o seu Cliente
- 3 – Gestão de Pessoas

4 – Gestão de Conflitos

Todas as ações voltadas a Educação Permanente e Continuada, contarão com lista de presença, onde deverá constar Nome, RG e assinatura dos participantes, tema abordado, carga horária, nome do Treinador/Palestrante, Instituição responsável e data.

8.13. Saúde Do Trabalhador

8.13.1. Os EPI's (Equipamentos de Proteção Individual)

Os Equipamentos de Proteção Individual estão relacionados aos utensílios individuais para cada trabalhador e são utilizados para evitar danos à saúde e à vida desse funcionário.

De acordo com a Norma Regulamentadora (NR-06) do Ministério do Trabalho e Emprego, a empresa é obrigada a fornecer aos empregados, gratuitamente, os Equipamentos de Proteção Individual adequado ao risco, em perfeito estado de conservação e funcionamento. Dentre as categorias dos Equipamentos de Proteção Individual estão:

- Proteção da cabeça: capacete, capuz;
- Proteção dos olhos e face: óculos, máscaras;
- Proteção auditiva: protetor auricular, abafadores;
- Proteção respiratória: respirador;
- Proteção do tronco: coletes;
- Proteção dos membros superiores: luvas, braçadeiras;

- Proteção dos membros inferiores: botas, calças EPI e EPC.

8.13.2. Os EPC's (Equipamentos de Proteção Coletiva)

Já os Equipamentos de Proteção Coletiva são itens fixos ou móveis, instalados no local de trabalho para a proteção coletiva de toda a empresa.

Entre os principais Equipamentos de Proteção Coletiva destacamos os cones, fitas e placas de sinalização, alarmes, plataformas, grades e dispositivos de bloqueio, barreiras contra luminosidade e radiação, exaustores, corrimão etc.

Uma das vantagens dos Equipamentos de Proteção Coletiva é que são mais eficientes e não proporcionam incômodo ao trabalhador. Outro fator importante é que os Equipamentos de Proteção Coletiva resguardam a integridade física dos colaboradores e de terceiros presentes na empresa.

Portanto, a diferença é que EPI é para proteção individual do colaborador e EPC para proteção coletiva.

A importância do EPI e EPC nas empresas tanto os EPI's quanto os EPC's são essenciais para garantir a integridade e saúde dos trabalhadores, porém devemos lembrar que a prevenção não deve acabar após o fornecimento do equipamento pela empresa. É necessário que a ela também oriente o trabalhador sobre como deve ser usado os equipamentos, como conservá-los e armazená-los. Além disso, deve-se ajustar o equipamento individual de acordo com o tamanho de cada colaborador, de modo com que o equipamento não ofereça oportunidade de falhas.

8.13.3. PCMSO

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. O Instituto irá seguir todas as normativas do PCMSO para com seus colaboradores.

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.

8.13.4. Política de Segurança no Trabalho e Prevenção de Acidentes

a) Objetivo

A premissa básica é envolver todos os níveis da empresa e de forma clara e objetiva mostrar a real importância da “Segurança no Trabalho” no dia a dia da organização empresarial. Fazendo com que todos sejam convidados a participar e detectar os problemas existentes nos locais de trabalho (riscos de acidente, ergonômicos, físico, químico, biológico).

Será implantado por este Instituto ALPHA desde o início os programas: Programa de Prevenção de Riscos à Saúde do Trabalhador, Elaboração e Implantação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, PPRA -Programa de Prevenção

de Riscos Ambientais e PCMSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional.

b) Finalidade

Despertar a cultura prevencionista de forma consciente e voluntaria em todos os níveis da empresa, bem como a participação do maior número de colaboradores. Atuando de forma conjunta identificando os riscos, propondo soluções e por fim, aderindo à ideia de desenvolver suas atividades laborais de forma segura.

8.13.5. Programa de Prevenção de Riscos à Saúde do Trabalhador

O Programa de Prevenção de Riscos à Saúde do Trabalhador e 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 conseqüente 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.

Agentes de Risco

Os agentes de risco que devem estar presentes no PPRA são os agentes químicos, físicos e biológicos. Podendo ser analisado também os riscos ergonômicos e riscos mecânicos (de acidente). Estes dois últimos devem ser colocados como adendo no PPRA.

Os agentes físicos decorrem de processos e/ou equipamentos:

- Ruído, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas (calor ou frio), radiações ionizantes e radiações não-ionizantes.

Os agentes químicos são oriundos da manipulação e processamento de matérias primas e insumos que possam entrar pela via respiratória, pelo contato ou ser absorvidos através da pele ou organismo;

- Gases, vapores, poeiras, fumos, névoas e neblinas.

Os agentes biológicos são oriundos da manipulação, transformação e modificação de

seres vivos microscópicos, dentre eles:

- bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários, vírus, entre outros.

É um programa de atenção médica, o objetivo do programa é orientar os estudos na identificação de agentes de risco no ambiente do trabalho e a sua relação com a exposição das pessoas, dando um tratamento apropriado à prevenção, para não causar danos à saúde do trabalhador. Traz ainda consigo benefícios complementares como:

- Criação da mentalidade preventiva em trabalhadores e empresários.
- Redução ou eliminação de improvisações.
- Promoção da conscientização em relação a riscos e agentes existentes no ambiente do trabalho.
- Desenvolvimento de uma metodologia de abordagem e análise das diferentes situações e condições do ambiente do trabalho.
- Treinamento e educação dos trabalhadores para a utilização da metodologia.

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.

Obrigatoriedade da implementação do PPRA

A lei define que todos empregadores e instituições que admitem trabalhadores como empregados, são obrigadas a implementar o PPRA. Em todas as atividades de trabalho onde haja vínculo empregatício, há a obrigação de implantação do programa, sejam: indústrias; fornecedores de serviços; hotéis; condomínios; drogarias; escolas; supermercados; hospitais; clubes; transportadoras; magazines etc.

O não cumprimento das exigências desta norma estabelece penalidades que variam de multas e até interdições.

Opções de implementação do programa

Para as organizações que possuem o SESMT, Serviço Especializado de Segurança, é responsabilidade deste serviço a implementação. Para as empresas que não possuam o SESMT algumas opções podem ser aplicadas na elaboração, desenvolvimento, implementação do PPRA, como a contratação de uma empresa especializada, um Técnico de Segurança do Trabalho ou um Engenheiro de Segurança do Trabalho para desenvolvimento das diversas etapas do programa em conjunto com a direção da empresa.

Precauções e cuidados

A principal preocupação são que os objetivos sejam efetivamente a proteção aos trabalhadores.

A medição da presença de agentes pode atingir partes por bilhão (ppb) e precisam de metodologias adequadas para a medição.

As empresas especializadas à serem contratadas precisam ser verificadas quanto a capacitação técnica e idoneidade na realização destes trabalhos.

NR 9 - NORMA REGULAMENTADORA 9

PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS

Sumário

- 9.1. Do objeto e campo de aplicação
- 9.2. Da estrutura do PPRA
- 9.3. Do desenvolvimento do PPRA
- 9.4. Das responsabilidades
- 9.5. Da informação
- 9.6. Das disposições finais
- Anexo I - Vibração
- Anexo II - Exposição Ocupacional ao Benzeno em Postos Revendedores de Combustíveis

Do objeto e campo de aplicação

Esta Norma Regulamentadora - NR estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implantação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA, visando à preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e conseqüente 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.

As ações do PPRA devem ser desenvolvidas no âmbito de cada estabelecimento da empresa, sob a responsabilidade do empregador, com a participação dos trabalhadores, sendo sua abrangência e profundidade dependentes das características dos riscos e das necessidades de controle.

Quando não forem identificados riscos ambientais nas fases de antecipação ou

reconhecimento, descritas nos itens 9.3.2 e 9.3.3, o PPRA poderá resumir-se às etapas previstas nas alíneas "a" e "f" do subitem 9.3.1.

O PPRA é parte integrante do conjunto mais amplo das iniciativas da empresa no campo da preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, devendo estar articulado com o disposto nas demais NR, em especial com o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO previsto na NR-7.

Esta NR estabelece os parâmetros mínimos e diretrizes gerais a serem observados, na execução do PPRA, podendo os mesmos ser ampliados mediante negociação coletiva de trabalho.

Para efeito desta NR, consideram-se riscos ambientais os agentes físicos, químicos e biológicos existentes nos ambientes de trabalho que, em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição, são capazes de causar danos à saúde do trabalhador.

Consideram-se agentes físicos as diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores, tais como: ruído, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas, radiações ionizantes, radiações não ionizantes, bem como o infrassom e o ultrassom.

Consideram-se agentes químicos as substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo pela via respiratória, nas formas de poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores, ou que, pela natureza da atividade de exposição, possam ter contato ou ser absorvidos pelo organismo através da pele ou por ingestão.

Consideram-se agentes biológicos as bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários, vírus, entre outros.

Da estrutura do PPRA

O Programa de Prevenção de Riscos Ambientais deverá conter, no mínimo, a seguinte estrutura:

- a) planejamento anual com estabelecimento de metas, prioridades e cronograma;
- b) estratégia e metodologia de ação;

- c) forma do registro, manutenção e divulgação dos dados;
- d) periodicidade e forma de avaliação do desenvolvimento do PPRA.

Deverá ser efetuada, sempre que necessário e pelo menos uma vez ao ano, uma análise global do PPRA para avaliação do seu desenvolvimento e realização dos ajustes necessários e estabelecimento de novas metas e prioridades.

O PPRA deverá estar descrito num documento-base contendo todos os aspectos estruturais constantes do item 9.2.1.

O documento-base e suas alterações e complementações deverão ser apresentados e discutidos na CIPA, quando existente na empresa, de acordo com a NR-5, sendo sua cópia anexada ao livro de atas desta Comissão.

O documento-base e suas alterações deverão estar disponíveis de modo a proporcionar o imediato acesso às autoridades competentes.

O cronograma previsto no item 9.2.1 deverá indicar claramente os prazos para o desenvolvimento das etapas e cumprimento das metas do PPRA.

Do desenvolvimento do PPRA

O Programa de Prevenção de Riscos Ambientais deverá incluir as seguintes etapas:

- a) antecipação e reconhecimentos dos riscos;
- b) estabelecimento de prioridades e metas de avaliação e controle;
- c) avaliação dos riscos e da exposição dos trabalhadores;
- d) implantação de medidas de controle e avaliação de sua eficácia;
- e) monitoramento da exposição aos riscos;
- f) registro e divulgação dos dados.

A elaboração, implantação, acompanhamento e avaliação do PPRA poderão ser feitas pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT ou por pessoa ou equipe de pessoas que, a critério do empregador, sejam capazes de desenvolver o disposto nesta NR.

A antecipação deverá envolver a análise de projetos de novas instalações,

métodos ou processos de trabalho, ou de modificação dos já existentes, visando a identificar os riscos potenciais e introduzir medidas de proteção para sua redução ou eliminação.

O reconhecimento dos riscos ambientais deverá conter os seguintes itens, quando aplicáveis:

- a) a sua identificação;
- b) a determinação e localização das possíveis fontes geradoras;
- c) a identificação das possíveis trajetórias e dos meios de propagação dos agentes no ambiente de trabalho;
- d) a identificação das funções e determinação do número de trabalhadores expostos;
- e) a caracterização das atividades e do tipo da exposição;
- f) a obtenção de dados existentes na empresa, indicativos de possível comprometimento da saúde decorrente do trabalho;
- g) os possíveis danos à saúde relacionados aos riscos identificados, disponíveis na literatura técnica;
- h) a descrição das medidas de controle já existentes.

A avaliação quantitativa deverá ser realizada sempre que necessária para:

- a) comprovar o controle da exposição ou a inexistência de riscos identificados na etapa de reconhecimento;
- b) dimensionar a exposição dos trabalhadores;
- c) subsidiar o equacionamento das medidas de controle.

Das medidas de controle

Deverão ser adotadas as medidas necessárias suficientes para a eliminação, a minimização ou o controle dos riscos ambientais sempre que forem verificadas uma ou mais das seguintes situações:

- a) identificação, na fase de antecipação, de risco potencial à saúde;
- b) constatação, na fase de reconhecimento de risco evidente à saúde;

c) quando os resultados das avaliações quantitativas da exposição dos trabalhadores excederem os valores dos limites previstos na NR-15 ou, na ausência destes os valores limites de exposição ocupacional adotados pela ACGIH - *American Conference of Governmental Industrial Hygienists*, ou aqueles que venham a ser estabelecidos em negociação coletiva de trabalho, desde que mais rigorosos do que os critérios técnico-legais estabelecidos;

d) quando, através do controle médico da saúde, ficar caracterizado o nexo causal entre danos observados na saúde os trabalhadores e a situação de trabalho a que eles ficam expostos.

O estudo, desenvolvimento e implantação de medidas de proteção coletiva deverá obedecer à seguinte hierarquia:

a) medidas que eliminam ou reduzam a utilização ou a formação de agentes prejudiciais à saúde;

b) medidas que previnam a liberação ou disseminação desses agentes no ambiente de trabalho;

a) medidas que reduzam os níveis ou a concentração desses agentes no ambiente de trabalho.

A implantação de medidas de caráter coletivo deverá ser acompanhada de treinamento dos trabalhadores quanto os procedimentos que assegurem a sua eficiência e de informação sobre as eventuais limitações de proteção que ofereçam.

Quando comprovado pelo empregador ou instituição a inviabilidade técnica da adoção de medidas de proteção coletiva ou quando estas não forem suficientes ou encontrarem-se em fase de estudo, planejamento ou implantação, ou ainda em caráter complementar ou emergencial, deverão ser adotadas outras medidas, obedecendo-se à seguinte hierarquia:

a) medidas de caráter administrativo ou de organização do trabalho;

b) utilização de equipamento de proteção individual - EPI.

A utilização de EPI no âmbito do programa deverá considerar as Normas Legais e Administrativas em vigor e envolver no mínimo: a) seleção do EPI adequado tecnicamente ao risco a que o trabalhador está exposto e à atividade exercida,

considerando-se a eficiência necessária para o controle da exposição ao risco e o conforto oferecido segundo avaliação do trabalhador usuário;

b) programa de treinamento dos trabalhadores quanto à sua correta utilização e orientação sobre as limitações de proteção que o EPI oferece;

c) estabelecimento de normas ou procedimento para promover o fornecimento, o uso, a guarda, a higienização, a conservação, a manutenção e a reposição do EPI, visando garantir as condições de proteção originalmente estabelecidas;

d) caracterização das funções ou atividades dos trabalhadores, com a respectiva identificação dos EPI's utilizados para os riscos ambientais.

O PPRA deve estabelecer critérios e mecanismos de avaliação da eficácia das medidas de proteção implantadas considerando os dados obtidos nas avaliações realizadas e no controle médico da saúde previsto na NR- 7.

Do nível de ação

Para os fins desta NR, considera-se nível de ação o valor acima do qual devem ser iniciadas ações preventivas de forma a minimizar a probabilidade de que as exposições a agentes ambientais ultrapassem os limites de exposição. As ações devem incluir o monitoramento periódico da exposição, a informação aos trabalhadores e o controle médico.

Deverão ser objeto de controle sistemático as situações que apresentem exposição ocupacional acima dos níveis de ação, conforme indicado nas alíneas que seguem:

a) para agentes químicos, a metade dos limites de exposição ocupacional considerados de acordo com a alínea "c" do subitem 9.3.5.1;

b) para o ruído, a dose de 0,5 (dose superior a 50%), conforme critério estabelecido na NR-15, Anexo I, item 6.

Do monitoramento.

Para o monitoramento da exposição dos trabalhadores e das medidas de controle, deve ser realizada uma avaliação sistemática e repetitiva da exposição a um dado risco, visando à introdução ou modificação das medidas de controle, sempre que necessário.

Do registro de dados.

Deverá ser mantido pelo empregador ou instituição um registro de dados, estruturado de forma a constituir um histórico técnico e administrativo do desenvolvimento do PPRA.

Os dados deverão ser mantidos por um período mínimo de 20 (vinte) anos.

O registro de dados deverá estar sempre disponível aos trabalhadores interessados ou seus representantes e para as autoridades competentes.

Das responsabilidades

Do empregador:

I. Estabelecer, implantar e assegurar o cumprimento do PPRA como atividade permanente da empresa ou instituição.

Dos trabalhadores:

I. Colaborar e participar na implantação e execução do PPRA;

II. Seguir as orientações recebidas nos treinamentos oferecidos dentro do PPRA;

IV. Informar ao seu superior hierárquico direto ocorrências que, a seu julgamento, possam implicar riscos à saúde dos trabalhadores.

Da informação

Os trabalhadores interessados terão o direito de apresentar propostas e receber informações e orientações a fim de assegurar a proteção aos riscos ambientais identificados na execução do PPRA.

Os empregadores deverão informar os trabalhadores de maneira apropriada e

suficiente sobre os riscos ambientais que possam originar-se nos locais de trabalho e sobre os meios disponíveis para prevenir ou limitar tais riscos e para proteger-se dos mesmos.

Das disposições finais

Sempre que vários empregadores realizem simultaneamente atividades no mesmo local de trabalho terão o dever de executar ações integradas para aplicar as medidas previstas no PPRA visando a proteção de todos os trabalhadores expostos aos riscos ambientais gerados.

O conhecimento e a percepção que os trabalhadores têm do processo de trabalho e dos riscos ambientais presentes, incluindo os dados consignados no Mapa de Riscos, previsto na NR-5, deverão ser considerados para fins de planejamento e execução do PPRA em todas as suas fases.

O empregador deverá garantir que, na ocorrência de riscos ambientais nos locais de trabalho que coloquem em situação de grave e iminente risco um ou mais trabalhadores, os mesmos possam interromper de imediato as suas atividades, comunicando o fato ao superior hierárquico direto para as devidas providências.

8.13.6. PPP - Perfil Profissiográfico Previdenciário

O Perfil Profissiográfico Previdenciário-PPP constitui-se em um documento histórico-laboral do trabalhador, que reúne, entre outras informações, dados administrativos, registros ambientais e resultados de monitoração biológica, durante todo o período em que este exerceu suas atividades na respectiva empresa.

Tendo sua elaboração obrigatória a partir de 01.01.2004 (data fixada pela IN INSS/DC 96/2003) o PPP tem por objetivo primordial fornecer informações para o trabalhador quanto às condições ambientais de trabalho, principalmente no

requerimento de aposentadoria especial.

O PPP tem como finalidade:

- Comprovar as condições para habilitação de benefícios e serviços previdenciários, em particular, o benefício de aposentadoria especial;
- Prover o trabalhador de meios de prova produzidos pelo empregador perante a Previdência Social, a outros órgãos públicos e aos sindicatos, de forma a garantir todo direito decorrente da relação de trabalho, seja ele individual, ou difuso e coletivo;
- Prover a empresa de meios de prova produzidos em tempo real, de modo a organizar e a individualizar as informações contidas em seus diversos setores ao longo dos anos, possibilitando que a empresa evite ações judiciais indevidas relativas a seus trabalhadores;
- Possibilitar aos administradores públicos e privados acesso a bases de informações fidedignas, como fonte primária de informação estatística, para desenvolvimento de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como definição de políticas em saúde coletiva.

Criado para substituir os antigos formulários denominados SB 40, DISES BE 5235, DSS 8030 e DIRBEN 8030, os quais sempre foram de preenchimento obrigatório apenas para aqueles trabalhadores que laboram expostos a agentes nocivos à sua saúde, sua exigência legal se encontra no artigo 58 da Lei 8.213/91.

Anteriormente somente os trabalhadores que tinham direito a se aposentar precocemente, com a chamada aposentadoria especial, recebiam os formulários substituídos pelo PPP.

Em decorrência da IN INSS 118/2005, a partir de 1º de janeiro de 2004, a empresa ou equiparada à empresa ficou obrigada a elaborar o PPP, conforme anexo XV da referida Instrução, de forma individualizada para seus empregados, trabalhadores avulsos e cooperados. Atualmente, a Instrução Normativa INSS 45/2010 é que

estabelece as instruções de preenchimento e o modelo do formulário do PPP.

A exigência abrange aqueles que laborem expostos a agentes nocivos químicos, físicos, biológicos ou associação de agentes prejudiciais à saúde ou à integridade física, considerados para fins de concessão de aposentadoria especial, ainda que não presentes os requisitos para a concessão desse benefício, seja pela eficácia dos equipamentos de proteção, coletivos ou individuais, seja por não se caracterizar a permanência.

Observe-se também que as Micro Empresas e as Empresas de Pequeno Porte não estão dispensadas da emissão do PPP.

A responsabilidade pela emissão do PPP é:

- Da empresa empregadora, no caso de empregado;
- Cooperativa de trabalho ou de produção, no caso de cooperados filiados,
- Órgão Gestor de Mão de Obra – OGMO, no caso dos Trabalhadores Portuários Avulsos – TPA; e
- Sindicato de Categoria, no caso de trabalhador avulso não portuário.

O PPP deve ser preenchido, atualizado e entregue ao trabalhador no momento da rescisão somente em relação àqueles empregados que durante o contrato de trabalho estejam em contato com agentes nocivos à saúde, sob pena de multa mínima, de acordo com a Portaria Interministerial MPS/MF 15/2013 (válida a partir de janeiro/2013), de R\$ 1.717,38 (mil setecentos e dezessete reais e trinta e oito centavos).

O PPP deverá ser emitido com base nas demonstrações ambientais, exigindo, como base de dados:

- a) Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA;
- b) Programa de Gerenciamento de Riscos - PGR;
- c) Programa de Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção - PCMAT;
- d) Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO;

- e) Laudo Técnico de Condições Ambientais do Trabalho - LTCAT;
- f) Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT.

A atualização do Perfil Profissiográfico Previdenciário deve ser feita sempre que houver alteração que implique mudança das informações contidas nas suas seções ou pelo menos uma vez ao ano, quando permanecerem inalteradas suas informações.

PCMSO

O significado de PCMSO é o **Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional** e foi instituída pela NR7 (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.

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!

Legislação sobre Medicina do Trabalho

Lei nº 6514, de 22 de dezembro de 1977.

Essa lei confere aos empresários, aos empregados e ao governo suas respectivas obrigações para manter a segurança e a saúde no ambiente de trabalho.

Empresas

- São obrigadas a cumprir normas de segurança e medicina do trabalho, instruindo seus funcionários a tomar medidas de precaução que não os prejudiquem e que evitem doenças ocupacionais.

- Não é permitido agir para prejudicar as constantes fiscalizações de órgãos competentes;
- É de responsabilidade das empresas, fornecer os equipamentos necessários para a proteção dos empregados. Os equipamentos devem ser aprovados pelo Ministério do Trabalho antes de serem utilizados e repassados;
- O empregador deve fornecer exames médicos para admitir e despedir funcionários, para investigar acidentes e para acompanhar a saúde do trabalhador;
- O estabelecimento deve ter equipamentos necessários para prestar os primeiros socorros em casos de acidentes, assim como fornecer segurança e conforto em sua estrutura (iluminação, temperatura, rede elétrica e hidráulica).

Empregados

- Cabe aos funcionários prestar atenção às normas de segurança da empresa e não descuidar das instruções para preservar-se;
- Não é permitido, dessa forma, que o trabalhador se recuse a usar os equipamentos de segurança e desobedeça as regras sem justificativa.

Governo

- O Governo Federal deve coordenar a fiscalização às empresas em todo território nacional, para fazer valer a segurança e a medicina ocupacional por meio de um órgão competente;
- Compete às Delegacias Regionais do Trabalho fiscalizar e fazer cumprir as normas necessárias para medicina do trabalho e aplicar as penalidade para quem descumprir as regras constituintes da lei;
- O Ministério do Trabalho é um dos responsáveis por fiscalizar e analisar as condições de trabalho é esse órgão que classifica as condições de insalubridade da profissão e cria normas para limitar a exposição do trabalhador às causas de doenças ocupacionais. É ele também que recebe os pedidos de empresas e sindicatos para realização de perícia médica a classificação;

- É do Ministério do Trabalho também a responsabilidade de estabelecer as medidas de proteção à saúde que devem ser tomadas em todo o país para prevenir acidentes.

Segue abaixo a NR 7 :

NR 7 - NORMA REGULAMENTADORA 7

PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL

Sumário

7.1. Do objeto

7.2. Das diretrizes

7.3. Das responsabilidades

7.4. Do desenvolvimento do PCMSO

7.5. Dos primeiros socorros

7.6. Quadros

7.1. Do objeto

7.1.1. Esta Norma Regulamentadora - NR estabelece a obrigatoriedade de elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO, com o objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores.

7.1.2. Esta NR estabelece os parâmetros mínimos e diretrizes gerais a serem observados na execução do PCMSO, podendo os mesmos ser ampliados mediante negociação coletiva de trabalho.

7.1.3. Caberá à empresa contratante de mão de obra prestadora de serviços informar a empresa contratada dos riscos existentes e auxiliar na elaboração e implementação do PCMSO nos locais de trabalho onde os serviços estão sendo prestados.

7.2. Das diretrizes

7.2.1. O PCMSO é parte integrante do conjunto mais amplo de iniciativas da empresa no campo da saúde dos trabalhadores, devendo estar articulado com o disposto nas

demais NR.

7.2.2. O PCMSO deverá considerar as questões incidentes sobre o indivíduo e a coletividade de trabalhadores, privilegiando o instrumental clínico-epidemiológico na abordagem da relação entre sua saúde e o trabalho.

7.2.3. O PCMSO deverá ter caráter de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, inclusive de natureza subclínica, além da constatação da existência de casos de doenças profissionais ou danos irreversíveis à saúde dos trabalhadores.

7.2.4. O PCMSO deverá ser planejado e implantado com base nos riscos à saúde dos trabalhadores, especialmente os identificados nas avaliações previstas nas demais NR.

7.3. Das responsabilidades

7.3.1. Compete ao empregador:

a) garantir a elaboração e efetiva implementação do PCMSO, bem como zelar pela sua eficácia;

b) custear sem ônus para o empregado todos os procedimentos relacionados ao PCMSO;

c) indicar, dentre os médicos dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho – SES0MT, da empresa, um coordenador responsável pela execução do PCMSO;

d) no caso de a empresa estar desobrigada de manter médico do trabalho, de acordo com a NR 4, deverá o empregador indicar médico do trabalho, empregado ou não da empresa, para coordenar o PCMSO;

e) inexistindo médico do trabalho na localidade, o empregador poderá contratar médico de outra especialidade para coordenar o PCMSO.

7.3.1.1. Ficam desobrigadas de indicar médico coordenador as empresas de grau de risco 1 e 2, segundo o Quadro 1 da NR 4, com até 25 (vinte e cinco) empregados e aquelas de grau de risco 3 e 4, segundo o Quadro 1 da NR 4, com até 10 (dez) empregados.

7.3.1.1.1. As empresas com mais de 25 (vinte e cinco) empregados e até 50 (cinquenta) empregados, enquadradas no grau de risco 1 ou 2, segundo o Quadro 1 da NR 4,

poderão estar desobrigadas de indicar médico coordenador em decorrência de negociação coletiva.

7.3.1.1.2. As empresas com mais de 10 (dez) empregados e com até 20 (vinte) empregados, enquadradas no grau de risco 3 ou 4, segundo o Quadro 1 da NR 4, poderão estar desobrigadas de indicar médico do trabalho coordenador em decorrência de negociação coletiva, assistida por profissional do órgão regional competente em segurança e saúde no trabalho.

7.3.1.1.3. Por determinação do Delegado Regional do Trabalho, com base no parecer técnico conclusivo da autoridade regional competente em matéria de segurança e saúde do trabalhador, ou em decorrência de negociação coletiva, as empresas previstas no item

7.3.1.1 e subitens anteriores poderão ter a obrigatoriedade de indicação de médico coordenador, quando suas condições representarem potencial de risco grave aos trabalhadores.

7.3.2. Compete ao médico coordenador:

- a) realizar os exames médicos previstos no item 7.4.1 ou encarregar os mesmos a profissional médico familiarizado com os princípios da patologia ocupacional e suas causas, bem como com o ambiente, as condições de trabalho e os riscos a que está ou será exposto cada trabalhador da empresa a ser examinado;
- b) encarregar dos exames complementares previstos nos itens, quadros e anexos desta NR profissionais e/ou entidades devidamente capacitados, equipados e qualificados.

7.4. Do desenvolvimento do PCMSO

7.4.1. O PCMSO deve incluir, entre outros, a realização obrigatória dos exames médicos:

- a) admissional;
- b) periódico;
- c) de retorno ao trabalho;
- d) de mudança de função;
- e) demissional.

7.4.2. Os exames de que trata o item 7.4.1 compreendem:

- a) avaliação clínica, abrangendo anamnese ocupacional e exame físico e mental;
- b) exames complementares, realizados de acordo com os termos específicos nesta NR e seus anexos.

7.4.2.1. Para os trabalhadores cujas atividades envolvem os riscos discriminados nos Quadros I e II desta NR, os exames médicos complementares deverão ser executados e interpretados com base nos critérios constantes dos referidos quadros e seus anexos. A periodicidade de avaliação dos indicadores biológicos do Quadro I deverá ser, no mínimo, semestral, podendo ser reduzida a critério do médico coordenador, ou por notificação do médico agente da inspeção do trabalho, ou mediante negociação coletiva de trabalho.

7.4.2.2. Para os trabalhadores expostos a agentes químicos não constantes dos Quadros I e II, outros indicadores biológicos poderão ser monitorizados, dependendo de estudo prévio dos aspectos de validade toxicológica, analítica e de interpretação desses indicadores.

7.4.2.3. Outros exames complementares usados normalmente em patologia clínica para avaliar o funcionamento de órgãos e sistemas orgânicos podem ser realizados, a critério do médico coordenador ou encarregado, ou por notificação do médico agente da inspeção do trabalho, ou ainda decorrente de negociação coletiva de trabalho.

7.4.3. A avaliação clínica referida no item 7.4.2, alínea "a", com parte integrante dos exames médicos constantes no item 7.4.1, deverá obedecer aos prazos e à periodicidade conforme previstos nos subitens abaixo relacionados:

7.4.3.1. no exame médico admissional, deverá ser realizada antes que o trabalhador assumira suas atividades;

7.4.3.2. no exame médico periódico, de acordo com os intervalos mínimos de tempo abaixo discriminados:

- a) para trabalhadores expostos a riscos ou a situações de trabalho que impliquem o desencadeamento ou agravamento de doença ocupacional, ou, ainda, para aqueles que sejam portadores de doenças crônicas, os exames deverão ser repetidos:

1) a cada ano ou a intervalos menores, a critério do médico encarregado, ou se notificado pelo médico agente da inspeção do trabalho, ou, ainda, como resultado de negociação coletiva de trabalho;

2) de acordo com a periodicidade especificada no Anexo n.º 6 da NR 15, para os trabalhadores expostos a condições hiperbáricas;

b) para os demais trabalhadores:

b.1) anual, quando menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 45 (quarenta e cinco) anos de idade;

b.2) a cada dois anos, para os trabalhadores entre 18 (dezoito) anos e 45 (quarenta e cinco) anos de idade.

7.4.3.3. No exame médico de retorno ao trabalho, deverá ser realizada obrigatoriamente no primeiro dia da volta ao trabalho de trabalhador ausente por período igual ou superior a 30 (trinta) dias por motivo de doença ou acidente, de natureza ocupacional ou não, ou parto.

7.4.3.4. No exame médico de mudança de função, será obrigatoriamente realizada antes da data da mudança.

7.4.3.4.1. Para fins desta NR, entende-se por mudança de função toda e qualquer alteração de atividade, posto de trabalho ou de setor que implique a exposição do trabalhador à risco diferente daquele a que estava exposto antes da mudança.

7.4.3.5. No exame médico demissional, será obrigatoriamente realizada até a data da homologação, desde que o último exame médico ocupacional tenha sido realizado há mais de:

- 135 (centro e trinta e cinco) dias para as empresas de grau de risco 1 e 2, segundo o Quadro I da NR 4;
- 90 (noventa) dias para as empresas de grau de risco 3 e 4, segundo o Quadro I da NR 4.

7.4.3.5.1. As empresas enquadradas no grau de risco 1 ou 2, segundo o Quadro I da NR

4, poderão ampliar o prazo de dispensa da realização do exame demissional em até mais 135 (cento e trinta e cinco) dias, em decorrência de negociação coletiva, assistida por profissional indicado de comum acordo entre as partes ou por profissional do órgão regional competente em segurança e saúde no trabalho.

7.4.3.5.2. As empresas enquadradas no grau de risco 3 ou 4, segundo o Quadro I da NR 4, poderão ampliar o prazo de dispensa da realização do exame demissional em até mais 90 (noventa) dias, em decorrência de negociação coletiva assistida por profissional indicado de comum acordo entre as partes ou por profissional do órgão regional competente em segurança e saúde no trabalho.

7.4.3.5.3. Por determinação do Delegado Regional do Trabalho, com base em parecer técnico conclusivo da autoridade regional competente em matéria de segurança e saúde do trabalhador, ou em decorrência de negociação coletiva, as empresas poderão ser obrigadas a realizar o exame médico demissional independentemente da época de realização de qualquer outro exame, quando suas condições representarem potencial de risco grave aos trabalhadores.

7.4.4. Para cada exame médico realizado, previsto no item 7.4.1, o médico emitirá o Atestado de Saúde Ocupacional - ASO, em 2 (duas) vias.

7.4.4.1. A primeira via do ASO ficará arquivada no local de trabalho do trabalhador, inclusive frente de trabalho ou canteiro de obras, à disposição da fiscalização do trabalho.

7.4.4.2. A segunda via do ASO será obrigatoriamente entregue ao trabalhador, mediante recibo na primeira via.

7.4.4.3. O ASO deverá conter no mínimo:

- a) nome completo do trabalhador, o número de registro de sua identidade e sua função;
- b) os riscos ocupacionais específicos existentes, ou a ausência deles, na atividade do empregado, conforme instruções técnicas expedidas pela Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho-SSST;
- c) indicação dos procedimentos médicos a que foi submetido o trabalhador, incluindo os exames complementares e a data em que foram realizados;
- d) o nome do médico coordenador, quando houver, com respectivo CRM;

- e) definição de apto ou inapto para a função específica que o trabalhador vai exercer, exerce ou exerceu;
- f) nome do médico encarregado do exame e endereço ou forma de contato;
- g) data e assinatura do médico encarregado do exame e carimbo contendo seu número de inscrição no Conselho Regional de Medicina.

7.4.5. Os dados obtidos nos exames médicos, incluindo avaliação clínica e exames complementares, as conclusões e as medidas aplicadas deverão ser registrados em prontuário clínico individual, que ficará sob a responsabilidade do médico-coordenador do PCMSO.

7.4.5.1. Os registros a que se refere o item 7.4.5 deverão ser mantidos por período mínimo de 20 (vinte) anos após o desligamento do trabalhador.

7.4.5.2. Havendo substituição do médico a que se refere o item 7.4.5, os arquivos deverão ser transferidos para seu sucessor.

7.4.6. O PCMSO deverá obedecer a um planejamento em que estejam previstas as ações de saúde a serem executadas durante o ano, devendo estas ser objeto de relatório anual.

7.4.6.1. O relatório anual deverá discriminar, por setores da empresa, o número e a natureza dos exames médicos, incluindo avaliações clínicas e exames complementares, estatísticas de resultados considerados anormais, assim como o planejamento para o próximo ano, tomando como base o modelo proposto no Quadro III desta NR.

7.4.6.2. O relatório anual deverá ser apresentado e discutido na CIPA, quando existente na empresa, de acordo com a NR 5, sendo sua cópia anexada ao livro de atas daquela comissão.

7.4.6.3. O relatório anual do PCMSO poderá ser armazenado na forma de arquivo informatizado, desde que este seja mantido de modo a proporcionar o imediato acesso por parte do agente da inspeção do trabalho.

7.4.6.4. As empresas desobrigadas de indicarem médico coordenador ficam dispensadas de elaborar o relatório anual.

7.4.7. Sendo verificada, através da avaliação clínica do trabalhador e/ou dos exames constantes do Quadro I da presente NR, apenas exposição excessiva (EE ou SC+) ao

risco, mesmo sem qualquer sintomatologia ou sinal clínico, deverá o trabalhador ser afastado do local de trabalho, ou do risco, até que esteja normalizado o indicador biológico de exposição e as medidas de controle nos ambientes de trabalho tenham sido adotadas.

7.4.8. Sendo constatada a ocorrência ou agravamento de doenças profissionais, através de exames médicos que incluam os definidos nesta NR; ou sendo verificadas alterações que revelem qualquer tipo de disfunção de órgão ou sistema biológico, através dos exames constantes dos Quadros I (apenas aqueles com interpretação SC) e II, e do item 7.4.2.3 da presente NR, mesmo sem sintomatologia, caberá ao médico-coordenador ou encarregado:

- a) solicitar à empresa a emissão da Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT;
- b) indicar, quando necessário, o afastamento do trabalhador da exposição ao risco, ou do trabalho;
- c) encaminhar o trabalhador à Previdência Social para estabelecimento de nexos causal, avaliação de incapacidade e definição da conduta previdenciária em relação ao trabalho;
- d) orientar o empregador quanto à necessidade de adoção de medidas de controle no ambiente de trabalho.

7.5. Dos primeiros socorros

7.5.1. Todo estabelecimento deverá estar equipado com material necessário à prestação dos primeiros socorros, considerando-se as características da atividade desenvolvida; manter esse material guardado em local adequado e aos cuidados de pessoa treinada para esse fim.

QUADROS

Quadro I - PARÂMETROS PARA CONTROLE BIOLÓGICO DA EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A ALGUNS AGENTES QUÍMICOS

Quadro II - PARÂMETROS PARA MONITORIZAÇÃO DA EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A ALGUNS RISCOS À SAÚDE

Quadro III - RELATÓRIO ANUAL

NR 7 - NORMA REGULAMENTADORA 7
PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL

QUADRO I PARÂMETROS PARA CONTROLE BIOLÓGICO DA EXPOSIÇÃO
OCUPACIONAL A ALGUNS AGENTES QUÍMICOS

Agente Químico	Indicador Biológico		VR	IBMP	Método Analítico	Amostragem	Interpretação	Vigência
	Mat. Biológ.	Análise						
Anilina	Urina Sangue	p-aminofenol e/ou Meta-hemoglobina	Até 2%	50mg/g creat.	CG	FJ	EE	
				5%	E	FJ0-1	SC+	
Arsênico	Urina	Arsênico	Até 10ug/g creat.	50ug/g creat.	E ou EAA	FS+T-6	EE	
Cádmio	Urina	Cádmio	Até 2ug/g creat.	5ug/g creat.	EAA	NC T-6	SC	
Chumbo Inorgânico	Sangue	Chumbo e	Até 40ug/100 ml	60ug/100 ml	EAA	NC T-1	SC	
	Urina	Ác. delta amino levulínico	Até 4.5 mg/g creat.	10mg/g creat.	E	NC T-1	SC	
	Sangue	Zincoprotoporfina	Até 40ug/100 ml	100ug/100 ml	HF	NC T-1	SC	
Chumbo Tetraetil	Urina	Chumbo	Até 50ug/g creat.	100ug/g creat.	EA A	FJ 0-1	EE	
Cromo Hexavalente	Urina	Cromo	Até 5 ug/g creat.	30ug/ creat.	EA A	FS	EE	
Diclorometano	Sangue	Carboxihemoglobina	Até 1% NF	3.5% NF	E	FJ 0-1	SC +	
Dimetilformamida	Urina	N-Metilformamida		40mg/g creat.	CG ou CLAD	FJ	EE	P-18
Dissulfeto de Carbono	Urina	Ác. 2-Tio-Tiazolidina		5mg/g creat.	CG ou CLAD	FJ	EE	P-25
Ésteres Organofosforados e Carbamatos	Sangue	Acetil-Colinesterase	Determinar atividade	30% de depressão		NC	SC	
		Eritrocitária ou Colinesterase Plasmática	ou	pré- ocupacional	da atividade inicial	NC	SC	
		Colinesterase Eritrocitária e plasmática (sangue total)			50% de depressão da atividade inicial 25% de depressão da atividade inicial	NC	SC	
Estireno	Urina	Ác. Mandélico e/ou		0.8g/g creat.	CG ou CLAD	FJ	EE	
	Urina	Ác. Fenil-Glioxílico		240mg/g creat.	CG ou CLAD	FJ	EE	
Etil-Benzeno	Urina	Ác. Mandélico		1.5g/g creat.	CG ou CLAD	FS	EE	
Fenol	Urina	Fenol	20mg/g creat.	250mg/g creat.	CG ou CLAD	FJ 0-1	EE	
Fluór e Fluoretos	Urina	Fluoreto	Até 0,5mg/g	3mg/g creat. no início da jornada e 10mg/g creat. no final da jornada	IS	PP+	EE	

Mercúrio Inorgânico	Urina	Mercúrio	Até 5ug/g creat.	35ug/g creat.	EA A	PU T-12 12	EE	
Metanol	Urina	Metanol	Até 5mg/l	15mg/l	CG	FJ 0-1	EE	
Metil-Etil-Cetona	Urina	Metil-Etil-Cetona		2mg/l	CG	FJ	EE	P-12
Monóxido de Carbono	Sangue	Carboxihemoglobina	Até 1% NF	3,5 NF	E	FJ 0-1	SC +	
N-Hexano	Urina	2,5 Hexanodiona		5mg/g creat.	CG	FJ	EE	P-18
Nitrobenzeno	Sangue	Metahemoglobina	Até 2%	5%	E	FJ 0-1	SC +	
Pentaclorofenol	Urina	Pentaclorofenol		2mg/g creat.	CG ou CLAD	FS +	EE	
Tetracloretileno	Urina	Ác. Tricloroacético		3,5mg/l	E	FS+	EE	
Tolueno	Urina	Ác. Hipúrico	Até 1,5g/g creat.	2,5 g/g creat.	CG ou CLAD	FJ - 1	EE	
Tricloroetano	Urina	Triclorocompostos Totais		40mg/g creat.	E	FS	EE	
Tricloroetileno	Urina	Triclorocompostos Totais		300mg/g creat.	E	FS	EE	
Xileno	Urina	Ác. Metil-Hipúrico		1,5g/g creat.	CG ou CLAD	FJ	EE	

QUADRO I

(ANEXO I)

Abreviaturas:

IBMP

Índice Biológico Máximo Permitido: é o valor máximo do indicador biológico para o qual se supõe que a maioria das pessoas ocupacionalmente expostas não corre risco de dano à saúde. A ultrapassagem deste valor significa exposição excessiva;

VR

Valor de Referência da Normalidade: valor possível de ser encontrado em populações não expostas ocupacionalmente;

NF

Não-Fumantes.

Método Analítico Recomendado:

E

Espectrofotometria Ultravioleta/Visível;

EAA

Espectrofotometria de Absorção Atômica;

CG

Cromatografia em Fase Gasosa;

CLAD

Cromatografia Líquida de Alto Desempenho;

IS

Eletrodo Íon Seletivo;

HF

Hematofluorômetro.

Condições de Amostragem:

FJ

Final do último dia de jornada de trabalho (recomenda-se evitar a primeira jornada da semana);

FS

Final do último dia de jornada da semana;

FS+

Início da última jornada da semana;

PP+,

Pré e pós a 4ª jornada de trabalho da semana;

PU

Primeira urina da manhã;

NC

horário, desde que o trabalhador esteja em trabalho contínuo nas últimas 4 (quatro) semanas sem afastamento maior que 4 (quatro) dias;

T-1

Recomenda-se iniciar a monitorização após 1 (um) mês de exposição;

T-6

Recomenda-se iniciar a monitorização após 6 (seis) meses de exposição;

T-12

Recomenda-se iniciar a monitorização após 12 (doze) meses de exposição;

0-1

Pode-se fazer a diferença entre pré e pós-jornada.

Interpretação:

EE

O indicador biológico é capaz de indicar uma exposição ambiental acima do limite de tolerância, mas não possui, isoladamente, significado clínico ou toxicológico próprio, ou seja, não indica doença, nem está associado a um efeito ou disfunção de qualquer sistema biológico;

SC

Além de mostrar uma exposição excessiva, o indicador biológico tem também significado clínico ou toxicológico próprio, ou seja, pode indicar doença, estar associado a um efeito ou uma disfunção do sistema

biológico avaliado;

SC+

O indicador biológico possui significado clínico ou toxicológico próprio, mas, na prática, devido à sua curta meia-vida biológica, deve ser considerado como EE.

Vigência:

P-12

A inspeção do trabalho passará a exigir a avaliação deste indicador biológico 12 (doze) meses após a publicação desta norma;

P-18

A inspeção do trabalho passará a exigir a avaliação deste indicador biológico 18 (dezoito) meses após a publicação desta norma;

P-24

A inspeção do trabalho passará a exigir a avaliação deste indicador biológico 24 (vinte e quatro) meses após a publicação desta norma.

Recomendação:

Recomenda-se executar a monitorização biológica no coletivo, ou seja, monitorizando os resultados do grupo de trabalhadores expostos a riscos quantitativamente semelhantes.

NR 7 - NORMA REGULAMENTADORA 7

PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL

QUADRO II

PARÂMETROS PARA MONITORIZAÇÃO DA EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A ALGUNS RISCOS À SAÚDE

(Alteração dada pela Portaria SIT 223/2011)

Risco	Exame Complementar	Periodicidade dos Exames	Método de Execução	Critério de	Observações
				Interpretação	
Ruído	Vide Anexo I do Quadro II				
Aerodispersóides Fibrogênicos	Telerradiografia do tórax	Admissional anual	Vide Anexo II do Quadro II Técnica preconizada pela American Thoracic Society, 1987	Classificação Internacional da OIT para radiografias	
	Espirometria	Admissional bienal			
Aerodispersóides Não-Fibrogênicos	Telerradiografia do tórax	Admissional trienal, se exposição < 15 anos	Radiografia em Posição pósterio-anterior (PA) Técnica preconizada pela OIT, 1980	Classificação internacional da OIT para radiografias	
			Técnica preconizada pela American Thoracic Society, 1987		

		Bienal, se exposição > 15 anos			
	Espirometria	Admissio nal e Bienal			
Condiç ões Hiperbá ricas	Radiografias de articulações coxofemorais e escápulo-umerais	Admissio nal e anual			Ver anexo "B" do Anexo nº 6 da NR-15
Raiadaç ões ionizant es	Hemograma completo e contagem de plaquetas	Admissio nal e semestral			
Hormôn ios sexuais Feminin os	Apenas em homens; Testosterona total ou plasmática livre LH e FSH	Admissio nal e semestral			
Benzen o	Hemograma completo e plaquetas	Admissio nal e semestral			

ANEXOS:

Anexo I - DIRETRIZES E PARÂMETROS MÍNIMOS PARA AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA AUDIÇÃO EM TRABALHADORES EXPOSTOS A NÍVEIS DE PRESSÃO SONORA ELEVADOS

Anexo II - DIRETRIZES E CONDIÇÕES MÍNIMAS PARA REALIZAÇÃO E

INTERPRETAÇÃO DE RADIOGRAFIAS DE TÓRAX

ANEXO I

DIRETRIZES E PARÂMETROS MÍNIMOS PARA AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA AUDIÇÃO EM TRABALHADORES EXPOSTOS A NÍVEIS DE PRESSÃO SONORA ELEVADOS

1 - Objetivos

1.1. Estabelecer diretrizes e parâmetros mínimos para a avaliação e o acompanhamento da audição do trabalhador através da realização de exames audiológicos de referência e sequenciais.

1.2. Fornecer subsídios para a adoção de programas que visem a prevenção da perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados e a conservação da saúde auditiva dos trabalhadores.

2. Definições e Caracterização

2.1. Entende-se por perda auditiva por níveis de pressão sonora elevados as alterações dos limiares auditivos, do tipo sensorineural, decorrente da exposição ocupacional sistemática a níveis de pressão sonora elevados. Tem como características principais a irreversibilidade e a progressão gradual com o tempo de exposição ao risco. A sua história natural mostra, inicialmente, o acometimento dos limiares auditivos em uma ou mais frequências da faixa de 3.000 a 6.000 Hz. As frequências mais altas e mais baixas poderão levar mais para serem afetadas. Uma vez cessada a exposição, não haverá progressão da redução auditiva.

2.2. Entende-se por exames audiológicos de referência e sequenciais o conjunto de procedimentos necessários para avaliação da audição do trabalhador ao longo do tempo de exposição ao risco, incluindo:

- a. anamnese clínico-ocupacional;
- b. exame otológico;

c. exame audiométrico realizado segundo os termos previstos nesta norma técnica.

d. outros exames audiológicos complementares solicitados a critério médico.

3. Princípios e procedimentos básicos para a realização do exame audiométrico

3.1. Devem ser submetidos a exames audiométricos de referência e sequenciais, no mínimo, todos os trabalhadores que exerçam ou exercerão suas atividades em ambientes cujos níveis de pressão sonora ultrapassem os limites de tolerância estabelecidos nos anexos 1 e 2 da NR 15 da Portaria 3.214 do Ministério do Trabalho, independentemente do uso de protetor auditivo.

3.2. O audiômetro será submetido a procedimentos de verificação e controle periódico do seu funcionamento.

3.2.1. Aferição acústica anual.

3.2.2. Calibração acústica, sempre que a aferição acústica indicar alteração, e , obrigatoriamente, a cada 5 anos.

3.2.3. Aferição biológica é recomendada precedendo a realização dos exames audiométricos. Em caso de alteração, submeter o equipamento à aferição acústica.

3.2.4. Os procedimentos constantes dos itens 3.2.1 e 3.2.2 devem seguir o preconizado na norma ISSO 8253-1, e os resultados devem ser incluídos em um certificado de aferição e/ou calibração que acompanhará o equipamento.

3.3. O exame audiométrico será executado por profissional habilitado, ou seja, médico ou fonoaudiólogo, conforme resoluções dos respectivos conselhos federais profissionais.

3.4. Periodicidade dos exames audiométricos.

3.4.1. O exame audiométrico será realizado, no mínimo, no momento da admissão, no 6º (sexto) mês após a mesma, anualmente a partir de então, e na demissão.

3.4.1.1. No momento da demissão, do mesmo modo como previsto para a avaliação clínica no item 7.4.3.5 da NR -7, poderá ser aceito o resultado de um exame audiométrico realizado até:

a. 135 (cento e trinta e cinco) dias retroativos em relação à data do exame médico demissional de trabalhador de empresa classificada em grau de risco 1 ou 2;

b. 90 (noventa) dias retroativos em relação à data do exame médico demissional de

trabalhador de empresa classificada em grau de risco 3 ou 4 .

3.4.2. O intervalo entre os exames audiométricos poderá ser reduzido a critério do médico coordenador do PCMSO, ou por notificação do médico agente de inspeção do trabalho, ou mediante negociação coletiva de trabalho.

3.5. O resultado do exame audiométrico deve ser registrado em uma ficha que contenha, no mínimo:

- a. nome, idade e número de registro de identidade do trabalhador;
- b. nome da empresa e a função do trabalhador;
- c. tempo de repouso auditivo cumprido para a realização do exame audiométrico;
- d. nome do fabricante, modelo e data da última aferição acústica do audiômetro;
- e. traçado audiométrico e símbolos conforme o modelo constante do Anexo 1;
- f. nome, número de registro no conselho regional e assinatura do profissional responsável pelo exame audiométrico.

3.6. Tipos de exames audiométricos

O trabalhador deverá ser submetido a exame audiométrico de referência e a exame audiométrico sequencial na forma abaixo descrita:

3.6.1. Exame audiométrico de referência, aquele com o qual os sequenciais serão comparados e cujas diretrizes constam dos subitens abaixo, deve ser realizado:

- a. quando não se possua um exame audiométrico de referência prévio;
- b. quando algum exame audiométrico sequencial apresentar alteração significativa em relação ao de referência, conforme descrito nos itens 4.2.1, 4.2.2 e 4.2.3 desta norma técnica.

3.6.1.1. O exame audiométrico será realizado em cabina audiométrica, cujos níveis de pressão sonora não ultrapassem os níveis máximos permitidos, de acordo com a norma ISO 8253.1.

3.6.1.1.1. Nas empresas em que existir ambiente acusticamente tratado, que atenda à norma ISO 8253.1, a cabina audiométrica poderá ser dispensada.

3.6.1.2. O trabalhador permanecerá em repouso auditivo por um período mínimo de 14

horas até o momento de realização do exame audiométrico.

3.6.1.3. O responsável pela execução do exame audiométrico inspecionará o meato acústico externo de ambas as orelhas e anotará os achados na ficha de registro. Se identificada alguma anormalidade, encaminhará ao médico responsável.

3.6.1.4. Vias, frequências e outros testes complementares.

3.6.1.4.1. O exame audiométrico será realizado, sempre, pela via aérea nas frequências de 500, 1.000, 2.000, 3.000, 4.000, 6.000 e 8.000 Hz.

3.6.1.4.2. No caso de alteração detectada no teste pela via aérea ou segundo a avaliação do profissional responsável pela execução do exame, o mesmo será feito, também, pela via óssea nas frequências de 500, 1.000, 2.000, 3.000 e 4.000 Hz.

3.6.1.4.3. Segundo a avaliação do profissional responsável, no momento da execução do exame, poderão ser determinados os limiares de reconhecimento de fala (LRF).

3.6.2. Exame audiométrico sequencial, aquele que será comparado com o de referência, aplica-se a todo trabalhador que já possua um exame audiométrico de referência prévio, nos moldes previstos no item 3.6.1. As seguintes diretrizes mínimas devem ser obedecidas:

3.6.2.1. Na impossibilidade da realização do exame audiométrico nas condições previstas no item 3.6.1.1, o responsável pela execução do exame avaliará a viabilidade de sua realização em um ambiente silencioso, através do exame audiométrico em 2 (dois) indivíduos, cujos limiares auditivos, detectados em exames audiométricos de referência atuais, sejam conhecidos. Diferença de limiar auditivo, em qualquer frequência e em qualquer um dos 2 (dois) indivíduos examinados, acima de 5 dB (NA) (nível de audição em decibel) inviabiliza a realização do exame no local escolhido.

3.6.2.2. O responsável pela execução do exame audiométrico inspecionará o meato acústico externo de ambas as orelhas e anotará os achados na ficha de registro.

3.6.2.3. O exame audiométrico será feito pela via aérea nas frequências de 500, 1.000, 2.000, 3.000, 4.000, 6.000 e 8.000 Hz.

4. Interpretação dos resultados do exame audiométrico com finalidade de prevenção

4.1. A interpretação dos resultados do exame audiométrico de referência deve seguir os seguintes parâmetros:

4.1.1. São considerados dentro dos limites aceitáveis, para efeito desta norma técnica de caráter preventivo, os casos cujos audiogramas mostram limiares auditivos menores ou iguais a 25 dB (NA), em todas as frequências examinadas.

4.1.2. São considerados sugestivos de perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados os casos cujos audiogramas, nas frequências de 3.000 e/ou 4.000 e/ou 6.000 Hz, apresentam limiares auditivos acima de 25 dB (NA) e mais elevados do que nas outras frequências testadas, estando estas comprometidas ou não, tanto no teste da via aérea quanto da via óssea, em um ou em ambos os lados.

4.1.3. São considerados não sugestivos de perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados os casos cujos audiogramas não se enquadram nas descrições contidas nos itens 4.1.1 e 4.1.2 acima.

4.2. A interpretação dos resultados do exame audiométrico sequencial deve seguir os seguintes parâmetros:

4.2.1. São considerados sugestivos de desencadeamento de perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados, os casos em que os limiares auditivos em todas as frequências testadas no exame audiométrico de referência e no sequencial permanecem menores ou iguais a 25 dB (NA), mas a comparação do audiograma sequencial com o de referência mostra uma evolução dentro dos moldes definidos no item 2.1 desta norma, e preenche um dos critérios abaixo:

- a. a diferença entre as médias aritméticas dos limiares auditivos no grupo de frequências de 3.000, 4.000 e 6.000 Hz iguala ou ultrapassa 10 dB (NA);
- b. a piora em pelo menos uma das frequências de 3.000, 4.000 ou 6.000 Hz iguala ou ultrapassa 15 dB (NA).

4.2.2. São considerados, também sugestivos de desencadeamento de perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados, os casos em que apenas o exame audiométrico de referência apresenta limiares auditivos em todas as frequências testadas menores ou iguais a 25 dB (NA), e a comparação do audiograma sequencial com o de referência mostra uma evolução dentro dos moldes definidos no item 2.1 desta

norma, e preenche um dos critérios abaixo:

- a. a diferença entre as médias aritméticas dos limiares auditivos no grupo de frequência de 3.000, 4.000 e 6.000 Hz iguala ou ultrapassa 10 dB (NA);
- b. a piora em pelo menos uma das frequências de 3.000, 4.000 ou 6.000 Hz iguala ou ultrapassa 15 dB (NA).

4.2.3. São considerados sugestivos de agravamento da perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados, os casos já confirmados em exame audiométrico de referência, conforme item 4.1.2., e nos quais a comparação de exame audiométrico sequencial com o de referência mostra uma evolução dentro dos moldes definidos no item 2.1 desta norma, e preenche um dos critérios abaixo:

- a. a diferença entre as médias aritméticas dos limiares auditivos no grupo de frequência de 500, 1.000 e 2.000 Hz, ou no grupo de frequências de 3.000, 4.000 e 6.000 Hz iguala ou ultrapassa 10 dB (NA);
- b. a piora em uma frequência isolada iguala ou ultrapassa 15 dB (NA).

4.2.4. Para fins desta norma técnica, o exame audiométrico de referência permanece o mesmo até o momento em que algum dos exames audiométricos sequenciais for preenchido algum dos critérios apresentados em 4.2.1, 4.2.2 ou 4.2.3. Uma vez preenchido por algum destes critérios, deve-se realizar um novo exame audiométrico, dentro dos moldes previstos no item 3.6.1 desta norma técnica, que será, a partir de então, o novo exame audiométrico de referência. Os exames anteriores passam a constituir o histórico evolutivo da audição do trabalhador.

5. Diagnóstico da perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados e definição da aptidão para o trabalho.

5.1. O diagnóstico conclusivo, o diagnóstico diferencial e a definição da aptidão para o trabalho, na suspeita de perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados, estão a cargo do médico coordenador do PCMSO de cada empresa, ou do médico encarregado pelo mesmo para realizar o exame médico, dentro dos moldes previstos na NR - 7, ou, na ausência destes, do médico que assiste ao trabalhador.

5.2. A perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados, por si só, não é

indicativa de inaptidão para o trabalho, devendo-se levar em consideração na análise de cada caso, além do traçado audiométrico ou da evolução sequencial de exames audiométricos, os seguintes fatores:

- a. história clínica e ocupacional do trabalhador;
- b. o resultado da otoscopia e de outros testes audiológicos complementares;
- c. a idade do trabalhador;
- d. o tempo de exposição pregressa e atual a níveis de pressão sonora elevados;
- e. os níveis de pressão sonora a que o trabalhador estará, está ou esteve exposto no exercício do trabalho;
- f. a demanda auditiva do trabalho ou da função;
- g. a exposição não ocupacional a níveis de pressão sonora elevados;
- h. a exposição ocupacional a outro(s) agente(s) de risco ao sistema auditivo;
- i. a exposição não ocupacional a outro(s) agentes de risco ao sistema auditivo;
- j. a capacitação profissional do trabalhador examinado;
- k. os programas de conservação auditiva aos quais tem ou terá acesso o trabalhador.

6. Condutas Preventivas

6.1. Em presença de trabalhador cujo exame audiométrico de referência se enquadre no item 4.1.2, ou algum dos exames audiométricos sequenciais se enquadre no item 4.2.1 ou 4.2.2 ou 4.2.3, o médico coordenador do PCMSO, ou o encarregado pelo mesmo do exame médico, deverá:

- a. definir a aptidão do trabalhador para a função, com base nos fatores ressaltados no item 5.2 desta norma técnica;
- b. incluir o caso no relatório anual do PCMSO;
- c. participar da implantação, aprimoramento e controle de programas que visem a prevenção da progressão da perda auditiva do trabalhador acometido e de outros

expostos ao risco, levando-se em consideração o disposto no item 9.3.6 da NR-9;

d. disponibilizar cópias dos exames audiométricos aos trabalhadores.

6.2. Em presença de trabalhador cujo exame audiométrico de referência se enquadre no item 4.1.3, ou que algum dos exames audiométricos sequenciais se enquadre nos itens 4.2.1.a., 4.2.1.b, 4.2.2.a, 4.2.2.b, 4.2.3.a ou 4.2.3.b, mas cuja evolução foge dos moldes definidos no item 2.1 desta norma técnica, o médico coordenador do PCMSO, ou o encarregado pelo mesmo do exame médico, deverá:

a. verificar a possibilidade da presença concomitante de mais de um tipo de agressão ao sistema auditivo;

b. orientar e encaminhar o trabalhador para avaliação especializada;

c. definir sobre a aptidão do trabalhador para função;

d. participar da implantação, aprimoramento, e controle de programas que visem a prevenção da progressão da perda auditiva do trabalhador acometido e de outros expostos ao risco, levando-se em consideração o disposto no item 9.3.6 da NR-9.

ANEXO I

TRAÇADO AUDIOMÉTRICO

D

A distância entre cada oitava de frequência deve corresponder a uma variação de 20 dB no eixo do nível de audição (D).

1. Os símbolos referentes à via de condução aérea devem ser ligados através de linhas contínuas para a orelha direita e linhas interrompidas para a orelha esquerda.

2. Os símbolos de condução óssea não devem ser interligados.

3. No caso do uso de cores:

a) a cor vermelha deve ser usada para os símbolos referentes à orelha direita;

b) a cor azul deve ser usada para os símbolos referentes à orelha esquerda.

ANEXO II

DIRETRIZES E CONDIÇÕES MÍNIMAS PARA REALIZAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DE RADIOGRAFIAS DE TÓRAX

(Inclusão dada pela Portaria SIT 223/2011)

1. Objetivo Estabelecer as condições técnicas e parâmetros mínimos para a realização de Radiografias de Tórax para contribuir no diagnóstico de pneumoconioses por meio de exames de qualidade que facilitem a leitura radiológica adequada, de acordo com os critérios da Organização Internacional do Trabalho - OIT.

2. Profissionais envolvidos na realização de radiografias de tórax

2.1. Supervisor Técnico.

Profissional detentor de Título de Especialista em Radiologia e Diagnóstico por Imagem pelo Colégio Brasileiro de Radiologia/Associação Médica Brasileira.

2.2. Profissionais Envolvidos na Realização do exame radiológico:

- a) um (ou mais) Médico Radiologista com Título de Especialista em Radiologia e Diagnóstico por Imagem;
- b) Técnicos em Radiologia registrados no Conselho Nacional de Técnicos de Radiologia.

3. Exigências Legais para funcionamento do Serviço de Radiologia

Para o funcionamento do serviço de Radiologia deverão ser observadas as seguintes exigências legais, estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa:

- a) Alvará da Vigilância Sanitária específico para a Radiologia;
- b) Relatório de Testes de Constância; c) Medidas Radiométricas do Equipamento e da Sala de Exame;
- d) Medidas de Radiações de Fuga;
- e) Dosímetros Individuais;
- f) Registro no Conselho Regional de Medicina específico para Radiologia;
- g) Registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

4. Condições ambientais dos serviços de radiologia

O serviço de radiologia deve possuir sala com, no mínimo, 25 m², com paredes baritadas ou com revestimento de chumbo, com portas blindadas com chumbo, com avisos de funcionamento e luz vermelha para aviso de disparo de Raios-X e demais condições previstas no item 32.4. da Norma Regulamentadora nº 32.

5. Equipamentos

Os equipamentos utilizados para realização das Radiografias de Tórax devem possuir as seguintes características mínimas:

- a) Gerador monofásico de alta frequência de preferência e/ou trifásico de 6 a 12 pulsos, no mínimo de 500 mA;
- b) Tubo de Raios X - 30/50;
- c) Filtro de Alumínio de 3 a 5 mm;
- d) Grade Fixa com distância focal de 1,50 m;
- e) Razão da grade 10:1 com mais de 100 colunas;
- f) Razão da grade 12:1 com 100 colunas.

6. Técnica Radiológica

A técnica radiológica deverá observar os seguintes padrões:

- a) Foco fino (0,6 a 1,2 mm) - 100 mA ou 200 mA (Tubo de alta rotação);
- b) Tempo 0,01 a 0,02 ou 0,03 segundos;
- c) Constante -40 ou 50 Kv.

7. Processamento dos Filmes (Radiologia Convencional)

O processamento dos filmes deve ser realizado por Processadora Automática com um sistema de depuração de resíduos que atenda às exigências dos órgãos ambientais responsáveis.

8. Identificação dos Filmes (Radiologia Convencional)

Nos filmes deve constar no canto superior direito a data da realização do exame, número de ordem do serviço ou do prontuário do paciente, nome completo do paciente ou as iniciais do nome completo.

9. Interpretação Radiológica de acordo com os critérios da Organização Internacional do Trabalho – OIT (Alteração dada pela Portaria SIT 236/2011).

9.1. Para a interpretação e emissão dos laudos dos exames radiológicos que atendam ao disposto na NR-7 devem ser utilizados, obrigatoriamente, os critérios da OIT na sua revisão mais recente, a coleção de radiografias-padrão e um formulário específico para a emissão do laudo. (Alteração dada pela Portaria SIT 236/2011)

9.1.1 O diagnóstico de pneumoconiose envolve a integração do histórico clínico/ocupacional associado à radiografia do tórax. *(Inclusão dada pela Portaria SIT 236/2011)*

9.1.2 Em casos selecionados, a critério clínico, pode ser realizada a Tomografia Computadorizada de Alta Resolução de Tórax. *(Inclusão dada pela Portaria SIT 236/2011)*

9.2 Para a interpretação e emissão dos laudos dos exames radiológicos que atendam ao disposto na NR-7 devem ser utilizados, obrigatoriamente, os critérios da OIT na sua revisão mais recente, a coleção de radiografias-padrão e um formulário específico para a emissão do laudo.

9.2. O laudo do exame deve ser assinado por um (ou mais de um, em caso de múltiplas leituras) dos seguintes profissionais: (Alteração dada pela Portaria SIT 236/2011)

9.3 O laudo do exame deve ser assinado por Médico ou Médicos, em caso de múltiplas leituras, com capacitação e/ou certificação na Classificação Radiológica da OIT, das seguintes especialidades:

9.3 O laudo do exame deve ser assinado por Médico ou Médicos, em caso de múltiplas leituras, com capacitação e/ou certificação na Classificação Radiológica da OIT, das seguintes especialidades: (Alteração dada pela Portaria SIT 236/2011)

- a) a) Radiologia;
- b) b) Medicina do Trabalho;

- c) c) Pneumologia;
- d) d) Clínica Médica ou uma das suas subespecialidades.
- e) 9.3.1 A denominação "Qualificado" ou "Capacitado" se refere ao Médico que realizou o treinamento em Leitura Radiológica por meio de curso/módulo específico. *(Inclusão dada pela Portaria SIT 236/2011)*
- f) 9.3.2 A denominação "Certificado" se refere ao Médico treinado e aprovado em exame de proficiência em Leitura Radiológica. *(Inclusão dada pela Portaria SIT 236/2011)*
- g) 9.3.3 Caso a certificação seja concedida pelo exame do National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), também poderá ser denominado de "Leitor B". *(Inclusão dada pela Portaria SIT 236/2011)*

10. Utilização de Radiografias Digitais

10.1. Sistemas de radiologia digital do tipo CR ou DR podem ser utilizados para a obtenção de imagens radiológicas do tórax para fins de interpretação radiológica da OIT.

10.2. Os parâmetros físicos para obtenção de radiografias de tórax de qualidade técnica adequada, utilizando-se equipamentos de radiologia digital, devem ser similares aos da radiologia convencional.

10.3. A identificação dos filmes deve conter, no mínimo, a data da realização do exame, número de ordem do serviço ou do prontuário do paciente, nome completo do paciente ou as iniciais do nome completo.

11. Interpretação Radiológica de acordo com os critérios da OIT utilizando-se Radiografias Digitais

11.1. Imagens geradas em sistemas de radiologia digital (CR ou DR) e transferidas para monitores só podem ser interpretadas com as radiografias-padrão em monitor anexo.

11.2. Os monitores utilizados para exibição da radiografia a ser interpretada e das radiografias-padrão devem ser de qualidade diagnóstica, possuir resolução mínima de 3

megapixels e 21. (54 cm) de exibição diagonal por imagem.

11.3. Imagens digitais impressas em filmes radiológicos devem ser interpretadas com as radiografias-padrão em formato impresso, em negatoscópios.

11.4. Não é permitida a interpretação de radiografias digitais, para fins de classificação radiológica da OIT, nas seguintes condições:

- a) interpretar radiografias em monitores comparando-as às radiografias-padrão em negatoscópio, ou o inverso;
- b) interpretar radiografias digitais impressas em filmes radiológicos com reduções menores do que 2/3 do tamanho original;
- c) interpretar radiografias digitais impressas em papel fotográfico;
- d) interpretar imagens originadas no sistema de radiografias convencionais e que foram digitalizadas por scanner e, posteriormente, impressas ou exibidas em tela.

12. Ética e Segurança no armazenamento de imagens digitais

12.1. Os serviços que ofertam radiologia digital devem assegurar a confidencialidade dos arquivos eletrônicos e de dados dos trabalhadores submetidos a radiografias de tórax admissionais, periódicas e demissionais, para fins da classificação radiológica da OIT, através da implementação de medidas e procedimentos técnicos e administrativos adequados.

12.2. As imagens digitais devem ser armazenadas no formato Dicom.

12.3. O tempo de guarda dos exames radiológicos deve obedecer ao texto da NR-7.

12.4. Não é permitido guardar/arquivar filmes obtidos pelo método de radiologia convencional na forma de imagens escaneadas.

8.13.7. Elaboração e Implantação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

A sigla PCMSO – significa: Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional.

A norma que regulamenta o PCMSO é a Norma Regulamentadora – NR 7 através da Portaria 3214/78 regulamenta o Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional.

Que o PCMSO, serve a [NR7](#) para estabelecer a obrigatoriedade de elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional– [PCMSO](#), com o objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores.

É um programa que em conjunto com os demais somará forças em prol da saúde dos trabalhadores.

Tem caráter de prevenção, mapeamento precoce e diagnóstico dos agravos a saúde dos trabalhadores, além da constatação dos casos de doenças profissionais ou danos irreversíveis causados por riscos do trabalho ou quaisquer situações ligadas ao ambiente de trabalho.

O PCMSO também serve para que a empresa acompanhe através de exames, se ações de segurança tem sido eficientes ou não.

A NR deixa claro no item 7.1.1 que a elaboração e implantação do PCMSO é de responsabilidade do empregador. Cabe a ele custear o programa.

É importante guardar os recibos e comprovantes de pagamentos referentes os exames médicos e complementares relativos ao PCMSO, à fiscalização do Ministério do Trabalho poderá solicitá-los algum dia.

O PCMSO normalmente é feito com base no [PPRA](#) (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais). Ele usa os dados coletados na análise do ambiente levantados no PPRA para definir sua estratégia.

Como ambos são programas de saúde, devem trabalhar em sintonia. E isso mostra importância do PPRA ser bem elaborado.

Deverá obedecer a um planejamento em que estejam previstas as ações de saúde a serem executadas durante o ano, devendo estas ser revisadas anualmente (validade um ano).

Assim como o PPRA o PCMSO deve ser elaborado para todos os tipos e tamanhos de empresas. Toda empresa que admite trabalhadores como empregados deve elaborar o implantar o PCMSO segundo a NR 7.

Os registros e tudo mais relacionado ao programa deverão ser mantidos em segurança por período mínimo de 20 (vinte) anos.

TAXA DE NOTIFICAÇÕES DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO

Os acidentes ocupacionais com exposição a material biológico, no geral, ocorrem no ambiente laboral, quando o trabalhador entra em contato com materiais orgânicos, tais como sangue, sêmen, líquido, líquido amniótico, entre outros, através das vias percutânea, mucosa e pele não íntegra no desempenho ou não de alguma atividade. A partir desse contato o trabalhador fica exposto a patógenos transmissíveis como do Vírus da Hepatite B (HBV), da Hepatite C (HCV) e da Imunodeficiência Humana (HIV).

Para maior segurança no trabalho e como proposta de vigilância de saúde do trabalhador, todo trabalhador deve ter precaução e prevenção no ambiente laboral, utilizando os Equipamentos de Proteção Individuais (EPI's) e Coletivos (EPC's), manter a situação vacinal atualizada e condutas adequadas pós-exposição ocupacional, além de capacitação e educação permanente para que as atividades laborais sejam realizadas de forma mais segura.

A exposição aos riscos biológicos no ambiente laboral é preocupante, já que são causadores de muitos problemas de saúde nos trabalhadores, por isso é importante adotar medidas de biossegurança para prevenção e uso dos EPI e EPC de forma correta.

Vários estudos apontam que o material orgânico mais relatado nos acidentes é o

sangue, um fluido corpóreo que contém a maior concentração do HBV e HBC.

O risco de infecção por HIV pós-exposição ocupacional percutânea com sangue contaminado é de aproximadamente 0,3%, pelo vírus do HBV varia de 6-30% e chega até a 60%, e o HCV é de aproximadamente 1,8%, mas esta taxa depende do paciente-fonte entre outros fatores relacionados a contaminação.⁶⁻⁸

O Ministério da Saúde (MS) elaborou um protocolo de condutas pós-exposição a materiais biológicos no qual descreve os principais procedimentos a serem adotados após o acidente, como os cuidados com a área exposta, avaliação do acidente (material orgânico, tipo de contato, conhecimento da fonte), orientações e aconselhamento ao acidentado (sorologia da fonte e do acidentado, situação do acidente) e notificação do acidente.

O acidente de trabalho com exposição a material biológico acomete profissionais de diferentes ocupações, como trabalhadores da saúde, serviços de limpeza, pesquisadores, estudantes, profissionais das ciências sociais e humanas entre outras ocupações, e todos devem ser notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), assim como deve ser emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) para fortalecer estas informações e contribuir para medidas e políticas públicas eficientes e eficazes.

No Brasil, em 2014, a Portaria nº. 1.271 definiu a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados, sendo que os acidentes de trabalho com exposição a material biológico foi definido como um agravo de notificação compulsória semanal no SINAN com fichas de notificação e investigação própria.

As notificações compulsórias devem ser realizadas de forma obrigatória pelos profissionais da saúde ou responsáveis pelos serviços de saúde públicos e privados que prestam assistência ao paciente.

Caso ocorra será enviado a notificação de acidentes por material biológico mensal.

8.14. Quadro de RH

Com base no atendimento de excelência que o Instituto preza, segue o quadro de RH proposto.

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL (CATEGORIAS)	QUANTIDADE PROFISSIONAL/CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	SALARIO BASE (R\$)	ÁREA DE TRABALHO (FUNÇÃO)	FORMAÇÃO	REGIME DE CONTRATAÇÃO
ENFERMEIRO	18	12 X 36	R\$ 3.564,67	ASSISTÊNCIAL / ENFERMAGEM	ENSINO SUPERIOR EM ENFERMAGEM	CLT
ENFERMEIRO - SUPERVISOR	2	40h/s	R\$ 3.700,00	SUPERVISÃO E ASSISTÊNCIA	ENSINO SUPERIOR EM ENFERMAGEM	CLT
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	76	12 X 36	R\$ 1.923,22	ASSISTÊNCIAL / ENFERMAGEM	CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT
TECNICO RX	3	24/S	R\$ 2.042,00	TÉCNICO DE IMAGEM (RAIO X)	CURSO TÉCNICO EM RAIODIOLOGIA	CLT
GASOTERAPEUTA	1	40h/s	R\$ 2.100,00	RESPONSÁVEL POR EQUIPAMENTOS GASOTERÁPICOS	CURSO TÉCNICO EM GASOTERAPIA	CLT
AUX. ROUPARIA	3	12 x 36	R\$ 1.290,00	AUXILIAR DE ROUPARIA	ENSINO FUNDAMENTAL	CLT
RECEPCIONISTA	9	12 X 36	R\$ 1.400,00	RECEPÇÃO DE PACIENTES	ENSINO MÉDIO	CLT
NUTRICIONISTA	1	40h/s	R\$ 3.296,19	NUTRICIONISTA	ENSINO SUPERIOR NUTRIÇÃO	CLT
COPEIRO	5	12 X 36	R\$ 1.290,00	COPEIRO / DISTRIBUIÇÃO DE ALIMENTAÇÃO	ENSINO FUNDAMENTAL	CLT
FISIOTERAPEUTA	3	30h/s	R\$ 3.014,00	FISIOTERAPÊUTA	ENSINO SUPERIOR EM FISIOTERAPIA	CLT
ASSISTENTE SOCIAL	2	30h/s	R\$ 2.890,00	ASSISTENTE SOCIAL	ENSINO SUPERIOR EM ASS. SOCIAL	CLT
SUP. MANUTENÇÃO	1	40h/s	R\$ 2.300,00	SUPERVISOR DE SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO	ENSINO MÉDIO COMPLETO	CLT
TEC DE ENGENHARIA CLÍNICA	1	40h/s	R\$ 2.100,00	MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES	CURSO TÉCNICO EM ENGENHARIA CLÍNICA	CLT
TEC DE INFORMÁTICA	4	12 X 36	R\$ 1.701,00	SUORTE DE SISTEMAS E INFORMÁTICA	CURSO TÉCNICO EM INFORMÁTICA	CLT
SUPERV. DE INFORMÁTICA	1	40h/s	R\$ 2.300,00	RESPONSÁVEL PELA ÁREA DA TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	CURSO TÉCNICO EM INFORMÁTICA	CLT
SUPERVISOR ADM	4	12 X 36	R\$ 2.300,00	AUXILIA NAS DEMANDAS DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS	ENSINO MÉDIO COMPLETO	CLT

ASSISTENTE DE FATURAMENTO	1	40h/s	R\$ 2.200,00	ALIMENTAR OS DADOS DE ATENDIMENTO NAS PLATAFORMAS DO SUS	ENSINO MÉDIO COMPLETO	CLT
AUXILIAR ADM (APOIO)	4	40h/s	R\$ 1.400,00	APOIO ÀS DEMANDAS ADMINISTRATIVAS DE ENFERMAGEM E OUTRAS ÁREAS	ENSINO MÉDIO COMPLETO	CLT
ASSISTENTE ADM	5	12 X 36	R\$ 2.000,00	APOIO AO SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO, BEM COMO DEMAIS ROTINAS CLÍNICAS	ENSINO MÉDIO COMPLETO	CLT
ASSISTENTE FINANCEIRO	1	40h/s	R\$ 2.200,00	AUXILIAR ÀS DEMANDAS DE CONTAS A PAGAR E PRESTAÇÃO DE CONTAS	ENSINO MÉDIO COMPLETO	CLT
AUXILIAR DE COMPRAS	1	40h/s	R\$ 1.400,00	AUXÍLIO ÀS DEMANDAS DE AQUISIÇÃO E COMPRAS DA UNIDADE	ENSINO MÉDIO COMPLETO	CLT
ASSISTENTE DE RH	2	40h/s	R\$ 2.200,00	AUXÍLIO ÀS DEMANDAS DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL	ENSINO MÉDIO COMPLETO	CLT
ANALISTA JURÍDICO	1	40h/s	R\$ 3.000,00	AUXÍLIO ÀS DEMANDAS JURÍDICAS	ENSINO SUPERIOR DE DIREITO (CURSANDO OU FINALIZADO)	CLT
TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO	1	40h/s	R\$ 3.535,66	ELABORA E ORIENTA ATIVIDADES DE SEG. DO TRABALHO A FIM DE MINIMIZAR RISCOS E DOENÇAS OCUPACIONAIS	CURSO TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO	CLT
APRENDIZ	1	40h/s	R\$ 800,00	AUXÍLIO ÀS ÁREAS ADMINISTRATIVAS E TEM O PAPEL PRINCIPAL DE EXERCER O APRENDIZADO	ENSINO FUNDAMENTAL E INSCRIÇÃO EM PROGRAMAS DE APRENDIZ	CLT
GERENTE GERAL	1	40H/S	R\$ 11.200,00	RESPONSÁVEL POR TODA A GESTÃO DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS	ENSINO SUPERIOR COMPLETO EM ÁREAS DE GESTÃO	CLT
COORDENADOR ADMINISTRATIVO	1	40h/s	R\$ 5.000,00	RESPONSÁVEL PELO CONTROLE DAS ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS	ENSINO SUPERIOR EM ÁREAS DE GESTÃO	CLT
COORDENADOR DE ENFERMAGEM / RT	1	40h/s	R\$ 5.500,00	RESPONSÁVEL PELO PLANEJAMENTO, ORGANIZAÇÃO E	ENSINO SUPERIOR EM ENFERMAGEM	CLT

				AValiação TÉCNICA DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM		
DIRIGENTES DO PROJETO (ÁREAS DIVERSAS)	9	40h/s	R\$ 81.000,00	RESPONSÁVEIS PELO PLANEJAMENTO E CONTROLE DAS DIVERSAS ÁREAS DE GESTÃO DA UNIDADE, SEJA ADMINISTRATIVA, FINANCEIRA, JURÍDICA, TÉCNICA ENTRE OUTRAS.	CURSO SUPERIOR, PÓS GRADUAÇÃO OU EXPERIÊNCIA NA ÁREA	PRÓ-LABORE
MÉDICO - CLINICO (PLANTÕES 12 HORAS)	2 DIURNO / 2 NOTURNO	PLANTÕES DE 12 HORAS	R\$ 769.000,00	RESPONSÁVEL POR ATENDER AS DEMANDAS DE URGÊNCIA ADULTO, A FIM DE DIAGNOSTICAR E SANAR A DOR DO PACIENTE, QUANDO NECESSÁRIO ENCAMINHAR AO ESPECIALISTA.	GRADUAÇÃO EM MEDICINA	PJ
MÉDICO CLÍNICO - COVID	1 DIURNO / 1 NOTURNO	PLANTÕES DE 12 HORAS		RESPONSÁVEL POR ATENDER AS DEMANDAS COVID, A FIM DE DIAGNOSTICAR E SANAR A DOR DO PACIENTE, QUANDO NECESSÁRIO, ENCAMINHAR PARA O ATENDIMENTO ADEQUADO.	GRADUAÇÃO EM MEDICINA	PJ
EMERGENCISTA (PLANTÕES DE 12 HORAS)	1 DIURNO / 1 NOTURNO	PLANTÕES DE 12 HORAS		RESPONSÁVEL POR ATENDER AS DEMANDAS DE URGÊNCIA ADULTO, A FIM DE DIAGNOSTICAR E SANAR A DOR DO PACIENTE, QUANDO NECESSÁRIO ENCAMINHAR PARA O ATENDIMENTO ADEQUADO.	GRADUAÇÃO EM MEDICINA. ESPECIALIZAÇÃO EM UTI	PJ
PEDIATRA (PLANTÕES DE 12 HORAS)	2 DIURNO / 2 NOTURNO	PLANTÕES DE 12 HORAS		RESPONSÁVEL POR ATENDER AS DEMANDAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES, A FIM DE DIAGNOSTICAR E SANAR A DOR DO PACIENTE, QUANDO	GRADUAÇÃO EM MEDICINA. ESPECIALIZAÇÃO EM PEDIATRIA	PJ

				NECESSÁRIO ENCAMINHAR PARA O ATENDIMENTO ADEQUADO.		
DIRETOR CLINICO / COORDENAÇÃO DE ESCALA	1	40H/S		RESPONSÁVEL PELA ASSISTÊNCIA MÉDICA, COORDENAÇÃO E SUPERVISÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS, BEM COMO POR CRIAR PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO.	GRADUAÇÃO EM MEDICINA. PÓS GRADUAÇÃO EM GESTÃO NA ÁREA DA SAÚDE	PJ
TOTAL DISPENDIDO			R\$ 927.646,74			

Ressaltamos que os valores apresentados referente aos salários dos profissionais CLT referem-se ao salário base por categoria. Os custos totais com a contratação de pessoal encontram-se na Planilha financeira.

Em relação aos valores dos profissionais médicos, foi disponibilizado valor total com todos os médicos. Pois os valores de plantão variam de uma especialidade para outra, bem como de acordo com a emergencialidade e que é solicitado o plantonista.

8.14.1. Dos perfis

Apresentamos a seguir, as funções contempladas e suas designações:

As funções contempladas e suas designações

- Dos perfis

- **ANALISTA JURÍDICO**

Atribuições: Responsável por fazer a análise de ofícios, Contratos, Elaboração de Minutas e toda rotina jurídica em suporte à equipe de advogados.

- **APOIO ADMINISTRATIVO**

Atribuições: Presta suporte as questões administrativas, organiza prontuários, elabora planilhas, organiza salas de reunião, atas e relatórios.

- **APRENDIZ**

Atribuições: Presta suporte à todos os setores administrativos, dando apoio na organização, cópias e digitalizações, elaboração e conferência de relatórios, com o fundamento principal de aprender uma nova função estando inserido no mercado de trabalho.

- **ASSISTENTE ADMINISTRATIVO**

Atribuições: Elaboração de Relatórios e Planilhas de atendimento, custos, faturamento; Atendimento ao usuário interno e fornecedores; arquivamento diário dos documentos afins; suporte à Gerência e Coordenação administrativa.

- **ASSISTENTE DE FATURAMENTO**

Atribuições: Prestar assistências às conferências de contas médicas, como materiais, insumos, medicamentos, exames e honorários, acompanha recursos de glosas, realiza fechamento de guias.

- **ASSISTENTE FINANCEIRO**

Atribuições: Responsável por contas à Pagar, pela assistência na elaboração de Relatórios, Planilhas de fluxos de Caixa e por transações no sistema bancário da

Organização.

- **ASSISTENTE DE RH**

Atribuições: Responsável por prestar assistência à gestão da administração de pessoal e todas as rotinas pertinentes a Recursos Humanos.

- **ASSISTENTE SOCIAL**

Atribuições: Prestar serviços sociais orientando indivíduos, famílias, comunidade e instituições sobre direitos e deveres (normas, códigos e legislação); Prestar serviços e recursos sociais, esclarecer dúvidas, executar procedimentos técnicos; Negociar com Entidades e Instituições, dando andamento em processos internos da Empresa relativos a saúde; Dar suporte técnico administrativo aos pacientes e familiares.

- **AUXILIAR DE COMPRAS**

Atribuições: Responsável em prestar apoio nas cotações de preços, compras de insumos, materiais e equipamentos e nos controles de entregas de materiais.

- **AUXILIAR DE ROUPARIA**

Atribuições: Executa a lavagem de roupas, separando-as de acordo com o tipo de material e grau de sujeira, efetuar a revisão das roupas lavadas, verificando sempre a qualidade, organiza e controla relatórios e protocolos de entrega, realiza a contagem de peças da rouparia.

- **CONTROLADOR DE ACESSO**

Atribuições: Presta suporte ao controle dos acessos aos ambientes hospitalares, indicando os setores solicitados, organizando o fluxo de pessoas.

- **COORDENADOR ADMINISTRATIVO**

Atribuições: Responsável pelos desenvolvimentos dos processos desde a implementação às rotinas diárias de sua utilização; viabiliza reuniões para acolhimentos dos fluxos; avalia orçamentos, negocia com fornecedores e supervisiona operações administrativas.

- **COORDENADOR DE ENFERMAGEM RT**

Atribuições: Responsável pelas equipes de Enfermagem, por checar prontuários de pacientes, por promover reuniões entre equipes para alinhamento dos serviços; por viabilizar treinamentos para a atualização de procedimentos de enfermagem; por responder tecnicamente por todas as demandas praticadas pelo corpo de enfermagem e estimular a garantia dos serviços dentro dos preceituados no Conselho e Ética de Enfermagem.

- **COPEIRO**

Atribuições: Responsável pelo preparo da refeição de pacientes de acordo com a dieta e cardápios estabelecidos; montar pratos e bandejas; organização da copa; acompanhar da validade dos alimentos; entregar e distribuir as dietas diárias prescritas.

- **DIRETOR CLÍNICO**

Atribuições: Compete assegurar o atendimento aos pacientes, dirigir, coordenar e orientar o Corpo Clínico da Instituição; supervisionar a execução das atividades de assistência médica na instituição; zelar pelo cumprimento do regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição; promover e exigir o exercício ético da medicina; zelar pela observância ao Código de Ética Médica; Observar as resoluções do CFM e do CREMESP dentro das aplicabilidades da instituição.

- **ENFERMEIRO**

Atribuições: Realiza a estatística dos atendimentos ocorridos na unidade; lidera a equipe de enfermagem no atendimento dos pacientes críticos e não críticos; soluciona problemas decorrentes com o atendimento médico-ambulatorial; aloca pessoal e recursos materiais necessários; realiza a escala diária e mensal da equipe de enfermagem; controla estoque de material, insumos e medicamentos; verifica a necessidade de manutenção dos equipamentos do setor.

- **ENFERMEIRO RESPONSÁVEL TÉCNICO**

Atribuições: Responsável por todo o serviço de enfermagem da Instituição, atuando como o elo entre o Enfermeiro, Empresa e o Conselho Regional de Enfermagem. É o profissional que planeja, coordena, executa e avalia a grade de serviços de Enfermagem da Instituição.

- **ENFERMEIRO SUPERVISOR**

Atribuições: Responsável pela equipe de trabalho de plantão, pela boa assistência ao Paciente, pela escala de trabalho e por cumprir o código de ética da

Enfermagem em todos os seus conceitos.

- **FISIOTERAPEUTA**

Atribuições: Auxiliar no momento da triagem, na avaliação, **atendimento** e diagnóstico de todos os pacientes que chegam a unidade, de forma a discutir e cooperar com a equipe médica e de enfermagem durante todas as fases de prestação de cuidado; Suporte às disfunções cardiorrespiratórias, neurológicas e motoras dos pacientes para otimização de suas funcionalidades.

- **GASOTERAPÊUTA**

Atribuições: Responsável pela instalação e revisão de equipamentos gasoterápicos e pelo controle, uso e consumo de gases medicinais.

- **GERENTE GERAL**

Atribuições: Compete ao Gerente Geral a gestão de todos os segmentos do equipamento, de tratativas com fornecedores, de interface com outros órgãos públicos, de estabelecer fluxos de trabalho, bem como acompanhá-los para a garantia da fluidez dos serviços.

- **GERENTE DE UNIDADE**

Atribuições: Compete administrar e conduzir as atividades da Instituição, realizar o planejamento estratégico e o gerenciamento dos sistemas de saúde, que envolvem a logística, a gestão de pessoas, a compra de materiais, insumos e equipamentos.

- **MÉDICO CLÍNICO (PJ)**

Atribuições: É o profissional responsável por receber o paciente, examiná-lo, fazer o diagnóstico, prescrever medicamentos, fazer o encaminhamento à exames complementares e por seu acompanhamento até sua alta da Unidade de Saúde.

- **MÉDICO EMERGENCISTA (PJ)**

Atribuições: Profissional responsável pela área que engloba desde o atendimento pré-hospitalar até o diagnóstico, tratamento e encaminhamento de pacientes em situação de risco, seja em razão de uma patologia em manifestação aguda, seja em decorrência de uma lesão que necessite de intervenção imediata.

- **MÉDICO PEDIATRA (PJ)**

Atribuições: é o profissional de Medicina, especializado na saúde de crianças e que presta assistência a esse público específico em seus mais diversos aspectos, tanto de modo preventivo quanto curativo, investigando e atuando de forma imediata no tratamento da enfermidade.

- **NUTRICIONISTA**

Atribuições: Responsável por cuidar da alimentação e do processo de produção de produção de alimentos (envolvendo preparo, higiene e distribuição) aos pacientes e acompanhantes; pela elaboração do cardápio, monitoramento do estado nutricional e o cuidado personalizado em conjunto com a equipe multidisciplinar.

- **RECEPCIONISTA**

Atribuições: receber o usuário respeitando seus direitos e necessidades, assegurando a acessibilidade para pessoas com deficiência, em consonância com a legislação vigente; elaborar e atualizar o cadastro; efetuar o cadastro dos; orientar e encaminhar o usuário diretamente para a área de atendimento ou procedimento conforme necessidade apresentada; manter os arquivos atualizados e organizados; controlar, carimbar e distribuir impressos; orientar quanto ao funcionamento da rede de serviços; levantar e arquivar prontuários, exames e outros; digitar o cadastro inicial, individual e das famílias e suas atualizações.

- **SUPERVISOR ADMINISTRATIVO**

Atribuições: Responsável pelo controle e distribuição das atividades, definindo metas e cronogramas, prestando suporte à Coordenação nos serviços gerais, elaboração de relatórios gerenciais, escalas e análise de indicadores.

- **SUPERVISOR DE INFORMÁTICA**

Atribuições: Responsável por supervisionar as equipes e atividades de suporte de rede, da área de informática, elaboração de projetos de implantação, incluindo desenvolvimento e integração de sistemas, e utilização de alta tecnologia.

- **SUPERVISOR DE MANUTENÇÃO**

Atribuições: Responsável por acompanhar as atividades de manutenção corretiva e preventiva de instalações, equipamentos e máquinas, identificando deficiências operacionais e funcionais de toda a infraestrutura da Instituição.

- **TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

Atribuições: participar das atividades de atenção realizando procedimentos de urgência e emergência regulamentados no exercício de sua profissão. Auxiliar na recepção dos pacientes, pequenas cirurgias, suturas e curativos; Transportar pacientes; Auxiliar durante o processo de reanimação cardio-respiratória; Administrar

medicamentos por via oral, muscular, subcutânea e venosa; Monitorar pacientes graves e pacientes engessados; Instalar as bombas de infusão e monitorar pacientes, bem como quaisquer outras inerentes à sua função.

- **TÉCNICO DE ENGENHARIA CLÍNICA**

Atribuições: Realiza a manutenção corretiva e preventiva de todos os equipamentos médicos e laboratoriais, garantindo o perfeito estado de utilização e conservação dos mesmos.

- **TÉCNICO EM INFORMÁTICA**

Atribuições: Operar sistemas de computadores; monitorar seu desempenho, aplicativos, recursos de entrada e saída de dados, registros de erros e de rede. Atender clientes e usuários, orientando-os quanto a utilização de hardware e software, inspecionando o ambiente físico para a segurança do trabalho.

- **TÉCNICO DE RAIOS X**

Atribuições: Realiza exames radiológicos convencionais; executa o processamento do filme e as soluções químicas utilizadas no processo; prepara o paciente e o ambiente no ato dos exames e seus diagnósticos.

- **TÉCNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO**

Atribuições: Responsável por desenvolver ações que reduzam a exposição de agentes contaminantes; por orientar Colaboradores nas questões de Segurança do Trabalho, uso correto dos EPI's, do manuseio e descarte correto de materiais biológicos, inspecionar locais e equipamentos, fazendo a análise de riscos.

9. QUALIDADE

9.1. Política de Humanização

A Política Nacional de Humanização (PNH) é uma política pública, lançada em 2003 buscando colocar em prática os princípios do SUS no dia a dia dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Tem como princípios estimular a comunicação entre todos os envolvidos (gestores, trabalhadores e usuários), na construção de processos coletivos de enfrentamento nas relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si. Vários estudos demonstram que trabalhar em um ambiente humanizado promove relações de confiança e gera satisfação entre colaboradores e clientes.

Durante a década de 1940, a organização Mundial da Saúde (OMS) publicou uma definição para o termo saúde: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não meramente a ausência/presença de doenças ou enfermidade”. Essa definição foi responsável por ampliar a discussão sobre a sensação de bem-estar, que também pode ser promovida pela melhoria das relações interpessoais.

Os avanços tecnológicos na área médica garantem a precisão de alguns procedimentos, tornando-se uma ferramenta para o aprimoramento da qualidade técnica, mas não abrangendo uma visão integral das necessidades do ser humano. Deve-se garantir também as necessidades psicoespiritual e o desenvolvimento da empatia, que é a base da humanização hospitalar.

Nesse contexto, pode-se desenvolver valores como ética, reconhecimento e respeito. E todos os indivíduos precisam ser vistos como peças fundamentais para construção de um ambiente mais humano e empático.

A unidade de emergência oferece serviços de alta complexidade e diversidade no

atendimento a pacientes em situação de risco iminente de vida.

Na busca pela estabilização das condições vitais do paciente, o atendimento se dá por meio do suporte à vida, exigindo agilidade e objetividade no fazer. Neste sentido, o processo de trabalho molda-se na luta contra o tempo para alcance do equilíbrio vital tido como objetivo do trabalho.

Com isso surge a tensão como uma característica decisiva deste ambiente de trabalho, ambiente no qual a equipe de saúde responsável pelo serviço de emergência vive diariamente sob pressão ocasionada pela necessidade do ganho de tempo, pela rapidez e precisão da intervenção/atenção, pela elevada demanda de atendimentos e experiências diárias de morte.

Os pacientes, por sua vez, encontram-se temerosos, fragilizados perante o desconhecido, ambiente e profissional, reagindo muitas vezes com agressividade. A ideia inesperada de um estado de saúde plena à proximidade com a morte pode afetar o equilíbrio emocional dos pacientes e famílias, por vezes, evidenciando revolta contra as carências das políticas públicas e deparando no profissional de saúde o seu representante e o responsável por essa situação.

O Cuidado Humanizado e o Serviço de Emergência

Considerando a imprevisibilidade, o ritmo acelerado de trabalho, a vigilância constante, a sobrecarga física e a busca pela manutenção da vida, planejar os cuidados contribui para as práticas no cotidiano de trabalho. Inserir a humanização nas práticas de suporte avançado à vida, realizadas na unidade de emergência, torna-se possível caso se desenvolva a competência humanística no mesmo nível em que se estimula a competência técnico-científica dos trabalhadores, oferecendo-lhes incentivos ao comprometimento com a qualidade do cuidado e envolvê-los numa nova atitude frente às demandas cotidianas.

Uma estratégia é desenvolver uma comunicação capaz de estabelecer um relacionamento de ajuda-confiança garantindo uma relação harmônica e cuidadosa. Ao

se desenvolver esta ideia, sinalizam-se a empatia, a congruência e o calor, como características para o alcance da ajuda-confiança.

Desenvolver a empatia para alcançar sintonia com o outro (paciente) e estimular a expressão de aceitação através da linguagem corporal aberta, do toque afetivo e do tom de voz utilizado faz toda diferença na qualidade do cuidado. Tratando-se de pacientes infantis, o desenvolvimento do sentimento de ajuda-confiança torna-se ainda mais necessário ao cuidado. A construção da confiança nas relações com esse público, a demonstração de carinho e a informação clara frente a procedimentos faz toda a diferença para aceitação e continuidade da assistência.

Provisão de ambiente de Apoio à Família

Promover a construção de um espaço, embora breve, de acolhimento para os familiares, normalmente indivíduos ocultos neste cenário aflitos por informação e atenção também se faz necessário, garantindo confiança e respeito às necessidades individuais de cada um.

Proporcionar momentos aos familiares com os seus entes queridos mesmo que de forma programada e com horários pré-estabelecidos também são formas de ferramentas de humanização, do mesmo modo, durante o transporte do enfermo para exames na transferência para outra unidade, ou até na própria sala de emergência, quando possível.

Na relação entre cura, "enquanto os fatores curativos objetivam curar a doença do paciente, os fatores de interesse objetivam o processo de atenção que ajuda a pessoa a atingir ou manter a saúde, ou, morrer em paz". Neste sentido, a atenção terapêutica à família é fator a ser investido pelos cuidados da equipe multiprofissional dentro do atendimento hospitalar.

Basear-se de uma relação afetiva com o paciente e familiares para promover a integralidade e humanização do cuidado, qualifica o atendimento garantindo uma assistência mais completa à saúde, para além de um bem-estar físico.

A Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011 reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) demonstrando as necessidades sociais de saúde, dos usuários e de seus trabalhadores. O compromisso com a ambiência, com a melhoria das condições de trabalho e de atendimento se faz necessário respeitando os diferentes níveis de complexidade de atendimento.

Outro compromisso é quanto à chegada do paciente no serviço de saúde. Quando o paciente é acolhido e encaminhado para atendimento por ordem de chegada, sem o estabelecimento de critérios clínicos, a situação de superlotação dos serviços pode ser agravada, bem como a sua situação atual de saúde-doença.

Nos serviços de PS, o acolhimento com classificação de risco (ACR) é colocado como uma das diretrizes específicas da PNH. É caracterizado por acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência.

Diminuição a exposição de ruídos no ambiente hospitalar

Outro fator para melhoria da assistência é diminuir a exposição de ruídos no ambiente de trabalho que é apontada como fator de diminuição da concentração, irritabilidade e estresse para os profissionais que atuam em unidades hospitalares. Esse fator tem sido associado à circulação de pessoas, tonalidades de voz entre equipe de trabalho, presença de equipamentos médicos hospitalares com alarmes altos, comportamento laboral ruidoso como o fechamento de portas, gavetas, armários, etc.

Na rotina de trabalho e estresse gerado muitas vezes pelo tipo de assistência prestado ao paciente, pode ter influencia negativa prejudicando a execução no resultado das atividades dos profissionais e afetar a comunicação oral entre eles.

A exposição a ruídos no ambiente, por um longo período, além de determinar comprometimentos físicos, mentais e sociais no indivíduo, pode contribuir para a existência de erros humanos decorrentes da compreensão equivocada de palavras ou

frases, acidentes de trabalho, erros de procedimentos, doenças ocupacionais e outros agravos à saúde do profissional, ou seja, a condição de trabalho pode oferecer riscos à segurança das pessoas, tanto dos profissionais quanto dos próprios pacientes.

Deverão ser implantadas medidas e ações para a redução do ruído no local contando com a participação efetiva dos profissionais para favorecer o direcionamento de ações ao nível individual e coletivo.

Estratégias de Defesa utilizadas em Unidades de Pronto Atendimento

O trabalho é uma atividade importante para os seres humanos, servindo para obtenção de prazer, riqueza, acúmulo de bens materiais, dentre outros.

Entretanto, também pode significar escravidão, exploração, sofrimento, estresse e, em consequência, resultar em agravos à saúde e até ocasionar a morte do trabalhador. Nesse contexto, o trabalhador lida com múltiplas situações, entre elas: número reduzido de funcionários, ambiente físico inadequado, falta de equipamentos e relacionamento conturbado com familiares. Essas experiências no cotidiano laboral podem interferir na vida social e emocional do trabalhador, pois trazem consigo sentimentos de sobrecarga e sofrimento.

Nesse cenário, os trabalhadores têm um contato com o paciente e seus familiares, lidam com a morte e processo de luto da família e com o sofrimento dos pacientes. O sofrimento desses profissionais diante da dor do outro é tão significativo que, se não forem encontradas formas de enfrentá-lo, o profissional poderá não ser capaz de desenvolver suas atividades rotineiras e pode vir a adoecer.

As estratégias de defesa são meios utilizados, pelo trabalhador, para proteger-se do sofrimento; podem surgir frente a situações rotineiras e são vistas como uma maneira de não deixar que a assistência ao indivíduo influencie a vida do profissional fora da unidade hospitalar. Para compreender esses sentimentos, é importante considerar que o profissional e o paciente são seres humanos, o que resulta em uma estreita ligação entre o trabalho e o trabalhador, com contato direto com as vivências de sofrimento.

Estratégias de defesa nesse contexto são importantes. O diálogo entre a equipe e

o paciente deverá ser constante como estratégia de enfrentamento e minimização do sofrimento. Nesse sentido, o diálogo oportuniza a compreensão mútua sobre os sentimentos vivenciados. Assim, essa verbalização, expressão dos sentimentos e desabafo, gera alívio, diminuindo a tensão gerada pelo sofrimento vivenciado.

As estratégias de defesa são necessárias para a proteção da saúde mental contra os efeitos deletérios do sofrimento. Criar espaços de escuta em grupo, nas instituições de atuação dos profissionais, para que possam se expressar e buscar coletivamente estratégias para enfrentamento das adversidades no cotidiano laboral.

O Instituto Alpha tem como sua visão, ser reconhecido como agente de transformação da sociedade, através do seu modelo de gestão, excelência na qualidade do atendimento e humanização, apoiado por valores como respeito e empatia, direcionados aos nossos colaboradores, pacientes e familiares.

A nossa missão é de promover a qualidade de vida e o bem estar social e da comunidade.

Para sustentar e atingir nossa proposta de valor, acreditamos que ações de desenvolvimento de nossos líderes, educação permanente e continuada de nossas equipes, manutenção de clima organizacional amistoso e profissional, implantação de tecnologia de ponta, aliados a um ambiente limpo, visualmente equilibrado, com ventilação, iluminação e nível de ruídos adequados, assim promoveremos um elevado nível de atendimento humanizado e moderno. Tudo isso, somado às melhorias arquitetônicas, como pintura interna e externa, jardinagem, painéis informativos, mobiliário ergonômico entre outros, promovendo uma significativa melhora na qualidade do atendimento humanizado do SUS, percebida pela comunidade.

9.2. Acolhimento com Classificação de Risco

Acolhimento com classificação de Risco

A situação de doença, o atendimento e a hospitalização de um membro da família

em geral conduzem a um estado de fragilidade, insegurança e medo em decorrência da ameaça gerada pela enfermidade e o estado de gravidade em que o ente pode encontrar-se.

Em face desses desconfortos, o paciente e ou seu acompanhante precisam receber o acolhimento necessário, bem como ter a ciência do estado de saúde que se encontra ao adentrar no Pronto Atendimento.

Por acreditar ser fundamental o acolhimento do acompanhante, seja um familiar, amigo ou responsável, para a promoção do seu conforto, a equipe estará pronta para realizar um atendimento receptivo de qualidade.

O simples fato dos profissionais da área da saúde estarem dispostos para ouvir os acompanhantes, passando-lhes informações que possam diminuir a angústia e ansiedade deles, mostrará que essa empatia gerará uma prestação de serviços diferenciada.

Buscando a excelência no atendimento ao paciente o Instituto Alpha zela pelos 6 princípios no atendimento:

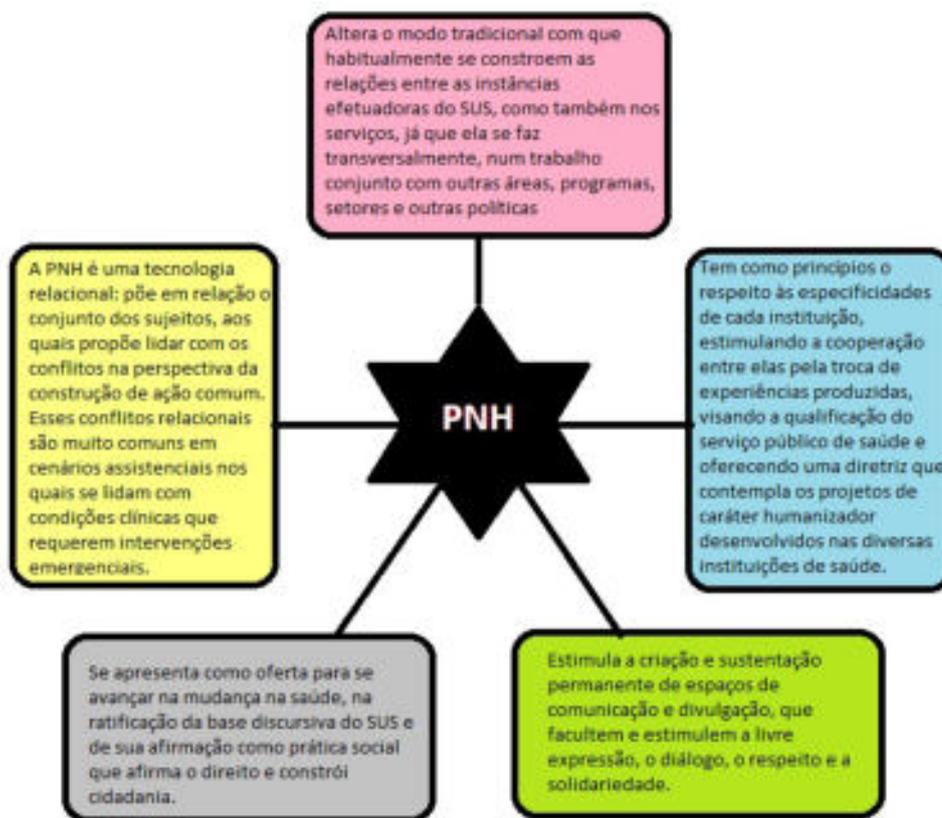
- Empatia/atitude
- Tempo de espera
- Competência técnica percebida
- Controle da dor
- Informação
- Respeito

O acolhimento pode e deve acontecer em cada setor por onde o usuário caminha, e é mais uma atitude, uma postura das equipes, e não um “setor”, ainda que a unidade de saúde possa definir profissionais com maior foco no acolhimento, principalmente nas portas de urgência e em unidades de saúde com grande movimento (GRABOIS, 2011).

O acolhimento é um dos principais conceitos-chaves na Política Nacional de Humanização no SUS – Humaniza SUS - PNH, que vem se firmando no SUS como Política que atende a importantes reivindicações, que já inclui - em seus princípios,

métodos, diretrizes e dispositivos - todos os que estão envolvidos no processo de construção de saúde. É uma política que destaca o aspecto subjetivo constituinte de qualquer ato de cuidado, voltando-se para a alteração de modelos de atenção de gestão.

Observe algumas características da PNH:



Contudo, os modos de gerir e os modos de cuidar são indissociáveis, ou seja, modos de organização do trabalho são inseparáveis dos modos de atenção à saúde, os quais desenvolvem relação de codeterminação; influenciando-se mutuamente. Além disso, o modo PNH impõe como princípio a ampliação do grau de comunicação, de contato, de transversalização entre sujeitos, políticas, projetos, instituições, áreas, territórios disciplinares, acionando processos de desestabilização de poder na perspectiva da construção de ações mais interdisciplinares e intersetoriais (CORDEIRO JÚNIOR, 2008).

O produto do nosso trabalho, do trabalho do outro e das coisas (modos de gestão, de arranjos organizacionais etc.), no campo da saúde pública, deriva, assim, da produção de encontros de pessoas mediadas por princípios éticos e políticos do SUS, ou seja, encontros que derivam de produções coletivas e que necessitam sempre de validação coletiva. E é nesse sentido e com esses fundamentos (da PNH) que devemos conceber a perspectiva da postura acolhedora nas Unidades de Urgência e Emergência. Em síntese, o acolhimento deve ser compreendido como ato de acolher o outro na sua dor, sofrimento ou fragilidade, como uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão no nosso “espaço de afeto”.

O atendimento acolhedor pressupõe uma efetividade assistencial e não apenas um gesto afetivo, mas, sobretudo, efetivo no seu seguimento. Isso significa que além do conhecimento que precisamos ter para desenvolver uma ação assistencial, uma conduta profissional, baseada em diretrizes clínicas e inserir o usuário em um fluxo de atendimento e procedimentos pré determinados como rotina da unidade; precisamos também cuidar e tratar, ética e tecnicamente, o outro que nos procura.

Primeiro passo a ser dado na gestão do cuidado é, exatamente, a classificação de risco do usuário, pois a depender do estadiamento da condição clínica ou situação do paciente a conduta poderá ser A, B ou C. Dessa forma a utilização da avaliação/classificação de risco deve ser por observação (a equipe identifica a necessidade pela observação do usuário, sendo aqui necessária capacitação mínima para tanto) ou por explicitação (o usuário aponta o agravo). O fato de haver indivíduos que “passam na frente” pode gerar questionamentos por aqueles que se sentem prejudicados, no entanto isso pode ser minimizado com divulgação ampla aos usuários na sala de espera do processo utilizado (ABBÊS; MASSARO, [2004?]).

A qualidade desse atendimento, como é proposta, exige uma reorganização do modelo assistencial em todos os níveis. E isso se inicia na “porta aberta” da Unidade de Saúde, seja essa porta a da Atenção Básica ou a da alta complexidade. Assim, desde a porta de entrada, o modo de atenção e fluxo de seguimento devem ser organizados tendo em vista todos os fundamentos elencados. Independentemente da natureza clínica do atendimento, este deve ser “afetivo” e “efetivo”. Essas condições visam a um

pronto atendimento mais racionalizado possível, estabelecido com bases criteriosas e qualificadas, fundamentalmente estruturado em uma rede hierarquizada e efetiva. Assim sendo, a organização da Rede de Atenção às Urgências tem por finalidade articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna conforme determina o § 1º, art. 3º da Portaria 1600/2011 (BRASIL, 2011b).

Seguindo a nossa Missão, Visão e Valores, 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 e peculiaridades.

Em todos os projetos sob gestão da nossa Organização Social, buscamos abordar a questão do direito fundamental à saúde e sua previsão constitucional, verificando que o objeto da obrigação assistencial de saúde, não está presente apenas no dever de fornecer atendimento primário como consultas, medicamentos, exames e outros, mas sim no bem estar geral do paciente, necessários à efetivação do direito fundamental à saúde, como a humanização e qualidade em todos os setores das nossas Unidades.

Os espaços físicos existentes serão analisados e readequados, se necessário, a fim de criar um ambiente agradável, acolhedor e de conforto enquanto houver a permanência dos pacientes e seus acompanhantes na Unidade, desenvolvendo assim uma relação interpessoal humanizada, acolhedora, empática e resolutiva entre os profissionais, pacientes e acompanhantes.

Acolhimento com Classificação de Risco

É obrigatória a implantação nos ambientes dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência de um sistema de classificação de pacientes de acordo com a gravidade do agravo à saúde que apresentam, e que deve ser realizado por profissionais médicos

ou enfermeiros capacitados. O paciente classificado por enfermeiro não pode ser liberado ou encaminhado a outro local sem ser consultado por médico.

A classificação deve ser feita obrigatoriamente em local que assegure a privacidade e o sigilo do paciente, podendo este ter duas ou mais salas de classificação para os momentos de maior fluxo de atendimento, resguardadas as condições de privacidade. Ao chegar ao Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, o acesso dos pacientes ao Setor de Classificação de Risco deve ser imediato. Assim, o tempo de espera para ser classificado deverá tender a zero, com os tempos de espera diferenciais para acesso ao médico emergencista não ultrapassando, na categoria de menor urgência, 120 minutos.

O médico poderá, no contato com o paciente, rever a classificação para fins de prioridade maior ou menor nas etapas subsequentes de atendimento. A classificação das necessidades urgentes do paciente define seu fluxo em todo o processo de atenção hospitalar e todos os setores devem estar cientes dessa definição. O bom uso da classificação afeta o fluxo e a qualidade assistencial dos pacientes do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência no conjunto da instituição hospitalar.

Para serviços com menos de 50.000 consultas/ano pode-se discutir a necessidade da classificação sempre que não tenham um histórico de espera inadequada, embora não se possa prescindir da recepção e acolhimento informados para identificar necessidades que devam ser imediatamente respondidas.

Há diversas escalas de classificação que podem ser adotadas e que possuem especificidades importantes, devendo-se observar a distinção entre as escalas utilizadas para adultos e crianças, em saúde mental e em obstetrícia, para maior sensibilidade e especificidade. Quando a classificação for realizada por enfermeiros, o protocolo adotado obrigatoriamente deverá ser baseado em sintomas, não podendo envolver diagnóstico médico.

Sistema de fluxo

O acesso dos pacientes ao Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência se faz por demanda espontânea ou por meio de Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência (SAMU, Corpo de Bombeiros e pré-hospitalar móvel privado). Os pacientes demandados de Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência podem ser pré-classificados, dependendo do contato prévio da regulação médica. Os pacientes pré-classificados podem ter acesso direto à sala de reanimação de pacientes graves. Os demais pacientes deverão passar pelo processo de Acolhimento com Classificação de Risco.

No fluxo geral do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, após a Classificação de Risco, os pacientes poderão seguir três fluxos conforme sua condição: 1. pacientes graves; 2. pacientes com potencial de gravidade; 3. pacientes sem potencial de gravidade.

O algoritmo abaixo (figura 1) descreve o fluxo dos pacientes no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, de acordo com sua classificação.

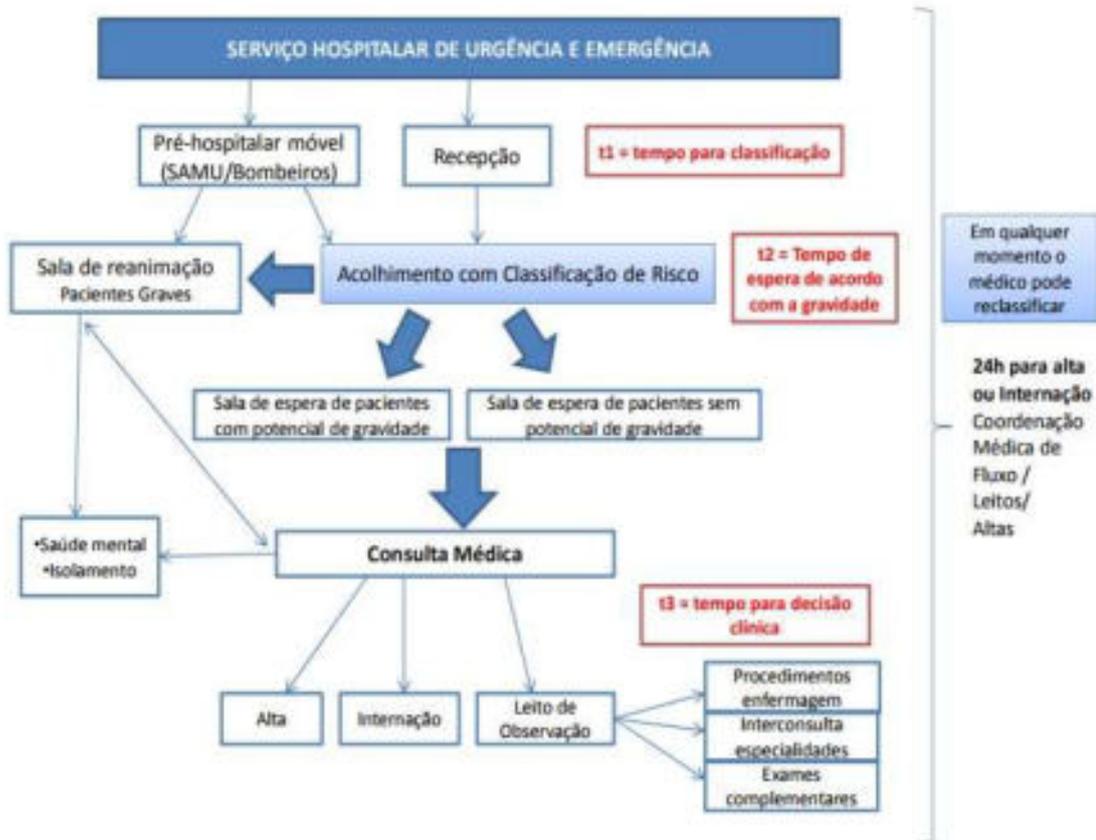


Figura 1. Algoritmo de fluxo do paciente no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência.

Define-se como Sala de Reanimação a área física do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência onde são atendidos os pacientes com iminente risco de vida ou sofrimento intenso, necessitando de intervenção médica imediata.

Define-se como Sala de Observação de Pacientes com Potencial de Gravidade a área física do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência onde são mantidos os pacientes que necessitem vigilância constante e possível intervenção imediata.

Define-se como Sala de Observação de Pacientes sem Potencial de Gravidade a área física do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência onde são

mantidos os pacientes que necessitem vigilância e acompanhamento médico intermitente.

Para os pacientes classificados como de máxima urgência, a sala de reanimação ou de procedimentos avançados deverá ter capacidade de no mínimo dois pacientes com as devidas áreas de circulação e contar com médico exclusivo no local. O paciente não deverá ficar mais de 4 horas na sala de reanimação.

Considerando que os Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência recebem frequentemente pacientes portadores de doenças infectocontagiosas e psiquiátricas, é obrigatória a existência de salas específicas para isolamento para doenças infectocontagiosas e salas específicas para o atendimento aos pacientes psiquiátricos.

Implantação de Acolhimento com Classificação de Risco no Pronto Atendimento Dr. Guido Guida

Seguindo a nossa Missão, Visão e Valores, 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 e peculiaridades.

Em todos os projetos sob gestão da nossa Organização Social, buscamos abordar a questão do direito fundamental à saúde e sua previsão constitucional, verificando que o objeto da obrigação assistencial de saúde, não está presente apenas no dever de fornecer atendimento primário como consultas, medicamentos, exames e outros, mas sim no bem estar geral do paciente, necessários à efetivação do direito fundamental à saúde, como a humanização e qualidade em todos os setores das nossas Unidades.

Os espaços físicos existentes serão analisados e readequados, se necessário, a fim de criar um ambiente agradável, acolhedor e de conforto enquanto houver a permanência dos pacientes e seus acompanhantes na Unidade, desenvolvendo assim uma relação interpessoal humanizada, acolhedora, empática e resolutiva entre os

profissionais, pacientes e acompanhantes.

O Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR - no Pronto Atendimento Dr. Guido Guida se mostrará como um instrumento reorganizador dos processos de trabalho na tentativa de melhorar e consolidar o Sistema de atendimento na Unidade. Vai estabelecer mudanças na forma e no resultado do atendimento do usuário do SUS. Será um instrumento de humanização.

A estratégia de implantação da sistemática do Acolhimento com Classificação de Risco possibilitará abrir processos de reflexão e aprendizado institucional de modo a reestruturar as práticas assistenciais e construir novos sentidos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, pois necessariamente é um trabalho coletivo e cooperativo.

O atendimento conforme informado anteriormente, será via sistema, e as cores da classificação estarão disponíveis para visualização tanto do paciente quanto do profissional que o aguarda.

Possibilitará a ampliação da resolutividade ao incorporar **critérios de avaliação de riscos**, que levam em conta toda a complexidade dos fenômenos saúde/ doença, o grau de sofrimento dos usuários do PA e seus familiares, a priorização da atenção no tempo, diminuindo o tempo de espera, o número de mortes evitáveis, sequelas e internações.

A Classificação de Risco será um instrumento para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de da Unidade, gerando um atendimento resolutivo e humanizado.

MISSÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA UNIDADE

- 1 - Ser instrumento capaz de acolher o cidadão e garantir um melhor acesso aos serviços de urgência/emergência da Unidade;
- 2 - Humanizar o atendimento;
- 3 - Garantir um atendimento rápido e efetivo.

OBJETIVO

- Escuta qualificada do cidadão que procura os serviços no Pronto Atendimento;
- Classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato;
- Construir os fluxos de atendimento na Unidade considerando todos os serviços da rede de assistência à saúde;
- Funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência, sendo um sistema de regulação da demanda dos serviços disponíveis na Unidade.
-

PROCESSO DE CLASSIFICAÇÃO

É a identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, usando um processo de escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo e aliada à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro.

A - Usuário procura o serviço de urgência.

B- É acolhido pelos funcionários da portaria/recepção ou estagiários e encaminhado para confecção da ficha de atendimento.

C- Logo após é encaminhado ao setor de Classificação de Risco, onde é acolhido pelo enfermeiro que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no protocolo e classifica o usuário.

CRITÉRIOS ADOTADOS PARA A CLASSIFICAÇÃO NO PA

- 1 - Apresentação usual da doença;
- 2 - Sinais de alerta (choque, palidez cutânea, febre alta, desmaio ou perda da consciência, desorientação, tipo de dor, etc.);

- 3 - Situação – queixa principal;
- 4 - Pontos importantes na avaliação inicial: sinais vitais – Sat. de O₂ – escala de dor - escala de Glasgow – doenças preexistentes – idade – dificuldade de comunicação (droga, álcool, retardo mental, etc.);
- 5 - Reavaliar constantemente poderá mudar a classificação.

NIVEIS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



3. PRIORIDADE AZUL:

INDICA PACIENTE SEM URGÊNCIA, AQUELES QUE PODERIAM SER ATENDIDOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS). NESTES CASOS, O ATENDIMENTO PODE SER REALIZADO EM ATÉ 240 MINUTOS. EXEMPLOS: TOSSE SEM OUTRA SINTOMATOLOGIA ASSOCIADA, LESÕES DE PELE CRÔNICAS, TROCA OU SOLICITAÇÕES DE RECEITAS, RETORNO PARA AVALIAÇÃO DE EXAMES, ETC.

9.3. Comissões (Metodologia, ferramentas e cronograma de implantação)

O principal papel das comissões hospitalares e de unidades de urgência e emergência é a melhoria contínua dos processos internos.

As comissões são responsáveis por desenvolver e apresentar propostas de modernização dos atendimentos e aperfeiçoamento da rotina, tendo como foco central sempre a melhor qualidade no atendimento prestado ao paciente.

Ressalta-se que as comissões devem contar com inúmeras ferramentas de gestão, que permitirão elaborar indicadores de processo.

As comissões devem ter caráter multidisciplinar, não sendo constituídas exclusivamente por médicos. Por sua vez, o regimento interno de cada comissão regulamenta a atuação dos participantes, de acordo com as normas e diretrizes emanadas pelos respectivos Conselhos de Classe e legislação pertinente.

Desta forma, algumas das principais comissões são as seguintes:

Comissão de Óbitos, responsável em analisar óbitos, procedimentos e condutas profissionais.

Comissão de Revisão de Prontuários, tem a função de propor melhorias na qualidade dos registros e anotações para a elaboração do prontuário clínico, com base na segurança do paciente. É, ainda, responsável por garantir o cumprimento no padrão

de qualidade prestado pelos profissionais e proporcionar dados para pesquisa e estudos científicos.

Comissão de Ética Médica, trabalha aspectos referentes ao exercício profissional, no desempenho com base na ética profissional.

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, é responsável pelas ações e pelos processos educativos que visem o controle e a prevenção de doenças no ambiente hospitalar.

Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) conduz técnica e administrativamente todo o processo de avaliação, incorporação e exclusão de medicamentos no âmbito da unidade de saúde.

Portanto, essas comissões são de fundamental importância para a gestão da instituição, e contribuem para a formulação de políticas, coordenação e monitoramento da unidade.

Nesse sentido, é função das comissões garantirem a qualidade no atendimento aos pacientes. Acima de tudo, trabalhar de forma sistemática, possuindo membros suficientes para atender a demanda dos serviços.

Assim, ao produzir e disponibilizar tais números e indicadores relevantes sobre áreas críticas da unidade à alta gestão e à sociedade, as comissões contribuem para a transparência e melhor gestão dos serviços prestados.

9.3.1. Comissão de Revisão de Prontuários

Tem a função de propor melhorias na qualidade dos registros e anotações para a elaboração do prontuário clínico, com base na segurança do paciente. Ela ainda é responsável por garantir o cumprimento no padrão de qualidade prestado pelos

profissionais e proporciona dados para pesquisa e estudos científicos.

A Comissão de Revisão de Prontuários tem a finalidade de atender a resolução CFM Nº. 1.638 de 10 de julho de 2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

A Comissão será composta por 2 (dois) membros da equipe médica, 2 (dois) membros da Equipe de Enfermagem e 1 (um) membro da Diretoria Administrativa.

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades por tempo a ser definido pela Diretoria Administrativa em comum acordo com a Diretoria Técnica.

Atribuições

São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuário:

- A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:
 - ✓ Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento.
 - ✓ Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe.
 - ✓ Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora.
 - ✓ Normatizar o preenchimento das contra referências conforme orientação da Direção Clínica e Direção Técnica.

- ✓ Criar e aprovar normas que regulamente o fluxo de prontuários da instituição.
 - ✓ Tipo de Alta.
-
- Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.
 - Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.
 - Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica e de Enfermagem da Unidade com as quais deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.
 - Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.
 - Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

Resolução na íntegra



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002

(Publicada no D.O.U. de 9 de agosto de 2002, Seção I, p.184-5)

[VER TAMBÉM RESOLUÇÃO CFM 1821/2007](#)

Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de

Prontuários nas instituições de saúde.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no art. 69 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que o prontuário é documento valioso para o paciente, para o médico que o assiste e para as instituições de saúde, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços públicos de saúde, além de instrumento de defesa legal;

CONSIDERANDO que compete à instituição de saúde e/ou ao médico o dever de guarda do prontuário, e que o mesmo deve estar disponível nos ambulatórios, nas enfermarias e nos serviços de emergência para permitir a continuidade do tratamento do paciente e documentar a atuação de cada profissional;

CONSIDERANDO que as instituições de saúde devem garantir supervisão permanente dos prontuários sob sua guarda, visando manter a qualidade e preservação das informações neles contidas;

CONSIDERANDO que para o armazenamento e a eliminação de documentos do prontuário devem prevalecer os critérios médico-científicos, históricos e sociais de relevância para o ensino, a pesquisa e a prática médica;

CONSIDERANDO a legislação arquivística brasileira, que normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários médicos;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 30/2002, aprovado na Sessão Plenária de 10 de julho de 2002;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 10 de julho de 2002.

RESOLVE:

Art. 1º - Definir prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto

de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Art. 2º - Determinar que a responsabilidade pelo prontuário médico cabe:

- I. Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento;
- II. À hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida;
- III. À hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico.

Art. 3º - Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

Art. 4º - A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção do estabelecimento, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico.

Art. 5º - Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

- I. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:
 - a. Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);
 - b. Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos

resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

c. Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

d. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;

e. Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

l. Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade.

Art. 6º - A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

Art. 7º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 10 de julho de 2002.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE RUBENS DOS SANTOS SILVA

Presidente

Secretário-Geral

9.3.2. Comissão de Ética Médica

Ela trabalha aspectos referentes ao exercício profissional, no desempenho com base na ética profissional.

A constituição da Comissão de Ética Médica faz-se obrigatória em todas as instituições que possuam em seu Corpo Clínico o número igual ou superior a TRINTA E UM médicos.

Nas instituições com até TRINTA médicos, não haverá a obrigatoriedade de constituição da Comissão de Ética Médica, cabendo ao diretor clínico, se houver, ou ao diretor técnico encaminhar as demandas éticas ao CREMESP.

As instituições de saúde vinculadas a uma mesma entidade mantenedora com o mesmo corpo clínico, ou ao mesmo órgão de saúde pública, poderão constituir uma única Comissão de Ética Médica representativa do conjunto das referidas unidade, obedecendo-se as disposições quanto a sua proporcionalidade e garantindo-se a ampla participação do conjunto de médicos que compõem os respectivos corpos clínicos.

A composição da Comissão de Ética Médica deverá obedecer às disposições contidas no Artigo 3º e suas Alíneas do Regulamento das Comissões de Ética Médica contidas na Resolução CFM 2.152/2016.

A Comissão de Ética Médica é o órgão representativo do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, junto ao Pronto Socorro, estando a ele vinculada. Constituída nos termos da Resolução nº 161/2007 do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, apresenta as funções opinativas, educativas e fiscalizadoras do desempenho Ético da Medicina.

A Comissão de Ética Médica será composta por 4 membros efetivos e igual numero de membros suplentes, eleitos dentre o corpo clínico do Pronto Socorro, sendo um Presidente e um Secretário, ambos os membros titulares.

Atribuições

As Atribuições das Comissões de Ética Médica podem ser descritas da seguinte forma:

- Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão médica dentro da instituição,
- Atuar como controle de qualidade das condições de trabalho e prestação de assistência médica na instituição, sugerindo e acompanhando as modificações necessárias,
- Denunciar às instâncias superiores, inclusive ao CRM/SP, as eventuais más condições de trabalho na instituição,
- Colaborar com o CRM/SP divulgando resoluções, normas e pareceres,
- Assessorar as diretorias clínicas, administrativa e técnica da instituição, dentro de sua área de competência,
- Proceder a Sindicância a pedido de interessados, médicos, Delegacias do CRM/SP e do próprio CRM/SP ou por iniciativa própria.

Resolução CFM na íntegra

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.152, DE 30 DE SETEMBRO DE 2016
Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 2016. Seção I, p.566-567
REVOGA A RESOLUÇÃO CFM Nº 1.657, DE 11-12-2002

Estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a Lei nº 3268/57, referente a competência dos Conselhos Regionais e Federal de Medicina de zelar e trabalhar por todos os meios aos seus alcances pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a

exercem legalmente;

CONSIDERANDO a necessidade de, entre outras finalidades, descentralizar os procedimentos relativos à apuração de possíveis infrações éticas;

CONSIDERANDO que os integrantes das Comissões de Ética Médica eleitos na forma estabelecida nesta Resolução devem desempenhar suas funções em caráter honorífico e prestar serviço de relevância aos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO a necessidade de padronizar os critérios de criação, eleição, competência, funcionamento e organização das Comissões de Ética Médica em todo o território nacional;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária de 30 de setembro de 2016, resolve:

Art. 1º Todos os estabelecimentos de assistência a saúde e outras pessoas jurídicas onde se exerça a medicina, ou sob cuja égide se exerça a medicina em todo o território nacional, devem eleger, entre os membros de seu corpo clínico, Comissões de Ética Médica os termos desta Resolução.

§ 1º A eleição será supervisionada pelo CRM de sua jurisdição;

§ 2º Compete ao diretor clínico encaminhar ao Conselho Regional de sua jurisdição a ata da eleição da Comissão de Ética Médica;

Art. 2º Adotar o Regulamento das Comissões de Ética anexo, parte integrante da presente Resolução.

Art. 3º Revoga-se a Resolução CFM nº 1.657/2002 e todas as disposições em contrário.

Art. 4º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA

Presidente do Conselho

HENRIQUE BATISTA E SILVA

Secretário-Geral

ANEXO

REGULAMENTO DAS COMISSÕES DE ÉTICA

Capítulo

I

Das Disposições Gerais

Art. 1º Todos os estabelecimentos de assistência à saúde e outras pessoas jurídicas sob cuja égide se exerça a Medicina, em todo o território nacional, devem possuir Comissão de Ética Médica, devidamente registrada nos Conselhos Regionais de Medicina, formada por médicos eleitos, integrantes do corpo clínico.

Art. 2º As Comissões de Ética Médica são órgãos de apoio aos trabalhos dos Conselhos Regionais de Medicina dentro das instituições de assistência à saúde, possuindo funções investigatórias, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina.

§ 1º. As Comissões de Ética Médica devem possuir autonomia em relação à atividade administrativa e diretiva da instituição onde atua, cabendo ao diretor técnico prover as condições de seu funcionamento, tempo suficiente e materialidade necessárias ao desenvolvimento dos trabalhos.

§ 2º. Os atos da Comissão de Ética Médica são restritos ao corpo clínico da instituição a qual está vinculado o seu registro.

§ 3º. As Comissões de Ética Médica são subordinadas e vinculadas aos respectivos Conselhos Regionais de Medicina.

Capítulo

II

Da Composição, Organização e Estrutura das Comissões de Ética Médica

Art. 3º As Comissões de Ética Médica serão instaladas nas instituições mediante aos seguintes critérios de proporcionalidade:

a) Nas instituições com até 30 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição de Comissão de Ética Médica, cabendo ao diretor clínico, se houver, ou ao diretor técnico, encaminhar as demandas éticas ao Conselho Regional de Medicina;

b) Na instituição que possuir de 31 (trinta e um) a 999 (novecentos e noventa e nove) médicos, a

Comissão de Ética Médica deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes;

c) Na instituição que possuir um número igual ou superior a 1.000 (mil) médicos, a Comissão de Ética deverá ser composta por no mínimo 5 (cinco) membros efetivos e igual número de suplentes.

§ 1º. No âmbito das instituições de saúde que contarem com menos de 30 (trinta) médicos, a composição de Comissão de Ética Médica é facultativa e deverá ser aprovada pelo Conselho Regional de Medicina.

§ 2º. As instituições de saúde vinculadas a uma mesma entidade mantenedora com o mesmo corpo clínico, ou ao mesmo órgão de saúde pública, poderão constituir uma única Comissão de Ética Médica representativa do conjunto das referidas unidades, obedecendo-se as disposições acima quanto à proporcionalidade e garantindo-se a ampla participação do conjunto de médicos que compõem os respectivos corpos clínicos.

Art. 4º As Comissões de Ética Médica serão compostas por 1 (um) Presidente, 1 (um) Secretário e demais membros efetivos e suplentes.

Parágrafo único. O Presidente e o Secretário serão eleitos dentre os membros efetivos, na primeira reunião da Comissão.

Capítulo III

Das Competências

Seção I

Da Competência das Comissões de Ética Médica

Art. 5º Compete às Comissões de Ética Médica, no âmbito da instituição a que se encontra vinculada:

a) Fiscalizar o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão;

- b) Instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício;
- c) Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica;
- d) Atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
- e) Orientar o paciente da instituição de saúde sobre questões referentes à Ética Médica;
- f) Atuar de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da medicina;
- g) Promover debates sobre temas da ética médica, inserindo-os na atividade regular do corpo clínico da instituição de saúde;

Seção II

Das Competências do Presidente e do Secretário

Art. 6º Compete ao Presidente da Comissão de Ética Médica:

- a) Representar a Comissão de Ética Médica para todos os fins;
- b) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição quaisquer indícios de infração aos dispositivos éticos vigentes, eventual exercício ilegal da medicina ou irregularidades que impliquem em cerceio à atividade médica no âmbito da instituição a qual se encontra vinculada;
- c) Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- d) Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;
- e) Convocar os membros suplentes para auxiliar nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;
- f) Nomear os membros encarregados para instruir as apurações internas instauradas

Parágrafo único. O presidente deverá ser membro efetivo da Comissão de Ética Médica.

Art. 7º Compete ao Secretário da Comissão de Ética Médica:

- a) Substituir o presidente em seus impedimentos ou ausências;
- b) Secretariar as reuniões da Comissão de Ética Médica;
- c) Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e demais documentos relativos aos atos da Comissão de Ética Médica, mantendo arquivo próprio;
- d) Abrir e manter sob sua guarda livro de registros da Comissão de Ética Médica, onde deverão constar os atos e os trabalhos realizados, de forma breve, para fins de fiscalização.

Art. 8º Compete aos membros efetivos e suplentes da Comissão de Ética Médica:

- a) Eleger o presidente e o secretário;
- b) Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias, propondo sugestões e assuntos a serem discutidos e, quando efetivos ou suplentes convocados, votar nas matérias em apreciação;
- c) Instruir as apurações internas, quando designados pelo presidente;
- d) Participar ativamente das atividades da Comissão de Ética Médica, descritas no artigo 5º desta Resolução.

Capítulo IV

Das Eleições

Seção I

Das Regras Gerais das Eleições

Art. 9º A escolha dos membros das Comissões de Ética Médica será feita mediante processo eleitoral através de voto direito e secreto, não sendo permitido o uso de procuração, dela participando os médicos que compõem o corpo clínico do estabelecimento, conforme previsto no regimento interno.

Art. 10. Não poderão integrar as Comissões de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Quando investidos nas funções de direção durante o curso de seu mandato, o

médico deverá se afastar dos trabalhos da Comissão de Ética Médica, enquanto perdurar o impedimento.

Art. 11. São inelegíveis para as Comissões de Ética Médica os médicos que não estiverem quites com o Conselho Regional de Medicina, bem como os que tiverem sido apenados eticamente nos últimos 8 (oito) anos, com decisão transitada em julgado no âmbito administrativo, ou que estejam afastados cautelarmente pelo CRM.

Parágrafo único. Considerando a existência de penas privadas, os Conselhos Regionais de Medicina deverão apenas certificar a condição de elegível ou inelegível dos candidatos, de acordo com seus antecedentes ético-profissionais.

Art. 12. O mandato das Comissões de Ética Médica será de no mínimo 12 (doze) e no máximo de 30 (trinta) meses, a critério de cada instituição, contido no Regimento Interno.

Parágrafo único. As eleições deverão ser realizadas até 30 (trinta) dias antes do término do mandato.

Seção II

Do Processo Eleitoral

Art. 13. O diretor clínico da instituição designará uma comissão eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Os integrantes da comissão eleitoral e membros de cargos diretivos da instituição não podem ser candidatos à Comissão de Ética Médica.

Art. 14. A comissão eleitoral convocará a eleição, por intermédio de edital a ser divulgado na instituição de saúde, 30 (trinta) dias antes da data fixada para a eleição e validará e publicará a lista dos votantes do corpo clínico.

Parágrafo único. O edital deverá conter as informações necessárias ao desenvolvimento do processo eleitoral, com as regras específicas a serem observadas durante o pleito.

Art. 15. A candidatura deverá ser formalizada perante a comissão eleitoral, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição, por intermédio de chapas, de acordo com a regra

de proporcionalidade prevista no artigo 3º desta Resolução.

§ 1º. No momento da inscrição, a chapa designará um representante para acompanhar os trabalhos da comissão eleitoral e fiscalizar o processo de eleição.

§ 2º. O requerimento de inscrição deverá ser subscrito por todos os candidatos que compõem a chapa.

Art. 16. A comissão eleitoral divulgará, no âmbito da instituição de saúde, as chapas inscritas, de acordo com o número de registro, durante o período mínimo de uma semana.

Art. 17. A comissão eleitoral procederá à apuração dos votos imediatamente após o encerramento da votação, podendo ser acompanhada pelo representante das chapas e demais interessados, a critério da comissão eleitoral.

Parágrafo único. Será considerada eleita a chapa que obtiver maioria simples dos votos apurados.

Art. 18. O resultado da eleição será lavrado em ata pela comissão eleitoral, que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina para homologação e registro.

Art. 19. Os protestos, impugnações e recursos deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo de 2 (dois) dias após a ocorrência do fato, encaminhados em primeira instância à comissão eleitoral e, em segunda instância, ao Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição.

Art. 20. Homologado e registrado o resultado, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. O Conselho Regional de Medicina emitirá certificado de eleição, com a composição da Comissão de Ética Médica, que deverá ser afixado na instituição de saúde, em local visível ao público.

Art. 21. Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, o presidente da Comissão de Ética Médica procederá à convocação do suplente, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo comunicar imediatamente ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição.

§ 1º. Se o membro da Comissão de Ética Médica deixar de fazer parte do corpo clínico do estabelecimento de saúde respectivo, o seu mandato cessará automaticamente, cabendo ao presidente comunicar imediatamente ao respectivo Conselho Regional de Medicina.

§ 2º. Sobrevindo condenação ético-profissional transitada em julgado no âmbito administrativo contra qualquer membro da Comissão de Ética Médica, este deverá imediatamente ser afastado pelo Conselho Regional de Medicina.

Art. 22. Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, dentre os membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Parágrafo único. Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética Médica, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos até que a nova eleição oficial seja realizada, que poderá ser por candidatura individual.

Capítulo V
Do Funcionamento da Comissão de Ética Médica

Seção I
Das Reuniões Ordinárias e Extraordinárias

Art. 23. A Comissão de Ética Médica se reunirá ordinariamente bimestralmente, e, extraordinariamente, quantas vezes necessárias para o bom andamento dos trabalhos.

Parágrafo único. O calendário de reuniões deverá ser afixado em local de acesso aos médicos do corpo clínico.

Art. 24. Os atos administrativos da Comissão de Ética Médica terão caráter sigiloso, exceto quando se tratar de atividade didático-pedagógica no âmbito da instituição de saúde.

Art. 25. As deliberações da Comissão de Ética Médica dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o voto qualificado em caso de empate.

Seção II
Da Apuração Interna

Art. 26. A apuração interna será instaurada mediante:

- a) Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
- b) Ex officio, por intermédio de despacho do presidente da Comissão de Ética Médica;

Parágrafo único. Instaurada a apuração, o presidente da Comissão de Ética Médica deverá informar imediatamente ao respectivo Conselho Regional de Medicina para protocolo e acompanhamento dos trabalhos.

Art. 27. As apurações internas deverão ser realizadas pelo membro da Comissão designado, sem excesso de formalismo, tendo por objetivo a apuração dos fatos no local em que ocorreram.

Art. 28. Instaurada a apuração interna, os envolvidos serão informados dos fatos e, se for o caso, convocados mediante ofício para prestar esclarecimentos em audiência ou por escrito, no prazo de 15 dias contados da juntada aos autos do comprovante de recebimento.

Parágrafo único. A apuração interna no âmbito da Comissão de Ética Médica, por se tratar de procedimento sumário de esclarecimento, não está sujeita às regras do contraditório e da ampla defesa.

Art. 29. A apuração interna deverá ter a forma de autos judiciais, com as folhas devidamente numeradas e rubricadas, ordenadas cronologicamente.

Parágrafo único. O acesso aos autos é permitido apenas às partes, aos membros da Comissão de Ética Médica e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 30. Encerrada a apuração dos fatos, será lavrado termo de encerramento dos trabalhos e serão encaminhados os autos ao presidente da Comissão de Ética Médica, que poderá sugerir o seu arquivamento ou encaminhá-los ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. O presidente da Comissão de Ética Médica poderá colocar os autos para apreciação dos demais membros que, em votação simples, poderão deliberar pela realização de novos atos instrutórios.

Art. 31. Todos os documentos obtidos e relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam ser úteis ao deslinde dos fatos, deverão ser encartados aos autos de apuração, quando do seu envio ao respectivo Conselho Regional de Medicina.

Art. 32. Se houver denúncia envolvendo algum membro da Comissão de Ética Médica, este deverá abster-se de atuar na apuração dos fatos denunciados, devendo o presidente da comissão remeter os autos diretamente ao Conselho Regional de Medicina para as providências cabíveis.

Art. 33. A Comissão de Ética Médica não poderá emitir nenhum juízo de valor a respeito dos fatos que apurar.

§ 1º. O Conselho Regional de Medicina não está subordinado a nenhum ato da Comissão de Ética Médica, podendo refazê-los, reformá-los ou anulá-los se necessário à apuração dos fatos, nos termos da Lei.

§ 2º. A atuação da Comissão de Ética Médica é de extrema valia à apuração das infrações éticas, não significando, entretanto, qualquer derrogação, sub-rogação ou delegação das funções legais dos Conselhos Regionais de Medicina.

Capítulo VI

Das disposições finais

Art. 34. Os médicos envolvidos nos fatos a serem apurados, convocados nas apurações internas que deliberadamente se recusarem a prestar esclarecimentos à Comissão de Ética Médica, ficarão sujeitos a procedimento administrativo no âmbito do respectivo Conselho Regional de Medicina, conforme preconiza o art. 17 do Código de Ética Médica.

Art. 35. As normas referentes às eleições e mandatos das Comissões de Ética Médica somente produzirão seus efeitos a partir das próximas eleições, na forma do artigo 7º desta Resolução.

Parágrafo único. As demais regras entram em vigor em caráter imediato, principalmente no que se refere à tramitação das apurações internas.

Art. 36. Os Conselhos Regionais de Medicina deverão fornecer todo o apoio necessário às Comissões de Ética Médica, tanto estimulando a participação do corpo clínico no processo eleitoral, quanto no respaldo à sua autonomia perante a instituição de saúde a qual se encontra vinculada.

Art. 37. O presidente da Comissão de Ética Médica deverá fornecer ao Conselho Regional de

Medicina relatório sobre as atividades realizadas, a cada 6 (seis) meses ou quando solicitado.

Art. 38. Os casos omissos serão decididos pelo respectivo Conselho Regional de Medicina.

Art. 39. A presente Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário, em especial a Resolução CFM nº 1.657 de 11 de dezembro de 2002.

Resolução CREMESP na íntegra

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

RESOLUÇÃO CREMESP Nº 161, DE 24 DE ABRIL DE 2007

Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, São Paulo, SP, 15 maio 2007. Seção 1, p.140
ALTERA A RESOLUÇÃO CREMESP Nº 83, DE 29-07-1998

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 3.268/57, regulamentada pelo Decreto nº 44045/58 e,

CONSIDERANDO o teor da Resolução CFM nº 1.657/2002, que regulamenta as Comissões de Ética Médica;

CONSIDERANDO a alteração contida na Resolução CFM nº 1.812/07, que altera o prazo de mandato das Comissões de Ética Médica para “até 30 (trinta) meses”;

CONSIDERANDO que o artigo 2º da Resolução CREMESP nº 83/98 teria sido tacitamente revogado pela Resolução CFM nº 1.657/2002

CONSIDERANDO a necessidade de se uniformizar os mandatos das Comissões de Ética Médica no âmbito do Estado de São Paulo;

CONSIDERANDO o decido em Reunião de Diretoria de 23/04/2007;

RESOLVE:

Artigo 1º. Considerar válido o artigo 2º da Resolução CREMESP nº 83/98, repristinando a norma jurídica em questão, que passa a vigor da seguinte forma:

“Artigo 2º. As eleições para as Comissões de Ética Médica serão realizadas no “Dia do Médico”,

18 de outubro, nos anos pares. Quando a referida data coincidir com final de semana ou feriado, a eleição será realizada no primeiro dia útil subsequente”.

Artigo 2º. As demais disposições da Resolução CREMESP nº 83/98 permanecem inalteradas, salvo no que conflitar com a Resolução Federal que regulamenta as Comissões de Ética Médica em âmbito nacional.

Artigo 3º. A presente Resolução entrará em vigor na data da sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

São Paulo, 20 de abril de 2007.

Dr. Desiré Carlos Callegari - Presidente

Homologada na 3649ª Sessão Plenária realizada em 24/04/2007.

9.3.3. Comissão de Ética de Enfermagem

Definida pela Resolução COFEN 172/94, a Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) da Unidade de saúde será um órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem (Coren), estando a ele vinculada, tendo funções educativa, opinativa, consultiva, fiscalizadora do exercício profissional e ético da Enfermagem, além de divulgadora do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem.

É composta por 01 (um) Presidente, 01 (um) Vice-Presidente, 01 (um) Secretário e demais membros efetivos com igual número de suplentes por categoria e com vínculo empregatício na Unidade de saúde.

Compete à CEE do (a) (nome do serviço de saúde):

- Promover a divulgação dos objetivos da CEE;
- Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional;

- Colaborar com o Coren na tarefa de discutir, divulgar, educar e orientar os temas relativos à Enfermagem;
- Assessorar a diretoria e o órgão de Enfermagem do serviço, nas questões ligadas à ética profissional;
- Realizar a necessária orientação à equipe de Enfermagem sobre comportamento ético-profissional e as implicações advindas de atitudes antiéticas;
- Orientar clientes, familiares e demais interessados sobre dilemas éticos;
- Promover e participar de atividades multiprofissionais referentes à ética;
- Apreciar e emitir parecer sobre dilemas éticos de Enfermagem, sempre que necessário;
- Fiscalizar o exercício profissional e ético da profissão; condições oferecidas pelo serviço e sua compatibilidade com o desempenho ético-profissional; qualidade do cuidado dispensado à clientela pelos profissionais da Enfermagem; denúncias ou fato antiético de que tenha conhecimento;
- Instaurar sindicância, instruindo e elaborando relatório, sem emitir juízo, encaminhando-a Direção/Coordenação/Gerência de Enfermagem ou ao (à) Enfermeiro (a) Responsável Técnico (a) do serviço, para as providências administrativas, se houver, e ao Coren, conforme norma específica;
- Notificar ao Coren as irregularidades e infrações éticas detectadas no serviço.

O Instituto compromete-se a apresentar, trimestralmente, os relatórios elaborados pelas Comissões de Ética Médica e de Enfermagem, bem como, todas as atas das reuniões mensais realizadas no período.

As Comissões de Ética de Enfermagem (CEE) começaram a ser formadas a partir da RESOLUÇÃO COFEN 172/94, que normatiza a criação de COMISSÃO DE ÉTICA DE

ENFERMAGEM nas instituições de saúde, sendo que essa Resolução "Autoriza a criação de Comissões de Ética de Enfermagem onde houver serviço de enfermagem".

As Comissões de Ética de Enfermagem devem ter, como finalidades, "garantir, ou, pelo menos, tentar garantir, a conduta ética dos profissionais de Enfermagem na instituição", "zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem na instituição, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo e divulgando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem" e "notificar ao COREN de sua jurisdição irregularidades, reivindicações, sugestões e as infrações éticas".

Para dar cumprimento à tal legislação, por meio de uma Decisão de cada Coren, é necessária a criação de um Regimento contextualizado que possa considerar a realidade das Instituições de cada Estado, no que se refere ao número de serviços, ao porte predominante, ao quantitativo de recursos humanos de enfermagem, dentre outros aspectos.

Tal Regimento servirá de guia para o alcance dos objetivos da CEE e, além da consideração dos aspectos contextuais, necessário se faz garantir a independência e autonomia, mesmo que parcial, entre a CEE e a gestão de enfermagem, tanto quanto às diretorias do serviço de saúde, uma vez que a Comissão é um órgão representativo no Coren na Instituição. Outrossim, a CEE funciona também como um instrumento de assessoria para a área de enfermagem.

Uma CEE deverá, obrigatoriamente, ser formada por toda a categoria de enfermagem, ou seja, por enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem da instituição em que trabalham. A proporção entre eles, bem como o número total de membros deverá estar explícito no Regimento, sendo que esse número dependerá do porte do serviço em questão. Poderão inclusive ser divididos entre efetivos e suplentes, mas não necessariamente. Nossa experiência mostra que essa divisão não é eficaz para a manutenção da Comissão. Melhor seria a composição com membros que pudessem participar de todas as atividades desenvolvidas.

O período de mandato da CEE bem como o caminho para sua criação, formação,

incluindo a eleição e o funcionamento (reuniões, convites, convocatórias etc.), com a clareza necessária de cada cargo constituído – presidente, vice-presidente e membros, deverão estar explicitados no Regimento.

Importante lembrar que a Resolução Cofen nº 311/2007, Seção IV – Das relações com as organizações empregadoras, em seu Art. 65, traz que é direito do profissional de enfermagem – "Formar e participar da comissão de ética da instituição pública ou privada onde trabalha, bem como de comissões interdisciplinares".

Salienta-se o caráter orientativo, fiscalizador e não punitivo da CEE. Ela orienta os profissionais de enfermagem e todos os demais que tiverem dúvidas sobre questões éticas que envolvem a enfermagem, exclusivamente. Fiscaliza enquanto realiza sindicâncias provenientes de denúncias que envolvem unicamente profissionais de enfermagem, e que podem ser feitas por quaisquer pessoas, sejam profissionais da saúde, pacientes, familiares de pacientes e comunidade em geral, desde que tenha relação com o serviço de enfermagem da instituição em tela. O caráter não punitivo guarda relação com a autonomia limitada da CEE, pois não cabe a ela fazer julgamentos, abrir processos éticos ou aplicar penalidades, condutas estas de exclusiva responsabilidade do Coren.

Outro item que deve ficar bem claro é a diferença entre as questões gerenciais e as questões éticas, para que não haja ingerências. O que é do âmbito ético? As questões morais, a distinção entre o bem e o mal, o bom e o ruim, o certo e o errado, ou seja, a busca da verdade, que, por sua vez, não é absoluta. É preciso bom senso baseado na competência técnica e legal e na capacidade de tomar decisões éticas ou administrativas, o que se constitui em um dilema ético, mais um desafio.

A CEE vem ajudar a mudar os comportamentos conservadores justificado pela própria história da enfermagem. Essa preocupação com o que os outros podem pensar e essa condenação à submissão tem que acabar para a enfermagem progredir. Há que se construir uma nova história e, para isso, há que se ter ousadia. É preciso escolher entre manter ou transformar as condições que produzem os problemas sobre os quais

será preciso atuar.

Referências:

- Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1, p.1.

- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 172, de 15 de junho de 1994. Normatiza a criação de Comissão de Ética de Enfermagem nas instituições de saúde.

- Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Decisão COREN-SP-DIR/003/1996, de 09 de janeiro de 1996. Normatiza a criação de Comissão de Ética de Enfermagem nas instituições de Saúde, no âmbito de Estado de São Paulo.

9.3.4. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA

CIPA significa **Comissão Interna de Prevenção de Acidentes** e tem em vista a prevenção de acidentes e doenças ocupacionais relacionadas no trabalho, busca harmonizar o trabalho e a prevenção da vida e saúde dos trabalhadores.

Composta por colaboradores, muitas das vezes, leigos em prevenção de acidentes. Comitê constituído com dimensionamento previsto, ressaltadas as alterações disciplinadas, em atos normativos para setores econômicos específicos.

Consideramos como ações preventivas por parte da CIPA:

- Observar e expor as condições de riscos nos ambientes de trabalho;
- Solicitar medidas para diminuir e extinguir os riscos existentes ou até mesmo neutraliza-los;
- Debater os acidentes ocorridos, solicitando medidas que previnam

acidentes parecidos e ainda,

- Guiar os demais trabalhadores quanto à prevenção de futuros acidentes

9.3.5. Comissão de Óbito

Responsável em analisar óbitos, procedimentos e condutas profissionais.

A resolução 2.171/2017 regulamenta e normatiza as Comissões de Revisão de Óbito, tornando-as obrigatórias nas instituições hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento.

A Comissão de Revisão de Óbitos tem por finalidade atender a resolução CRMF No. 2.171/2017, que conceitua a análise dos óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

A composição mínima da comissão deverá ser de três membros médicos e um enfermeiro, podendo ser superior a isso, conforme a característica de cada Instituição e unidade prestadora do serviço de saúde.

Atribuições

São atribuições da Comissão de Óbitos:

- Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos a óbitos que lhe forem enviados;
- Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;

- Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
- Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade);
- Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);
- Zelar pelo sigilo ético das informações;
- Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado;
- Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;
- Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;
- Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

O Instituto compromete-se, a notificar todos os eventuais óbitos ocorridos e as medidas adotadas.

Resolução na íntegra

A seguir a resolução 2.171/2017 do Conselho Federal de Medicina na íntegra:



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO CFM nº 2.171/2017

Publicada no D.O.U. de 08 Jan 2018, Seção I, p.91

Atenção ao Apostilamento nos Considerandos

Regulamenta e normatiza as Comissões de Revisão de Óbito, tornando-as obrigatórias nas instituições hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013; e

CONSIDERANDO que a Resolução CFM nº 2.147/16 reconhece ser o Diretor Técnico, nos termos da Lei, a autoridade responsável, junto aos Conselhos Regionais de Medicina e autoridades sanitárias, pelos aspectos formais do funcionamento das unidades assistenciais de saúde que representa, cabendo zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;

CONSIDERANDO que o Parecer CFM nº 20/2015, de 22 de maio de 2015, estabelece

que a Comissão de Óbito tem atividade exclusiva e funções específicas, sendo obrigatória nos estabelecimentos hospitalares públicos e privados;

CONSIDERANDO que a Portaria de Consolidação MS/GM nº 2, de 3 de outubro de 2017, que estabelece, entre outros, a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito para o processo de contratualização dos Hospitais no Sistema Único de Saúde e que trata da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança;

CONSIDERANDO que a Portaria Interministerial MEC/MS nº 285, de 24 de março de 2015, que redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE) e a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito nessas instituições;

CONSIDERANDO que as Portarias de Consolidação MS n.º 5 e 6, de 3 de outubro de 2017, que tratam, entre outras, do Controle de doenças e enfrentamento de agravos de saúde, da vigilância epidemiológica e do Serviço de Verificação de Óbito (SVO).

CONSIDERANDO que a Portaria de Consolidação MS/GM nº 2, de 3 de outubro de 2017, que estabelece, entre outros, a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito para o processo de contratualização dos Hospitais no Sistema Único de Saúde e que trata da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 26 de outubro de 2017, RESOLVE:

Art. 1º Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Óbito em todas as unidades hospitalares e UPA, adequando-se as já existentes às normas desta resolução.

Art. 2º Os membros componentes da Comissão de Revisão de Óbito serão indicados pela Direção Técnica da instituição.

Art. 3º Compete à Comissão de Revisão de Óbito a avaliação de todos os óbitos ocorridos na unidade, devendo, quando necessário, analisar laudos de necropsias realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no Instituto Médico Legal.

Art. 4º A Comissão de Revisão de Óbito deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros, sendo médico, enfermeiro e outro profissional da área de saúde.

§ 1º Caso a Comissão seja formada por mais de 3 (três) membros, pode haver no máximo 2 (dois) enfermeiros e 3 (três) médicos.

§ 2º Outros profissionais de saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor a Comissão de Revisão de Óbito, sendo 1 (um) representante por profissão.

§ 3º O coordenador da Comissão de Revisão de Óbito será obrigatoriamente médico.

Art. 5º A Comissão de Revisão de Óbito se reunirá mensalmente, caso haja óbito a ser analisado, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário.

Art. 6º A análise da conduta do médico assistente ao paciente falecido deverá ser feita obrigatoriamente por médico componente da Comissão de Revisão de Óbito, sendo vedada a análise da conduta médica por outro profissional não médico membro da Comissão.

Art. 7º Não compete ao médico membro da Comissão de Revisão de Óbitos, ao analisar a conduta do médico que assistiu ao paciente, emitir juízo de valor em relação à imperícia, imprudência ou negligência, pois esta competência é exclusiva dos Conselhos de Medicina. Parágrafo único. O médico membro da Comissão de Revisão de Óbito, ao analisar a conduta do

médico que assistiu o paciente, deve se limitar a elaborar relatório conclusivo de forma circunstancial, exclusivamente dos fatos analisados.

Art. 8º Os óbitos analisados pela Comissão de Revisão de Óbito que necessitem esclarecimentos em relação às condutas médicas adotadas devem ser encaminhados ao diretor técnico da instituição para análise e este, se necessário, encaminhará os casos para a Comissão de Ética Médica da instituição, que deverá observar as disposições da Resolução CFM nº 2.152/2016 e, na ausência desta, ao Conselho Regional de Medicina. Parágrafo único. Quando necessários esclarecimentos de condutas adotadas por outros profissionais de saúde que atenderam o paciente, o caso deve ser encaminhado aos Conselhos Profissionais dos profissionais envolvidos.

Art. 9º É vedado à utilização do termo morte evitável para os casos de óbitos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas adotadas pelos profissionais que atenderam o paciente. Parágrafo único. Estes casos devem ser classificados como óbito a esclarecer.

Art. 10º Os membros da Comissão de Revisão de Óbito estão obrigados a manter a privacidade, a confidencialidade e o sigilo das informações contidas no prontuário em análise.

Art. 11º A Comissão de Revisão de Óbito emitirá anualmente relatório detalhado sobre o perfil epidemiológico dos óbitos ocorridos na instituição, que deverá ser entregue ao diretor técnico para as providências necessárias. Parágrafo único. É responsabilidade do diretor técnico a implantação, na instituição, das medidas corretivas necessárias para a melhora no percentual de óbitos, com base no relatório anual da Comissão de Revisão de Óbito, devendo comunicar o fato ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 12º A duração do mandato da Comissão de Revisão de Óbito será de no máximo 30

(trinta) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido. Parágrafo único. Ao término do mandato, a diretoria técnica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

Art. 13º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, DF, 30 de outubro de 2017.

MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO

Presidente em exercício

HENRIQUE BATISTA E SILVA

Secretário-Geral

9.3.6. Núcleo de Segurança ao Paciente

Segundo a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), Segurança do Paciente significa “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”.

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) deve ser instituído nos serviços de saúde com o objetivo de apoiar a direção na implementação e gestão de ações de melhoria da qualidade e da segurança do paciente. É um serviço de saúde compulsório (obrigatório) e a sua não estruturação constitui-se em uma infração.

Princípios e Diretrizes do NSP

Os princípios e diretrizes do NSP se dão com melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde; a disseminação sistemática da cultura de

segurança; a articulação e a integração dos processos de gestão de risco; e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde dentro de seu âmbito de atuação.

Deve ser composto por equipe multiprofissional, formada por ao menos um médico, um farmacêutico e um enfermeiro. Todos devem ser capacitados em conceitos de melhoria da qualidade, segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde. Também é importante que seus membros conheçam bem os processos de trabalho da instituição e tenham perfil de liderança.

Também é função do NSP “promover a articulação dos processos de trabalho e das informações que impactem nos riscos ao paciente”. Ou seja, fica a cargo do NSP o acompanhamento dos alertas sanitários para se adequar às mudanças, a divulgação de alterações ou atualizações no Plano de Segurança do Paciente aos profissionais da instituição e a notificação de incidentes e eventos adversos à ANVISA.

Como cadastrar um Núcleo de Segurança do Paciente na Anvisa?

Após a sua implantação, é necessário realizar cadastro do NSP no site da Agência. No processo, é preciso informar nome e CNPJ do Serviço de Saúde ou Mantenedora que está sendo cadastrada. Também é necessário informar quem será o Responsável Legal e os gestores de Segurança do NSP.

Os membros da Comissão deverão reunir-se mensalmente para analisar as ocorrências, realizar notificações de eventos adversos à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), propor medidas para redução de sua ocorrência e deverão manter-se devidamente documentados (Atas, lista de presença e outros).

Deverão manter vínculo com demais comissões implantadas, para juntamente definirem as ações que venham qualificar o serviço e redirecionar protocolos de assistência.

Processo de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente

Serão propostos mecanismos de ação para identificar e avaliar problemas quanto

a má utilização de equipamentos, medicamentos e insumos devendo propor ações preventivas e corretivas.

O Plano de Segurança do Paciente deverá ser atualizado periodicamente sempre que houver riscos aos pacientes e utilizar sempre que possível o uso de novas tecnologias ou quando houver grande alteração na realização de procedimentos e processos.

Os indicadores deverão ser avaliados e monitorados periodicamente. Deverão ser propostas capacitações a frente dos problemas evidenciados e acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

Protocolos de PSP

Alguns protocolos já estarão implantados quando do início das atividades no Pronto Atendimento:

- Risco de queda de pacientes;
- Prevenção de úlcera por pressão (UPP) pela mudança de decúbito;
- Prescrição e administração de medicamentos;
- Prática de higienização das mãos;
- Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	
AGENTES	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

<p>CONCEITO</p>	<p>A lavagem das mãos é a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde. Recentemente, o termo “lavagem das mãos” foi substituído por “higienização das mãos” devido à maior abrangência deste procedimento.</p> <p>O termo engloba:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavagem básica das mãos; 2. Antissepsia das mãos com álcool 70%; 3. Antissepsia cirúrgica das mãos e antebraços. <p>Tem o objetivo de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele. <p>Duração do procedimento: 40 a 60 segundos.</p> <p>Abrangência: Toda a equipe de saúde.</p> <p>Quando lavar as mãos?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sempre que as mãos estiverem sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais; • Ao iniciar o turno de trabalho; • Antes e após ir ao banheiro; • Antes e depois das refeições; • Antes de preparo de alimentos; • Antes de preparo e manipulação de medicamentos;
<p>RECURSOS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sabão líquido; 2. Água corrente; 3. Papel toalha.

MÉTODO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fique em posição confortável, sem tocar na pia e abra a torneira; 2. Mantenha se possível, a água numa temperatura agradável (água quente ou muito fria resseca a pele), coloque o sabão líquido (2ml); 3. Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se A e na pia; 4. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos; 5. Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si; 6. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.
OBSERVAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manter as unhas curtas e não usar unhas artificiais; ✓ Não usar adornos (anéis, alianças, relógios de pulso); ✓ Nenhuma recomendação sobre uso de esmaltes.

PREVENÇÃO POR ÚLCERA DE PRESSÃO - REALIZAÇÃO DE MUDANÇA DE DECÚBITO

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Mudança de decúbito é o processo de movimentar e mudar o decúbito do paciente com limitação física.

Tem o objetivo de promover o conforto, prevenir úlceras por pressão com alívio da pressão localizada, melhorar a mobilidade, a percepção sensorial, a perfusão e minimizar as forças de atrito, cisalhamento e superfícies secas em contato com a pele.

1. Travesseiros;
2. Coxins;
3. Colchões;
4. Almofadas;
5. Luvas de procedimento, se necessário.

Ao Enfermeiro compete:

1. Avaliar as condições físicas e clínicas do paciente que será movimentado, sua capacidade de colaborar, bem como a observação da presença de soros, sondas e outros equipamentos instalados;
2. Planejar o procedimento;
3. Orientar a equipe na realização da mudança de decúbito a cada 2 horas;
4. Supervisionar a equipe quanto ao procedimento.

Ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem compete:

➤ **Cabeceira:**

1. Ao posicionar o paciente na cabeceira da cama, o Técnico/Auxiliar de Enfermagem deverão flexionar os joelhos do paciente; colocar um braço sob os ombros, apoiando a cabeça, e o outro sob a região lombar; a um comando, ambos os técnicos de enfermagem elevam e movimentam o paciente em direção à cabeceira;
2. Anotar o procedimento realizado e as observações.

➤ **Decúbito lateral:**

1. Explicar ao paciente o procedimento a ser realizado;
2. Higienização das mãos;
3. Colocar o paciente na lateral do leito e virá-lo de lado;
4. Para mover um paciente imóvel, é necessário flexionar os joelhos de forma que não fiquem próximos ao colchão;
5. Colocar uma mão sobre os quadris do paciente e a outra mão nos ombros;
6. Virar o paciente para o lado;
7. Colocar um travesseiro sob a cabeça e pescoço do paciente;
8. Colocar os braços em posição ligeiramente flexionados. O braço posterior deve apoiar sobre um travesseiro ao nível do ombro e o braço anterior deve ser apoiado no colchão;
9. Colocar um apoio sob o dorso do paciente;
10. Colocar um travesseiro entre as pernas sem flexionadas na altura dos quadris;
11. Anotar o procedimento realizado e as observações.

➤ **Decúbito ventral:**

1. Rolar o paciente sobre o braço próximo ao seu corpo com o cotovelo esticado e a mão

sob os quadris. Posicionar o abdome no centro do leito;

2. Posicionar a cabeça do paciente para um dos lados e colocar sob a cabeça um travesseiro pequeno;
3. Colocar um travesseiro pequeno sob o abdome do paciente, abaixo do nível do diafragma;
4. Apoiar os braços em flexão ao nível dos ombros;
5. Apoiar a parte anterior das pernas com um travesseiro para elevar os dedos;
6. Anotar o procedimento realizado e as observações.

➤ **Decúbito dorsal:**

1. Colocar o paciente de costas, com a cabeceira do leito na posição horizontal;
2. Manter a cabeça alinhada com a cabeceira e com a coluna vertebral, utilizando um travesseiro sob a cabeça e o pescoço;
3. Estender discretamente os membros superiores ao nível dos cotovelos, colocar travesseiros sob os antebraços pronados;
4. Flexionar os membros inferiores, colocar um coxim sob os joelhos;
5. Colocar um pequeno travesseiro ou coxim sob os tornozelos para elevar os calcanhares;
6. Colocar um suporte para os pés ou travesseiro macio sob a planta dos pés do paciente;
7. Deixar o paciente confortável;
8. Deixar o ambiente em ordem;
9. Anotar o procedimento realizado e as observações.

- ✓ Planejar o procedimento antes de executá-lo.
- ✓ Quando fizer força para levantar o paciente, flexione os quadris, com isto, os músculos da coxa e do tronco entram em função, ao invés de sacrificar os músculos da coluna.
- ✓ Mantenha as mãos sempre secas e aquecidas.
- ✓ Nunca movimente sozinho um paciente obeso ou com dependência total.
- ✓ Prestar atenção quando o paciente estiver com infusão venosa.
- ✓ Para prevenir o pé equino, manter os calcanhares livres, colocar um coxim sob as pernas e um suporte para a região plantar.
- ✓ Para evitar lesão de pele, fazer proteção de saliência óssea.
- ✓ Em caso de impedimento à mudança de posição do paciente pedir a reavaliação do mesmo pelo Enfermeiro;
- ✓ Ao posicionar o paciente tomar cuidados para não tracionar drenos, sondas e catéteres, circuito de respiradores e, caso ocorra, comunicar ao Enfermeiro.

ESTRUTURA DA PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

USO ORAL

✓ Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + posologia + via de administração + orientações de uso

✓ Exemplo: captopril 25mg comprimido. Administrar 50mg de 8/8h por via oral, 1h antes ou 2h depois de alimentos.

USO TÓPICO

✓ Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + via de administração + posologia + orientações de uso

✓ Exemplo: Permanganato de potássio 1:60.000 solução. Aplicar compressas em membro inferior direito 3 vezes/dia, após o banho.

USO ENDOVENOSO

✓ Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via de administração + velocidade de infusão + posologia + orientações de administração e uso

✓ Exemplo: anfotericina B 50mg frasco-ampola. Reconstituir 50mg em 10ml de água destilada e rediluir para 500ml de solução glicosada 5%. Uso endovenoso. Infundir 35 gotas/min., 1 vez/dia. Administrar em 5 horas.

USO INTRAMUSCULAR

✓ Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via de administração + posologia + orientações de 18 administração e uso

✓ Exemplo: intramuscular com diluição: ceftriaxona 1g, frasco-ampola. Diluir 1g em 3,5 ml de lidocaína 1%. Fazer a solução obtida, via intramuscular profunda (região glútea) de 12/12h; intramuscular sem diluição: vitamina K (fitomenadiona) 10mg/ml, ampola. Fazer 1ml via intramuscular profunda (região glútea), 1x ao dia.

USO SUBCUTÂNEO

✓ Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + volume + via de administração + posologia + orientações de administração e uso

✓ Subcutâneo sem diluição: heparina sódica 5.000 unidades internacionais/0,25mL, ampola. Fazer 0,25mL subcutânea de 12/12h.

USO INTRATECAL

✓ Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via de administração + posologia + orientações de administração e uso

✓ Uso Intratecal com diluição: citarabina 100mg, frasco-ampola. Diluir 100mg em 5ml de solução fisiológica 0,9%. Infundir 1,5mL intratecal, 1x/dia. Diluir imediatamente antes do uso. Não reaproveitar o restante da solução para uso intratecal

USO INALATÓRIO

✓ Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + via + dose (medicamento e diluente) + posologia + orientação de uso.

✓ Exemplo: bromidrato de fenoterol 5mg/ml, solução para inalação. Fazer aerossol com 5 gotas diluídas em 3 ml de solução fisiológica 0,9% de 6/6h. Nebulizar e inalar até esgotar toda a solução.

PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE E DOS FAMILIARES NA ASSISTÊNCIA PRESTADA
CONCEITO
✓ Consiste no envolvimento e a colaboração do paciente e família nos processos de cuidado a saúde, visando a melhorar a qualidade e segurança do paciente durante a permanência dentro do Pronto Atendimento.
FINALIDADE
✓ Atender a meta internacional de Segurança do Paciente através da Orientação e Participação do Paciente respaldada pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente. ✓ Prevenir erros relacionados à assistência ao paciente internado, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes em todos os setores do Pronto Atendimento: Emergência, Observação, Medicação e demais setores
MATERIAIS NECESSÁRIOS
✓ Folhas de orientação aos pacientes e familiares.

- ✓ Cuidado centrado no paciente
- ✓ Dignidade e respeito: os profissionais de saúde devem ouvir e honrar as escolhas dos pacientes e seus familiares, bem como, incorporar no planejamento dos cuidados, os conhecimentos, valores, crenças e origens culturais dos mesmos.
- ✓ Compartilhamento de informações: os profissionais de saúde devem comunicar e compartilhar as informações de forma completa e imparcial com os pacientes e seus familiares.
- ✓ Os pacientes e suas famílias necessitam de informação oportuna, completa e precisa, a fim de efetivamente participar no cuidado e tomada de decisão.
- ✓ Participação: pacientes e seus familiares devem ser incentivados e apoiados em participar do cuidado e da tomada de decisão.
- ✓ Colaboração: pacientes, familiares, profissionais de saúde, e líderes dos serviços de saúde devem colaborar no desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas e programas, formação profissional, bem como no fornecimento de cuidado.
- ✓ Empoderamento do paciente e família: A compreensão do paciente/família sobre o seu papel;
Que o paciente/família adquira conhecimento suficiente para ser capaz de se envolver com sua saúde;
- ✓ Habilidades do paciente: A presença de um ambiente facilitador.
- ✓ Falha na comunicação entre profissionais e paciente/família: É necessário que os pacientes e família entendam a terminologia utilizada pelos profissionais de saúde no Pronto Atendimento, tenham habilidades de leitura, permitindo compreender o que é comunicado através da escrita; compreendem as explicações orais fornecidas pelos profissionais de saúde; entendam ou concordem ao assinar um termo de consentimento.
- ✓ Comportamentos de pacientes quando não entendem dizeres de saúde: é possível identificar quando formulários ficam incompletos ou preenchidos incorretamente; o paciente evita situações que precisam ler; o paciente não está em conformidade com as medicações de uso habitual; o paciente não faz perguntas; agendamentos para os testes laboratoriais, exames de imagem, ou encaminhamentos para consultas não estão programados ou são perdidos; são feitos pedidos para levar os documentos escritos para casa, para discutir com

um cônjuge ou um filho; o paciente queixa-se de uma dor de cabeça ou outro problema de saúde muito grave que não permite leitura; o paciente não pode repetir a informação recebida com suas próprias palavras.

✓ Estratégias que podem melhorar a compreensão dos pacientes e familiares, facilitando o envolvimento e participação: Utilizar linguagem clara e simples; empregar frases curtas, simplificar as sentenças;

✓ Utilizar múltiplos métodos de ensino, de acordo com as necessidades do paciente ou familiar: instruções verbais, material escrito, áudio, vídeo, desenhos etc.; reforçar informações importantes, repetindo-as quantas vezes forem necessárias; avaliar cuidadosamente se o paciente ou familiar compreendeu a informação (por exemplo: peça ao pacientes para “ensinar de volta” as instruções que foram dadas).

✓ Educação de pacientes e familiares: garantir que os pacientes possam ler e entender informações sobre saúde, mas também educá-lo de forma que possam compreender e exercer o seu empoderamento; educar os pacientes sobre a importância do papel que desempenham no seu próprio cuidado; transmitir aos pacientes que eles têm o direito e a responsabilidade de estar ciente dos cuidados que estão recebendo, para compreendê-lo, e para participar das decisões; fazer questionamentos; encorajar pacientes e familiares a relatarem as preocupações com a sua segurança; devem sentir à vontade para participar do cuidado e os profissionais de saúde devem comunicar que estão abertos para serem lembrados quanto à realização de um procedimento quando tenham esquecido.

✓ Estimular ao paciente e família quanto à: Prevenção e controle de infecção; principais infecções relacionadas à assistência à saúde; higiene das mãos; medidas de precaução padrão e específicas; tosse com etiqueta; uso seguro de medicamentos; processos assistenciais; eventos adversos; manejo de doenças crônicas.

✓ Estratégias de longo prazo: utilizar os meios de comunicação institucional para divulgar maneiras de garantir a segurança do paciente, tais como, prospectos, jornais, cartazes, intranet, e outros.

10. METAS E INDICADORES

10.1. Indicadores

No âmbito do SUS, sempre foi procurada a adoção de um modelo de gestão que atendesse às necessidades da população obedecendo a pontos prioritários para a melhoria do sistema de saúde, aprimorando e avaliando os processos dos serviços, minimizando a demanda reprimida e melhorando a qualidade de serviços ofertados.

Diante do novo modelo de gestão adotado pela Secretaria Municipal de Saúde de Poá, e considerando essas questões em busca da eficiência, deve alcançar a Organização Social os seguintes objetivos:

- Garantir qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento à população;
- Garantir as metas pactuadas pela Secretaria referente aos serviços de saúde objeto deste Contrato;
- Melhorar o serviço ofertado ao usuário SUS com assistência humanizada;
- Implantar o modelo de gestão por resultados.

O modelo gerencial proposto deverá obedecer aos princípios e diretrizes do SUS, observando as políticas públicas voltadas para a regionalização da saúde.

O presente termo de referência está baseado em 3 tipos de metas e indicadores: indicadores e metas quantitativas e qualitativas e indicadores de desempenho.

Metas e indicadores quantitativos são aquelas relacionadas diretamente com a

produção dos serviços contratados. Qualitativas buscam aferir as condições em que esses serviços são ofertados à população e principalmente à satisfação dos usuários do SUS com os serviços públicos de saúde.

A avaliação do cumprimento das metas e indicadores quantitativos e qualitativos será feita de acordo com as tabelas 1 e 2, com o comparativo entre pactuado e realizado e devidas justificativas.

Os Indicadores de desempenho alcançados serão apresentados conforme tabela 3. Deverá acompanhar uma análise com base na Portaria 1.631/2015 e outras específicas de cada área do indicador. A avaliação desse item dar-se-á em cumpriu ou não cumpriu a apresentação dos indicadores e respectiva análise.

As metas e os indicadores deverão ser avaliados mensalmente. A análise de cada meta, a elaboração de pareceres e planos de ação e o encaminhamento desses documentos, serão apresentados indicando cada mês de referencia.

DESEMPENHO D GESTÃO				
nº	INDICADOR	FÓRMULA	FONTE	META
1	Manutenção das Comissões De Prontuário	Ata de comissão de prontuário inseridas no PEP	PEP	100%
2	Somatório das despesas pagas no vencimento pelo total de despesas no período	$\frac{\text{Valor de despesas pagas no vencimento} \times 100\%}{\text{Valor total de despesas no período}}$	Relatório	80%

10.2. Metas Quantitativas e Qualitativas

Os indicadores constantes das tabelas abaixo integrarão o quadro de Indicadores de acompanhamento e avaliação, a serem encaminhados pela Entidade para a Secretaria de Saúde com o fim de monitoramento e avaliação da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização.

SATISFAÇÃO DO USUÁRIO				
nº	INDICADOR	FÓRMULA	FONTE	META
1	Índice de questionários preenchidos pelos pacientes	$\frac{\text{nº de Questionários preenchidos} \times 100\%}{\text{Total de pacientes em observação}}$	Relatório / Pesquisa com os Usuário	30%
2	Percentual de usuários Satisfeitos / Muito Satisfeitos.	$\frac{\text{nº de Conceitos satisfeito e muito satisfeito} \times 100\%}{\text{Total de Respostas efetivas}}$	Relatório / Pesquisa com os Usuário	>85%

DESEMPENHO ASSISTENCIAL				
nº	INDICADOR	FORMULA	FONTE	META
1	Porcentagem de pacientes Atendidos por médico	$\frac{\text{nº de atendimentos médicos} \times 100\%}{\text{nº total de pacientes acolhidos}}$	PEP	100%
2	Tempo de espera para o Atendimento médico (após classificação de risco)	$\frac{\text{Somatório dos tempos de espera entre a Classificação de risco e o atendimento médico}}{\text{total de atendimentos médicos}}$	PEP	<45 minutos

Legenda: DM – Documentação Médica; PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente

DESEMPENHO DE GESTÃO				
nº	INDICADOR	FORMULA	FONTE	META
1	Índice de Absenteísmo de funcionários e médicos	$\frac{\text{Horas líquidas faltantes} \times 100\%}{\text{Horas líquidas disponíveis}}$	Ponto Biométrico	<3%
2	Treinamento hora Profissional.	$\frac{\text{Total de horas profissional treinados no mês} \times 100\%}{\text{Número Profissionais ativos no período.}}$	Relatório / Lista de Presença	1,5h/ Prof. Treinado
3	Relatórios assistenciais e financeiros entregues no padrão e no prazo.	Relatórios assistenciais e financeiro entregues no Padrão definido pela SMS até o dia 15 do mes subsequente ao da realização de dos serviços.	Relatório /CFA-SMS	Até o 15

11. NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Conforme já mencionado anteriormente, o NSP deve ser composto por equipe multiprofissional, formada por ao menos um médico, um farmacêutico e um enfermeiro. Todos devem ser capacitados em conceitos de melhoria da qualidade, segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde.

11.1. Sistema de Implantação de Risco

O atendimento de Urgência e Emergência será feito através do acolhimento com Classificação de Risco, que é um instrumento de humanização ao atendimento, que visa estabelecer classificação mediante protocolo, as queixas destes pacientes, a fim de encaminhá-los a um atendimento ideal de acordo com as necessidades de suas demandas, e com atenção especial aos possíveis casos de Covid19. Será avaliado pela equipe técnica e administrativa um melhor fluxo dentro da Unidade para combate ao Covid-19.

A Classificação de Risco traz segurança tanto para o paciente quanto para o profissional, pois substitui a forma ineficaz e arriscada em muitos casos, de atendimento por ordem de chegada.

A implantação deste fluxo faz com que as pessoas tenham consciência sobre o processo de atendimento, tendo a Instituição como prioridade atender Urgência e Emergência.

Emergências: Em situações onde há risco de perda de vida e, necessitam, portanto, de atendimento imediato, sendo encaminhados para a sala de emergência.

Urgências: Em situações caracterizadas pela gravidade do estado do paciente, não implicando em perda de vida imediata, mas com possível evolução do caso, sendo encaminhados aos consultórios médicos.

A identificação da classificação será diretamente no sistema de atendimento e o paciente será identificado com as cores da classificação sendo elas:



11.2. Ações Preventivas e Corretivas – Monitoramento

As Ações Preventivas e Corretivas da unidade, assim como fluxos e protocolos serão discutidas, revisadas e implementadas pelo NUCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE, juntamente com as Comissões Hospitalares, Diretoria Administrativa e Técnica (mencionadas no item 9).

12. PROPOSTA DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO E PESQUISA DE SATISFAÇÃO

12.1. Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU)

A situação de doença, o atendimento e a hospitalização de um membro da família em geral conduzem a um estado de fragilidade, insegurança e medo em decorrência da ameaça gerada pela enfermidade e o estado de gravidade em que o ente pode encontrar-se.

Em face desses desconfortos, a família precisa ser confortada bem como a ciência acerca do estado de saúde do parente.

Por acreditar ser fundamental o acolhimento da família nesse cenário para a promoção do seu conforto, a equipe estará pronta para realizar o acolhimento do familiar

dos pacientes em estado de emergência.

O simples fato dos profissionais estarem abertos para ouvir os familiares lhes passar informações pode diminuir a angústia sentida por eles.

Buscando a excelência no atendimento ao paciente o Instituto segue os 6 princípios no atendimento:

- Empatia/atitude
- Tempo de espera
- Competência técnica percebida
- Controle da dor
- Informação
- Respeito

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

12.2. Pesquisa de Satisfação ao Usuário

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. Para colocar em prática a gestão da qualidade, utilizaremos uma ferramenta que auxiliará nesse processo, a pesquisa de satisfação do usuário.

É fundamental para a consolidação do SUS que o cidadão tenha um espaço para registrar sua sugestão, elogio, reclamação e denúncia, visando à melhoria do atendimento prestado.

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 aos munícipes, bem como estabelecer um canal direto de comunicação 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, melhorando as características do atendimento prestado aos cidadãos.

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 na Unidade, aferindo se foi obtido o resultado esperado com atendimento humanizado.

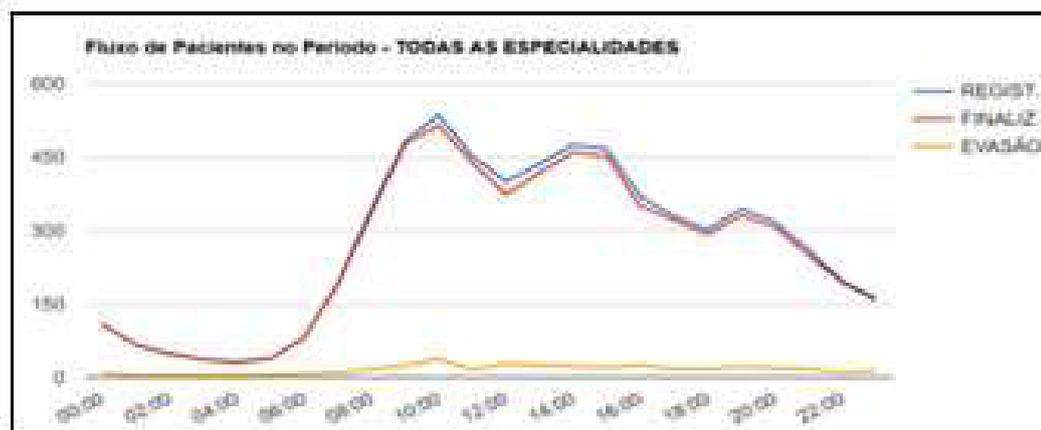
Ferramentas:

As ferramentas utilizadas para aferir a satisfação do usuário serão conforme descrito abaixo:

Sistema de Atendimento eletrônico

Ao término dos atendimentos, sempre que possível e for um desejo do paciente, será realizada a pesquisa de satisfação do usuário através do sistema de atendimento eletrônico utilizado e já aplicada pelo Instituto.

Para a gestão, o sistema gera relatórios com o resultado da pesquisa em formato de textos e gráficos conforme segue:



Buscando a excelência no atendimento ao paciente o Instituto segue os 6 princípios no atendimento:

- Empatia/atitude
- Tempo de espera
- Competência técnica percebida
- Controle da dor
- Informação

➤ Respeito

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.

Caixa de sugestões:



Formulário:

No intuito de avaliar a qualidade do atendimento e infraestrutura no Pronto Atendimento, será disponibilizado na recepção dos atendimentos adulto e infantil uma caixa de sugestões e um formulário de sugestões/reclamações, nos moldes a seguir:

PRONTO ATENDIMENTO:	
NOME: _____	
SEXO: <input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> MASCULINO - DATA NASCIMENTO: _____	
ENDEREÇO COMPLETO: _____	
CEP: _____	CIDADE: _____
TELEFONE: _____	EMAIL: _____
DATA: _____	
<input type="checkbox"/> SUGESTÕES <input type="checkbox"/> ELOGIO <input type="checkbox"/> RECLAMAÇÃO	

Periodicidade

A ferramenta estará disponível durante todo o horário de funcionamento da Unidade.

A caixa não funcionará apenas para reclamações, quem tiver interesse pode utilizar o meio para depositar ideias, sugestões, elogios ou o que achar necessário. O objetivo principal é melhorar o atendimento à população. Esse é um importante meio de comunicação entre o paciente e a atual gestão, e através disso, analisar a qualidade do serviço ofertado.

Em relação aos pacientes internados, em observação a pesquisa poderá ser realizada por um profissional da unidade com o paciente quando tiver alta, caso tenha condições, ou com o acompanhante.

Em relação à sistemática das ações corretivas, os funcionários devem abrir a caixa mensalmente, e em reunião com equipe gestora realizar uma auto avaliação, das críticas e sugestões, para tomada das ações corretivas e preventivas. Deverá ainda manter a Gestão Municipal informada através do relatório assistencial mensal que será

entregue à Secretaria Municipal de Saúde.

A pesquisa estará disponível na plataforma digital ou através de caixa de sugestão 24 horas por dia. O Instituto avaliará as informações obtidas com a pesquisa e poderá tomar ações corretivas à partir das queixas e/ou elogios.

Ouvidoria

O Instituto mantém em seu site uma ferramenta para ouvir o usuário, está disponível 24 horas por dia, todos os dias da semana.

Há na sede do instituto um setor com pessoal capacitado para atender as ocorrências, sejam de reclamação, sugestão ou elogio. Os questionamentos são enviados para a equipe operacional da Unidade, responder para que possamos avaliar o ocorrido e prestar o melhor atendimento ao usuário.

12.3. Informação ao Usuário/Familiar

Com relação a informação do paciente, como o porte da Unidade não é grande, não haverá a princípio um horário fixo para o Boletim médico, sendo possível o profissional médico passar a informação ao familiar a qualquer momento, sempre que possível, de acordo com a demanda e o fluxo do plantão.

Será disponibilizado na recepção da Unidade banner com informações sobre a classificação de risco e o tempo de espera em cada caso.

Em relação a ações de prevenção de saúde, seja física ou psicológica, a Unidade manterá folders informativos na recepção, sala de espera e área de internação, bem como passará vídeos informativos na tela da recepção.

Em relação às escalas dos profissionais médicos, estará disponível no totem de senhas para que o paciente possa identificar o profissional que o atenderá. Já as escalas dos demais profissionais estarão afixadas em cada setor.

13. PIANO DE CONTINGÊNCIA PARA UNIDADE DE SAÚDE

Visando a ininterrupção dos serviços, o Instituto Alpha de Medicina para Saúde propõe, na hipótese de intercorrências os seguintes Planos de Ações:

✓ **Mão de Obra Médica**

Na ausência do médico, será adotado o seguinte:

- Contratação imediata (independente de contrato formalizado);
- Possibilidade de pagamento de plantões acima do valor já praticado;
- Acordo junto a Secretária de Saúde para cessão de serviços médicos em caráter excepcional e gratuito;
- Manter cadastro reserva de profissionais médicos;
- Manter cadastro de empresas médicas para disponibilidade imediata de mão de obra.

✓ **Equipamentos Médicos Hospitalares e Mobiliários**

Na ocorrência de quebra ou pane de equipamentos e mobiliários, serão adotados o seguinte:

- Encaminhamento de equipamento e/ou mobiliário danificado para manutenção;
- Locação imediata do equipamento e/ou mobiliário com empresas cadastradas e que disponibilizem a pronta entrega, 24 horas por dia, caso a Pronto Socorro não disponha de outros para suprir as necessidades;
- Contratação de empresa/clínica na região para realização de exame radiológico, se necessário.

✓ **Falta de Energia Elétrica**

- Acionar gerador a diesel disponível na unidade e/ou locação imediata de outro gerador com empresa cadastrada e que disponibilize a pronta entrega, 24 horas por dia, caso seja necessário.

✓ **Pane Tecnológica/Software**

- Acionar equipe de TI disponível na unidade para restabelecimento do sistema;
- Realizar backup em servidor a ser adquirido;
- Utilizar formulários impressos.

✓ **Risco de Incêndio**

- Acionar o corpo de bombeiros;
- Montar e treinar brigada de incêndio na unidade;
- Criar fluxo de rota de fuga para funcionários e pacientes.

Obs.: Outras contingências serão objeto de estudo e planejamento para implantação de Plano de Ação.

13.1. Plano de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde – PGRSS

APRESENTAÇÃO

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) é um documento técnico que estabelece ações de manejo dos resíduos provenientes de todos os serviços relacionados ao atendimento à saúde humana e animal.

Definem-se por **GERADORES DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE:**

todos os serviços relacionados com o atendimento à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar e de trabalhos de campo; laboratórios analíticos de produtos para saúde; necrotérios, funerárias e serviços onde se realizem atividades de embalsamamento (tanatopraxia e somatoconservação); serviços de medicina legal; drogarias e farmácias, inclusive as de manipulação; estabelecimentos de ensino e pesquisa na área de saúde; centros de controle de zoonoses; distribuidores de produtos farmacêuticos, importadores, distribuidores e produtores de materiais e controles para diagnóstico in vitro; unidades móveis de atendimento à saúde; serviços de acupuntura; serviços de tatuagem, dentre outros similares. Caso tenha dúvida se seu estabelecimento se enquadre em Gerador de Resíduo de Serviço de Saúde, entre em contato com a vigilância sanitária de seu município.

O Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos da Saúde (PGRSS) é um documento, baseado nos princípios da não geração e da minimização da geração de resíduos, que aponta e descreve as ações relativas ao seu manejo, propondo medidas de adequação para que o empreendimento esteja em conformidade com a Política Nacional de Resíduos Sólidos (Lei nº. 12.305/2010) e demais legislações vigentes. A aplicação e a sustentação de um programa de gerenciamento de resíduos são imprescindíveis, uma vez que o sucesso do programa está fortemente centrado na mudança de atitudes de todos os atores da unidade geradora.

A divulgação do PGRSS é fundamental para a conscientização e difusão das ideias e atitudes que o sustentarão e, trabalharemos com metas reais, sempre reavaliando os êxitos (ou insucessos) obtidos, redirecionando-os, se preciso, para que o programa seja factível.

Assim, além da elaboração/atualização, será realizado treinamento com os colaboradores de cada setor que deverão atuar como multiplicadores. Este treinamento terá por objetivo apresentar os princípios de gerenciamento de resíduos do serviço de saúde, visando atingir as metas de minimização, reutilização e segregação dos resíduos na origem.

O PGRSS foi elaborado por meio da observação do gerenciamento atual dos resíduos e as inadequações relacionadas nestes procedimentos. As informações

obtidas foram relacionadas às todas as etapas do manejo dos resíduos: geração, acondicionamento, armazenamento, coleta, transporte, destinação e disposição final. Para facilitar o entendimento será apresentado futuramente estudos utilizando fluxogramas, tabelas e fotos, informações que serão diagnosticadas setorialmente, bem como também as medidas de adequação.

As características físicas, estruturais e demais setores que compõem o **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL GUIDO GUIDA** serão avaliadas posteriormente para verificarmos as necessidades de implantação e adequação.



Figura 1. Imagem do Pronto Atendimento.

13.1.1. Plano de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde

Em 2006, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e o Ministério do Meio Ambiente criaram o manual do PGRSS, ancorados na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Anvisa nº 306/04 e na Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA) nº 58/05, com o objetivo de minimizar a geração e os problemas decorrentes

do manejo dos resíduos sólidos e líquidos, buscando alternativas que favorecem a reciclagem, redução dos riscos na área de saneamento ambiental e da saúde pública.

Os resíduos sólidos, de acordo com a Norma Brasileira (NBR) 10004/2004 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), são resíduos nos estados sólido e semissólido, que resultam de atividades de origem industrial, doméstica, **hospitalar**, comercial, agrícola, de serviços e de varrição. Ficam incluídos nesta definição os lodos provenientes de sistemas de tratamento de água, aqueles gerados em equipamentos e instalações de controle de poluição, bem como determinados líquidos cujas particularidades tornem inviável o seu lançamento na rede pública de esgotos ou corpos de água, ou exijam para isso soluções técnicas e economicamente inviáveis em face à melhor tecnologia disponível.

De acordo com a Resolução do CONAMA, nº 358, de 29 de abril de 2005, resíduos de saúde, são todos resíduos gerados relacionados com o atendimento à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar e de trabalhos de campo; laboratórios analíticos de produtos para saúde; necrotérios, funerárias e serviços onde se realizem atividades de embalsamamento (tanatopraxia e somatoconservação); serviços de medicina legal; drogarias e farmácias, inclusive as de manipulação; estabelecimentos de ensino e pesquisa na área de saúde; centros de controle de zoonoses; distribuidores de produtos farmacêuticos; importadores, distribuidores e produtores de materiais e controles para diagnóstico *in vitro*; unidades móveis de atendimento à saúde; serviços de acupuntura; serviços de tatuagem, entre outros similares.

O gerenciamento de resíduos deve basear-se em ações preventivas, preferencialmente às ações corretivas, e ter uma abordagem multidisciplinar, considerando que os problemas ambientais e suas soluções são determinados não apenas por fatores tecnológicos, mas também por questões econômicas, físicas, sociais, culturais e políticas. Um programa de gerenciamento de resíduos deve utilizar o princípio da responsabilidade objetiva, na qual o gerador dos resíduos é o responsável pelo seu correto tratamento e descarte (individual ou coletivo), mesmo após sua saída do local onde é gerado.

Após a obtenção e sistematização de dados e informações, é possível realizar um diagnóstico em que sejam identificados os problemas, as deficiências e as lacunas existentes e suas prováveis causas. Esta primeira fase subsidiou a elaboração do diagnóstico, que contém a concepção e o desenvolvimento do plano de gerenciamento, de acordo com a legislação vigente, atendendo todas as etapas do gerenciamento.

No entanto, não é necessário que ocorra uma revolução nos procedimentos e processos do Pronto Atendimento, para obter a qualidade da prestação de serviços e garantir a proteção do meio ambiente, e sim, melhorias dos resultados que advêm de processos evolutivos contínuos, envolvendo todos os colaboradores, sendo fundamental para maximizar as oportunidades e reduzir custos e riscos associados à gestão de resíduos.



13.1.2. Etapas Do Manejo Dos Resíduos

- **Geração e segregação:** a separação correta e criteriosa permite o tratamento diferenciado, a racionalização de recursos despendidos, além de facilitar a reciclagem. Caso haja mistura de resíduos de classes diferentes, um resíduo não perigoso pode ser contaminado e tornar-se perigoso, dificultando seu gerenciamento, bem como um aumento dos custos a ele associados.

- **Manuseio, acondicionamento e armazenamento:** o manuseio e o acondicionamento correto dos resíduos possibilitam a maximização das oportunidades com a reutilização e a reciclagem, já que determinados resíduos podem ficar irrecuperáveis no caso de serem acondicionados de forma incorreta.

- **Coleta, transporte, destinação e disposição final:** são etapas que requerem muita atenção no processo de gerenciamento por apresentarem riscos quanto à alteração da qualidade dos resíduos gerados, podendo ser alterada a classe, caso os resíduos sejam misturados. É preciso estabelecer mecanismos de controle para permitir a rastreabilidade e monitoramento das quantidades geradas, podendo influenciar nos custos para tratamento e disposição final.

OBJETIVOS

O PGRSS tem como objetivo minimizar a geração de resíduos na fonte, adequar à segregação na origem, controlar e reduzir riscos ao meio ambiente e assegurar o correto manuseio e disposição final, em conformidade com a legislação vigente.

13.1.3. Caracterização De Resíduos

Os resíduos sólidos podem ser classificados de várias formas. Com relação aos

riscos potenciais ao meio ambiente e à saúde pública, a NBR 10004/2004 classifica os resíduos sólidos em:

- **Resíduos classe I**, denominados **perigosos**, são aqueles que, em função de suas propriedades físicas, químicas ou biológicas, podem apresentar riscos à saúde e ao meio ambiente. São caracterizados por possuírem uma ou mais das seguintes propriedades: inflamabilidade, corrosividade, reatividade, toxicidade e patogenicidade.

- **Resíduos classe II** denominados **não perigosos** são subdivididos em duas classes: classe II-A e classe II-B.

Os **resíduos classe II-A-não inertes** podem ter as seguintes propriedades: biodegradabilidade, combustibilidade ou solubilidade em água, enquanto que os **resíduos classe II-B-inertes** não apresentam nenhum de seus constituintes solubilizados a concentrações superiores aos padrões de potabilidade de água, com exceção dos aspectos cor, turbidez, dureza e sabor.

Quanto à **origem e natureza**, os resíduos sólidos são classificados em: domiciliar, comercial, varrição e feiras livres, serviços de saúde, portos, aeroportos e terminais rodoviários e ferroviários, industriais, agrícolas e resíduos de construção civil.

Entretanto, de acordo com a responsabilidade pelo gerenciamento dos resíduos, pode-se agrupá-los em dois grandes grupos. O primeiro grupo refere-se aos **resíduos sólidos urbanos**, compreendido pelos resíduos domésticos ou residenciais; resíduos comerciais; resíduos públicos.

O segundo grupo, dos **resíduos de fontes especiais**, abrange: resíduos industriais; resíduos da construção civil; rejeitos radioativos; resíduos de portos, aeroportos e terminais rodoviários; resíduos agrícolas; resíduos de serviços de saúde.

Além disso, os resíduos podem ser classificados ainda por sua **natureza física** (seco ou molhado) e por sua **composição química** (matéria orgânica e inorgânica).

13.1.4. Classificação dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS)

A caracterização e classificação dos resíduos de serviços de saúde (RSS) consistiram na formação de grupos e subgrupos de resíduos, conforme disposições das resoluções vigentes, em função das suas características e dos riscos potenciais à saúde pública e ao meio ambiente, tendo como objetivos principais:

- O conhecimento das atividades desenvolvidas no estabelecimento de saúde e os resíduos nele gerados;
- A identificação dos resíduos de serviços de saúde gerados em cada setor do estabelecimento de saúde;
- A possibilidade da segregação dos resíduos na origem visando aos processos e instalações disponíveis para tratamento e as vias possíveis de minimização, entre outros.

De acordo com a RDC/Anvisa nº 306/2004), os resíduos de serviço de saúde podem ser subdivididos em cinco diferentes grupos descritos na figura abaixo:

Infectante					Químico	Radioativo	Reciclável	Resíduos Comum	Perfuro cortante
									
A1	A2	A3	A4	A5	B	C	D	D	E

Figura 3 – Divisão dos tipos resíduos

INFECTANTES – GRUPO A

O grupo A é identificado, no mínimo, pelo símbolo de risco biológico, com rótulo de fundo branco, desenho e contornos pretos, acrescido da expressão RESÍDUO

INFECTANTE.

Identificação Resíduo Infectante

A1

- Culturas e estoques de microrganismos; resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os hemoderivados; descarte de vacinas de microrganismos vivos ou atenuados, meios de cultura e instrumentais para transferência, inoculação ou mistura de culturas; resíduos de laboratórios de manipulação genética.

- Resíduos resultantes de atividades de vacinação com microrganismos vivos ou atenuados, incluindo frascos de vacinas com expiração do prazo de validade, com conteúdo inutilizado, vazios ou com restos do produto, agulhas e seringas.

- Resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes com classe de risco, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido.

- Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemoderivados rejeitados por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta.

- Sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.

A2

- Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações, e os cadáveres de animais suspeitos de serem portadores de microrganismos de relevância epidemiológica e com risco de disseminação, que foram submetidos ou não a estudo anatomopatológico ou a confirmação diagnóstica.

- Resíduos contendo microrganismos com alto risco de transmissibilidade e alto potencial de letalidade.

A3

- Peças anatômicas (membros) do ser humano; produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal, e não tenha havido requisição pelo paciente ou por familiares.

A4

- Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores, quando descartados. Filtros de ar ou gases aspirados de área contaminada; membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa, entre outros similares. Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde não

contendo sangue ou líquidos corpóreos; resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anatomopatológicos, peças anatômicas e outros resíduos provenientes de animais não submetidos à inoculação de microrganismos; bolsas transfusionais vazias ou com volume residual.

- Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de

animais não submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações.

A5

- Órgãos, tecidos, fluidos orgânicos, materiais perfurocortantes ou escarificantes, e demais materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação com prions.

QUÍMICOS – GRUPO B

Resíduos químicos são aqueles que contêm substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade. Estes podem ser divididos em:

PERIGOSOS:

Apresentam características de toxicidade, reatividade, inflamabilidade e/ou corrosividade, já descritas anteriormente.

NÃO PERIGOSOS:

Resultantes das atividades laboratoriais de estabelecimentos de prestação de serviços de saúde que não apresentam características de toxicidade, reatividade, inflamabilidade e/ou corrosividade, enquadrando-se no grupo D.

A periculosidade é avaliada pelo risco que esses compostos representam à saúde

ou ao meio ambiente, levando em consideração as concentrações de uso. Como exemplos de resíduos perigosos, temos as soluções de brometo de etídio, diaminobenzidina (DAB), formol e fenol-clorofórmio, cianetos, solventes contendo flúor, cloro, bromo ou iodo, benzenos e derivados e soluções contendo metais, como chumbo, mercúrio, cádmio, etc.

De modo geral, nos rótulos dos produtos químicos existem símbolos impressos que dão ideia da periculosidade do produto. Em produtos fabricados antes de 1990, os símbolos podem não estar impressos. Informações sobre as características de cada produto podem ser encontradas nas Fichas de Informações de Segurança de Produtos Químicos (FISPQ), conforme NBR 14725 da ABNT e Decreto/PR 2657/98 e ou no site dos fabricantes. A FISPQ não se aplica aos produtos farmacêuticos e cosméticos.

RADIOATIVOS – GRUPO C

Rejeitos radioativos; resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de eliminação especificados nas normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista.

Enquadram-se neste grupo quaisquer materiais resultantes de laboratórios de pesquisa e ensino na área de saúde, laboratórios de análises clínicas e serviços de medicina nuclear e radioterapia que contenham radionuclídeos em quantidade superior aos limites de eliminação.

COMUM – GRUPO D

Resíduos Comuns são aqueles que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos

domiciliares.

- Papel de uso sanitário, absorventes higiênicos, peças descartáveis de vestuário, resto alimentar de paciente;
- Sobras de alimentos e do preparo de alimentos;
- Resto alimentar de refeitório;
- Resíduos provenientes das áreas administrativas;
- Resíduos de varrição, flores, podas e jardins;
- Resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde.

PERFUROCORTANTES – GRUPO E

Materiais perfurocortantes ou escarificantes, tais como: lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas; tubos capilares; ponteiras de micropipetas; lâminas e lamínulas; espátulas; e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de Petri) e outros similares.

MANUSEIO

No manuseio de resíduos de serviços de saúde, o funcionário deverá:

- Utilizar equipamentos de proteção individual (EPIs), como uniforme, luvas, avental impermeável, máscara, óculos e botas, para recolhimento destes resíduos;
- Realizar a higienização das mãos antes de calçar as luvas e depois de retirá-las e após o manuseio dos RSS;
- Estar capacitado para segregar adequadamente os RSS e reconhecer o sistema de identificação e a forma de acondicionamento;
- Remover os RSS acondicionados na unidade geradora para o expurgo (armazenamento intermediário) e deste para o depósito de resíduos,

respeitando frequência, horário e demais exigências deste serviço;

- Os sacos plásticos e os recipientes de perfurocortantes devem ser fechados e recolhidos quando seu preenchimento atingir 2/3 de sua capacidade ou quando necessário;
- Não apertar os sacos plásticos com intuito de diminuir o volume para facilitar seu fechamento, a fim de evitar acidentes de trabalho, e distribuição de particulados;
- Manipular e transportar os sacos plásticos distantes do corpo, a fim de evitar contaminação;
- Os sacos plásticos recolhidos das unidades geradoras devem ser acondicionados em containers específicos para armazenamento temporário, impedindo que os resíduos sejam dispostos diretamente no chão do expurgo;
- Remover cuidadosamente os resíduos de forma a não permitir o rompimento dos sacos plásticos e no caso de acidentes ou derramamentos realizar imediatamente a limpeza e desinfecção simultânea do local, notificando a chefia do local (ou da unidade);
- Remover as embalagens das unidades geradoras até o depósito de resíduos para armazenamento, sem esforço excessivo ou risco de acidente para o funcionário, e ou pessoas em seu entorno.

MANUSEIO DE RESÍDUOS INFECTANTES

Os resíduos infectantes deverão ser acondicionados em sacos brancos, com simbologia infectante e encaminhados para tratamento e destinação final, por empresa terceirizada, devidamente autorizada e licenciada a este fim;

- O tratamento dos resíduos perfurocortantes (devido à complexidade dessa classe), por conterem seringas e tubos com sangue, frascos de vacinas e tubos de coleta de exames com líquidos corpóreos na forma livre, podendo apresentar ou não, microrganismos de relevância epidemiológica;

- A empresa que realizará a coleta e processará o material para encaminhar ao destino final será contatada antes do início das atividades;
- No processo de utilização de seringas com agulhas, as mesmas não devem ser reencapadas, desconectadas e/ou desprezadas em locais não específicos a fim de evitar acidentes ocupacionais com os servidores;
- Os materiais perfurocortantes devem ser descartados separadamente, no local de sua geração, em recipientes rígidos resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, obedecendo ao limite de segurança para preenchimento, 2/3 de sua capacidade ou 05 (cinco) cm de distância da boca do recipiente, e identificado como lixo infectante, conforme norma ABNT;
- Após preenchido, os recipientes serão encaminhados para o abrigo externo, até o momento da coleta para tratamento e destinação final.

13.1.5. Incompatibilidade Química

A lista abaixo contém uma relação de produtos químicos que, devido às suas propriedades químicas, podem reagir violentamente entre si resultando numa explosão, ou podendo produzir gases altamente tóxicos ou inflamáveis.

Por este motivo quaisquer atividades que necessitem o transporte, o armazenamento, a utilização e o descarte deverá ser executado de tal maneira que as substâncias da coluna da esquerda, acidentalmente, não entrem em contato com as correspondentes substâncias químicas na coluna do lado direito por conta do grande número de substâncias perigosas, relacionamos aqui apenas as principais.

SUBSTÂNCIA	INCOMPATÍVEL COM:
Acetona	Ácido nítrico (concentrado); Ácido sulfúrico (concentrado); Peróxido de hidrogênio;
Acetonitrila	Oxidantes, ácidos

Ácido Acético	Ácido crômico; Ácido nítrico; Ácido perclórico; Peróxido de hidrogênio; Permanganatos
Ácido clorídrico	Metais mais comuns; Aminas; Óxidos metálicos; Anidrido acético; Acetato de vinila; Sulfato de mercúrio; Fosfato de cálcio; Formaldeído; Carbonatos; Bases fortes; Ácido sulfúrico; Ácido clorossulfônico;
Ácido clorossulfônico	Materiais orgânicos; Água; Metais na forma de pó.
Ácido crômico	Ácido acético; Naftaleno; Cânfora; Glicerina; Alcoóis; Papel;
Ácido fluorídrico (anidro)	Amônia (anidra ou aquosa);
Ácido nítrico (concentrado)	Ácido acético; Acetona; Alcoóis; Anilina; Ácido crômico;
Ácido oxálico	Prata e seus sais; Mercúrio e seus sais; Peróxidos orgânicos;
Ácido perclórico	Anidrido acético; Alcoóis; Papel; Madeira;
Ácido sulfúrico	Cloratos; Percloratos; Permanganatos; Peróxidos orgânicos;
Metais alcalinos e alcalino-terrosos (sódio, potássio, lítio, magnésio, cálcio)	Dióxido de carbono; Tetracloreto de carbono e outros hidrocarbonetos clorados; quaisquer ácidos livres; quaisquer halogênios; Aldeídos; Cetonas; NÃO USAR ÁGUA, ESPUMA, NEM EXTINTORES DE PÓ QUÍMICO EM INCÊNDIO QUE ENVOLVAM ESTES METAIS. USAR AREIA SECA.
Álcool amílico, etílico e metílico	Ácido clorídrico; Ácido fluorídrico; Ácido fosfórico;
Carvão ativo	Hipoclorito de cálcio; Todos os agentes oxidantes;
Cianetos	Ácidos;
Cloratos	Sais de amônio; Ácidos; Metais na forma de pó; Enxofre; Materiais orgânicos combustíveis finamente divididos;
Cloreto de mercúrio	Ácidos fortes; Amoníaco; Carbonatos; Sais metálicos; Álcalis fosfatados; Sulfitos; Sulfatos; Bromo; Antimônio;
Cloro	Amoníaco; Acetileno; Butadieno; Butano; Propano; Metano; outros gases derivados do petróleo; Hidrogênio; Carbonato de sódio; Benzeno; metais na forma de pó;

Clorofórmio	Bases fortes; Metais alcalinos; Alumínio; Magnésio; agentes oxidantes fortes;
Cobre metálico	Acetileno; Peróxido de hidrogênio; Azidas;
Éter etílico	Ácido clorídrico; Ácido fluorídrico; Ácido sulfúrico; Ácido fosfórico;
Fenol	Hidróxido de sódio; Hidróxido de potássio; Compostos halogenados; Aldeídos;
Ferrocianeto de potássio	Ácidos fortes;
Flúor	Isolar de tudo;
Formaldeído	Ácidos inorgânicos;
Hidrazina	Peróxido de hidrogênio; Ácido nítrico; qualquer outro oxidante;
Hipocloritos	Ácidos; Carvão ativado;
Hipoclorito de sódio	Fenol; Glicerina; Nitrometano; Óxido de ferro; Amoníaco; carvão ativado;
Iodo	Acetileno; Hidrogênio;
Líquidos Inflamáveis	Nitrato de amônio; Ácido crômico; Peróxido de hidrogênio; Ácido nítrico; Peróxido de sódio; Halogênios;
Mercúrio	Acetileno; Ácido fulmínico (produzido em misturas etanol--ácido nítrico); Amônia; Ácido oxálico;
Óxido de etileno	Ácidos; Bases; Cobre; Perclorato de magnésio;
Pentóxido de fósforo	Alcoóis; Bases fortes; Água;
Percloratos	Ácidos;
Peróxido de benzoíla	Clorofórmio; materiais orgânicos;
Peróxido de hidrogênio	Cobre; Crômio; Ferro; maioria dos metais e seus sais; materiais com bustíveis; materiais orgânicos; qualquer líquido inflamável; Anilina; Nitrometano; Alcoóis; Acetona;

Peróxido de sódio	Qualquer substância oxidável, como Etanol, Metanol, Ácido acético glacial, Anidrido acético, Benzaldeído, dissulfito de carbono, glicerina, Etileno glicol, Acetato de etila, Acetato de metila, Furfural, álcool etílico, Álcool metílico;
Potássio	Tetracloroeto de carbono; Dióxido de carbono; Água;
Prata e seus sais	Acetileno; Ácido oxálico; Ácido tartárico; Ácido fulmínico; Compostos de amônio;
Sódio	Tetracloroeto de carbono; Dióxido de carbono; Água; ver também em metais alcalinos;
Sulfetos	Ácidos;
Sulfeto de hidrogênio	Ácido nítrico fumegante; Gases oxidantes;
Zinco	Enxofre;

MANUSEIO DE RESÍDUOS COMUNS

- Descartarão os resíduos comuns nos recipientes especificados por cor e identificação, respeitando o grupo de resíduos, como papel, plástico, vidro e metal, e de assistência ao cliente, a fim de facilitar o a destinação para reciclagem através de cooperativa de catadores;
- Descartarão os resíduos comuns não recicláveis e de assistência ao cliente, salas administrativas, e laboratórios, desde que não estejam contaminados por produtos químicos, radioativos ou materiais infectantes, nos recipientes com sacos plásticos de cor preta, não sendo necessário tratamento prévio para disposição final no aterro municipal;
- Vidro quebrado e material perfurocortante não contaminados devem ser descartados em caixas de papelão, devidamente lacrada e identificada.

13.1.6. Resolução conama nº 358, de 29 de abril de 2005.

RESOLUÇÃO CONAMA nº 358, de 29 de abril de 2005 Publicadano DOU nº 84, de 4 de maio de 2005, Seção 1, páginas 63-65.

Correlações:

·Revoga as disposições da Resolução nº 5/93, que tratam dos resíduos sólidos oriundos dos serviços de saúde, para os serviços abrangidos no art. 1º desta Resolução.

·Revoga a Resolução nº 283/01

Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências.

O CONSELHO NACIONAL DO MEIO AMBIENTE-CONAMA, no uso das competências que lhe são conferidas pela Lei no 6.938, de 31 de agosto de 1981, regulamentada pelo Decreto nº 99.274, de 6 de julho de 1990, e tendo em vista o disposto em seu Regimento Interno, anexo à Portaria nº 499, de 18 de dezembro de 2002152, e o que consta do Processo nº 02000.001672/2000-76, volumes I e II, resolve:

Considerando os princípios da prevenção, da precaução, do poluidor pagador, da correção na fonte e de integração entre os vários órgãos envolvidos para fins do licenciamento e da fiscalização;

Considerando a necessidade de aprimoramento, atualização e complementação dos procedimentos contidos na Resolução CONAMA nº 283153, de 12 de julho de 2001, relativos ao tratamento e disposição final dos resíduos dos serviços de saúde, com vistas a preservar a saúde pública e a qualidade do meio ambiente;

Considerando a necessidade de minimizar riscos ocupacionais nos ambientes de trabalho e proteger a saúde do trabalhador e da população em geral;

Considerando a necessidade de estimular a minimização da geração de resíduos, promovendo a substituição de materiais e de processos por alternativas de menor risco, a redução na fonte e a reciclagem, dentre outras alternativas;

Considerando que a segregação dos resíduos, no momento e local de sua geração, permite reduzir o volume de resíduos que necessitam de manejo diferenciado;

Considerando que soluções consorciadas, para fins de tratamento e disposição final de resíduos de serviços de saúde, são especialmente indicadas para pequenos geradores e municípios de pequeno porte;

Considerando que as ações preventivas são menos onerosas do que as ações corretivas e minimizam com mais eficácia os danos causados à saúde pública e ao meio ambiente;

Considerando a necessidade de ação integrada entre os órgãos federais, estaduais e municipais de meio ambiente, de saúde e de limpeza urbana com o objetivo de regulamentar o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, resolve:

Art. 1º Esta Resolução aplica-se a todos os serviços relacionados com o atendimento à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar e de trabalhos de campo; laboratórios analíticos de produtos para saúde; necrotérios, funerárias e serviços onde se realizem atividades de embalsamamento (tanatopraxia e somatoconservação); serviços de medicina legal; drogarias e farmácias inclusive as de manipulação; estabelecimentos de ensino e pesquisa na área de saúde; centros de controle de zoonoses; distribuidores de produtos farmacêuticos; importadores, distribuidores e produtores de materiais e controles para diagnóstico in vitro; unidades móveis de atendimento à saúde; serviços de acupuntura; serviços de tatuagem, entre outros similares.

Parágrafo único. Esta Resolução não se aplica a fontes radioativas seladas, que devem seguir as determinações da Comissão Nacional de Energia Nuclear- CNEN, e às indústrias de produtos para a saúde, que devem observar as condições específicas do seu licenciamento ambiental.

Portaria revogada pela Portaria MMA nº 168, de 10 de junho de 2005. 153

Resolução revogada pela Resolução nº 358/05

Art. 2º Para os efeitos desta Resolução considera-se:

- Agente de classe de risco 4 (elevado risco individual e elevado risco para a comunidade): patógeno que representa grande ameaça para o ser humano e para os animais, representando grande risco a quem o manipula e tendo grande poder de transmissibilidade de um indivíduo a outro, não existindo medidas preventivas e de tratamento para esses agentes;
- Estabelecimento: denominação dada a qualquer edificação destinada à realização de atividades de prevenção, produção, promoção, recuperação e pesquisa na área da saúde ou que estejam a ela relacionadas;
- estação de transferência de resíduos de serviços de saúde: é uma unidade com instalações exclusivas, com licença ambiental expedida pelo órgão competente, para executar transferência de resíduos gerados nos serviços de saúde, garantindo as características originais de acondicionamento, sem abrir ou transferir conteúdo de uma embalagem para a outra;
- líquidos corpóreos: são representados pelos líquidos cefalorraquidiano, pericárdico, pleural, articular, ascítico e amniótico;
- materiais de assistência à saúde: materiais relacionados diretamente com o processo de assistência aos pacientes;
- prion: estrutura protéica alterada relacionada como agente etiológico das diversas formas de encefalite espongiforme;
- redução de carga microbiana: aplicação de processo que visa a inativação microbiana das cargas biológicas contidas nos resíduos;
- nível III de inativação microbiana: inativação de bactérias vegetativas, fungos, vírus lipofílicos e hidrofílicos, parasitas e microbactérias com redução igual ou maior que 6Log10, e inativação de esporos do bacilo *Stearothermophilus* ou de esporos do bacilo *Subtilis* com redução igual ou maior que 4Log10;
- sobras de amostras: restos de sangue, fezes, urina, suor, lágrima, leite, colostro, líquido espermático, saliva, secreções nasal, vaginal ou peniana, pelo e unha que permanecem nos tubos de coleta após a retirada do material necessário para a

realização de investigação;

- resíduos de serviços de saúde: são todos aqueles resultantes de atividades exercidas nos serviços definidos no art. 1º desta Resolução que, por suas características, necessitam de processos diferenciados em seu manejo, exigindo ou não tratamento prévio à sua disposição final;

- Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS: documento integrante do processo de licenciamento ambiental, baseado nos princípios da não geração de resíduos e na minimização da geração de resíduos, que aponta e descreve as ações relativas ao seu manejo, no âmbito dos serviços mencionados no art. 1º desta Resolução, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, reciclagem, tratamento e disposição final, bem como a proteção à saúde pública e ao meio ambiente;

- sistema de tratamento de resíduos de serviços de saúde: conjunto de unidades, processos e procedimentos que alteram as características físicas, físico-químicas, químicas ou biológicas dos resíduos, podendo promover a sua descaracterização, visando a minimização do risco à saúde pública, a preservação da qualidade do meio ambiente, a segurança e a saúde do trabalhador;

- disposição final de resíduos de serviços de saúde: é a prática de dispor os resíduos sólidos no solo previamente preparado para recebê-los, de acordo com critérios técnico-construtivos e operacionais adequados, em consonância com as exigências dos órgãos ambientais competentes; e

- redução na fonte: atividade que reduza ou evite a geração de resíduos na origem, no processo, ou que altere propriedades que lhe atribuam riscos, incluindo modificações no processo ou equipamentos, alteração de insumos, mudança de tecnologia ou procedimento, substituição de materiais, mudanças na prática de gerenciamento, administração interna do suprimento e aumento na eficiência dos equipamentos e dos processos.

Art. 3º Cabe aos geradores de resíduos de serviço de saúde e ao responsável

legal, referidos no art. 1º desta Resolução, o gerenciamento dos resíduos desde a geração até a disposição final, de forma a atender aos requisitos ambientais e de saúde pública e saúde ocupacional, sem prejuízo de responsabilização solidária de todos aqueles, pessoas físicas e jurídicas que, direta ou indiretamente, causem ou possam causar degradação ambiental, em especial os transportadores e operadores das instalações de tratamento e disposição final, nos termos da Lei nº 6.938, de 31 de agosto de 1981.

Art. 4º Os geradores de resíduos de serviços de saúde constantes do art. 1º desta Resolução 154, em operação ou a serem implantados, devem elaborar e implantar o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde-PGRSS, de acordo com a legislação vigente, especialmente as normas da vigilância sanitária.

§ 1º Cabe aos órgãos ambientais competentes dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, a fixação de critérios para determinar quais serviços serão objetos de licenciamento ambiental, do qual deverá constar o PGRSS.

§ 2º O órgão ambiental competente, no âmbito do licenciamento, poderá, sempre que necessário, solicitar informações adicionais ao PGRSS.

§ 3º O órgão ambiental, no âmbito do licenciamento, fixará prazos para regularização dos serviços em funcionamento, devendo ser apresentado o PGRSS devidamente implantado.

Art. 5º O PGRSS deverá ser elaborado por profissional de nível superior, habilitado pelo seu conselho de classe, com apresentação de Anotação de Responsabilidade Técnica - ART, Certificado de Responsabilidade Técnica ou documento similar, quando couber.

Art. 6º Os geradores dos resíduos de serviços de saúde deverão apresentar aos órgãos competentes, até o dia 31 de março de cada ano, declaração, referente ao ano civil anterior, subscrita pelo administrador principal da empresa e pelo responsável técnico devidamente habilitado, acompanhada da respectiva ART, relatando o

cumprimento das exigências previstas nesta Resolução.

Parágrafo único. Os órgãos competentes poderão estabelecer critérios e formas para apresentação da declaração mencionada no caput deste artigo, inclusive, dispensando-a se for o caso para empreendimentos de menor potencial poluidor.

Art. 7º Os resíduos de serviços de saúde devem ser acondicionados atendendo às exigências legais referentes ao meio ambiente, à saúde e à limpeza urbana, e às normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT, ou, na sua ausência, às normas e critérios internacionalmente aceitos.

Art. 8º Os veículos utilizados para coleta e transporte externo dos resíduos de serviços de saúde devem atender às exigências legais e às normas da ABNT.

Art. 9º As estações para transferência de resíduos de serviços de saúde devem estar licenciadas pelo órgão ambiental competente.

Parágrafo único. As características originais de acondicionamento devem ser mantidas, não se permitindo abertura, rompimento ou transferência do conteúdo de uma embalagem para outra.

Art. 10. Os sistemas de tratamento e disposição final de resíduos de serviços de saúde devem estar licenciados pelo órgão ambiental competente para fins de funcionamento e submetidos a monitoramento de acordo com parâmetros e periodicidade definidos no licenciamento ambiental.

Parágrafo único. São permitidas soluções consorciadas para os fins previstos neste artigo.

Art. 11. Os efluentes líquidos provenientes dos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde, para serem lançados na rede pública de esgoto ou em corpo receptor, devem atender às diretrizes estabelecidas pelos órgãos ambientais, gestores de recursos hídricos e de saneamento competentes.

Art. 12. Para os efeitos desta Resolução e em função de suas características, os resíduos de serviço de saúde são classificados de acordo com o anexo I desta Resolução.

Art. 13. Os resíduos não caracterizados no anexo I desta Resolução devem estar contemplados no PGRSS, e seu gerenciamento deve seguir as orientações específicas de acordo com a legislação vigente ou conforme a orientação do órgão ambiental competente.

Art. 14. É obrigatória a segregação dos resíduos na fonte e no momento da geração, de acordo com suas características, para fins de redução do volume dos resíduos a serem tratados e dispostos, garantindo a proteção da saúde e do meio ambiente.

Art. 15. Os resíduos do Grupo A1, constantes do anexo I desta Resolução, devem ser submetidos a processos de tratamento em equipamento que promova redução de carga microbiana compatível com nível III de inativação microbiana e devem ser encaminhados para aterro sanitário licenciado ou local devidamente licenciado para disposição final de resíduos dos serviços de saúde.

Art. 16. Os resíduos do Grupo A2, constantes do anexo I desta Resolução, devem ser submetidos a processo de tratamento com redução de carga microbiana compatível com nível III de inativação e devem ser encaminhados para:

- aterro sanitário licenciado ou local devidamente licenciado para disposição final de resíduos dos serviços de saúde, ou sepultamento em cemitério de animais.

Parágrafo único. Deve ser observado o porte do animal para definição do processo de tratamento. Quando houver necessidade de fracionamento, este deve ser autorizado previamente pelo órgão de saúde competente.

Art. 17. Os resíduos do Grupo A3, constantes do anexo I desta Resolução, quando não houver requisição pelo paciente ou familiares e/ou não tenham mais valor

científico ou legal, devem ser encaminhados para:

- sepultamento em cemitério, desde que haja autorização do órgão competente do Município, do Estado ou do Distrito Federal; ou
- tratamento térmico por incineração ou cremação, em equipamento devidamente licenciado para esse fim.

Parágrafo único. Na impossibilidade de atendimento dos incisos I e II, o órgão ambiental competente nos Estados, Municípios e Distrito Federal pode aprovar outros processos alternativos de destinação.

Art. 18. Os resíduos do Grupo A4, constantes do anexo I desta Resolução, podem ser encaminhados sem tratamento prévio para local devidamente licenciado para a disposição final de resíduos dos serviços de saúde.

Parágrafo único. Fica a critério dos órgãos ambientais estaduais e municipais a exigência do tratamento prévio, considerando os critérios, especificidades e condições ambientais locais.

Art. 19. Os resíduos do Grupo A5, constantes do anexo I desta Resolução, devem ser submetidos a tratamento específico orientado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA

Art. 20. Os resíduos do Grupo A não podem ser reciclados, reutilizados ou reaproveitados, inclusive para alimentação animal.

Art. 21. Os resíduos pertencentes ao Grupo B, constantes do anexo I desta Resolução, com características de periculosidade, quando não forem submetidos a processo de reutilização, recuperação ou reciclagem, devem ser submetidos a tratamento e disposição final específicos.

§ 1º As características dos resíduos pertencentes a este grupo são as contidas na Ficha de Informações de Segurança de Produtos Químicos-FISPQ.

§ 2º Os resíduos no estado sólido, quando não tratados, devem ser dispostos em aterro de resíduos perigosos - Classe I.

§ 3º Os resíduos no estado líquido não devem ser encaminhados para disposição

final em aterros.

Art. 22. Os resíduos pertencentes ao Grupo B, constantes do anexo I desta Resolução, sem características de periculosidade, não necessitam de tratamento prévio.

§ 1º Os resíduos referidos no caput deste artigo, quando no estado sólido, podem ter disposição final em aterro licenciado.

§ 2º Os resíduos referidos no caput deste artigo, quando no estado líquido, podem ser lançados em corpo receptor ou na rede pública de esgoto, desde que atendam respectivamente as diretrizes estabelecidas pelos órgãos ambientais, gestores de recursos hídricos e de saneamento competentes.

Art. 23. Quaisquer materiais resultantes de atividades exercidas pelos serviços referidos no art. 1º desta Resolução que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados na norma CNEN-NE-6.02 - Licenciamento de Instalações Radiativas, e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista, são considerados rejeitos radioativos (Grupo C) e devem obedecer às exigências definidas pela CNEN.

§ 1º Os rejeitos radioativos não podem ser considerados resíduos até que seja decorrido o tempo de decaimento necessário ao atingimento do limite de eliminação.

§ 2º Os rejeitos radioativos, quando atingido o limite de eliminação, passam a ser considerados resíduos das categorias biológica, química ou de resíduo comum, devendo seguir as determinações do grupo ao qual pertencem.

Art. 24. Os resíduos pertencentes ao Grupo D, constantes do anexo I desta Resolução, quando não forem passíveis de processo de reutilização, recuperação ou reciclagem, devem ser encaminhados para aterro sanitário de resíduos sólidos urbanos, devidamente licenciado pelo órgão ambiental competente.

Parágrafo único. Os resíduos do Grupo D, quando for passível de processo de reutilização, recuperação ou reciclagem devem atender as normas legais de higienização e descontaminação e a Resolução CONAMA nº 275, de 25 de abril de

2001.

Art. 25. Os resíduos pertencentes ao Grupo E, constantes do anexo I desta Resolução, devem ter tratamento específico de acordo com a contaminação química, biológica ou radiológica.

§ 1º Os resíduos do Grupo E devem ser apresentados para coleta acondicionados em coletores estanques, rígidos e hígidos, resistentes à ruptura, à punctura, ao corte ou à escarificação.

§ 2º Os resíduos a que se refere o caput deste artigo, com contaminação radiológica, devem seguir as orientações contidas no art. 23, desta Resolução.

§ 3º Os resíduos que contenham medicamentos citostáticos ou antineoplásicos, devem ser tratados conforme o art. 21, desta Resolução.

§ 4º Os resíduos com contaminação biológica devem ser tratados conforme os

arts. 15 e 18 desta Resolução.

Art. 26. Aos órgãos ambientais competentes, integrantes do Sistema Nacional de Meio Ambiente-SISNAMA, incumbe a aplicação desta Resolução, cabendo-lhes a fiscalização, bem como a imposição das penalidades administrativas previstas na legislação pertinente.

Art. 27. Para os municípios ou associações de municípios com população urbana até 30.000 habitantes, conforme dados do último censo disponível do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, e que não disponham de aterro sanitário licenciado, admite-se de forma excepcional e tecnicamente motivada, por meio de Termo de Ajustamento de Conduta, com cronograma definido das etapas de implantação e com prazo máximo de três anos, a disposição final em solo obedecendo aos critérios mínimos estabelecidos no anexo II, desta Resolução, com a devida aprovação do órgão ambiental competente.

Art. 28. Os geradores dos resíduos dos serviços de saúde e os órgãos municipais de limpeza urbana poderão, a critério do órgão ambiental competente, receber prazo de até dois anos, contados a partir da vigência desta Resolução, para se adequarem às exigências nela prevista.

§ 1º O empreendedor apresentará ao órgão ambiental competente, entre outros documentos, o cronograma das medidas necessárias ao cumprimento do disposto nesta Resolução.

§ 2º O prazo previsto no caput deste artigo poderá, excepcional e tecnicamente motivado, ser prorrogado por até um ano, por meio de Termo de Ajustamento de Conduta, ao qual se dará publicidade, enviando-se cópia ao Ministério Público.

Art. 29. O não cumprimento do disposto nesta Resolução sujeitará os infratores às penalidades e sanções previstas na legislação pertinente, em especial na Lei no 9.605, de 12 de fevereiro de 1998, e no seu Decreto regulamentador.

Art. 30. As exigências e deveres previstos nesta resolução caracterizam obrigação de relevante interesse ambiental.

Art. 31. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 32. Revogam-se a Resolução CONAMA nº 283, de 12 de julho de 2001, e as disposições da Resolução nº 5, de 5 de agosto de 1993, que tratam dos resíduos sólidos oriundos dos serviços de saúde, para os serviços abrangidos no art. 1º desta Resolução.

MARINA SILVA - Presidente do Conselho

13.1.7. Fluxo interno de coleta de resíduos

O fluxo interno de coleta de resíduos será determinado a partir da verificação da demanda das atividades desenvolvidas na Unidade de Saúde, entretanto segue quadro modelo ilustrativo.

Horário	Setor	Descrição
Manhã 8h / 13h/ 15:30 /18h Noite 20 H/ 5h	Emergência/Sala de Choque Sala Administração Recepção Rh	Colaboradores retiram os lixos (comum e infectante) nos setores e seguem pelo corredor até o setor externo e depositam cada um na sua respectiva sala de resíduos.
Manhã 8h/13h 15:30h/ 18h Noite 20h/ 5h	Repouso Isolamento Posto Enfermagem	Colaboradores retiram os lixos (comum e infectante) nos desetores e seguem pelo corredor até o setor externo e depositam cada um na sua respectiva sala de resíduos.
Manhã 8h/13h 15:30h/18h Noite 20h/ 5h	Consultórios Sala Medicação Banheiros *Sqñ	Colaboradores retiram os lixos (comum e infectante) nos setores e seguem pelo corredor até o setor externo e depositam cada um na sua respectiva sala de resíduos.

*Sqñ: Sempre que necessário

Carro De Transporte De Lixo	Horários
Manhã	11h - 16h - 18:30 h
Noite	21h- 06h

A Coleta do lixo será realizada por empresa contratada pela Prefeitura Municipal de Poá, seguindo as Normas e legislações vigentes a respeito do assunto.

ANEXO III – RDC Nº 222 DE 28 DE MARÇO DE 2018

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



Ministério da Saúde

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018

Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o art. 15, III e IV aliado ao art. 7º, III, e IV, da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, e ao art. 53, V, §§ 1º e 3º do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 61, de 3 de fevereiro de 2016, resolve adotar a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada, conforme

deliberado em reunião realizada em 20 de março de 2018, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Seção I Objetivo

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde.

Seção II Abrangência

Art. 2º Esta Resolução se aplica aos geradores de resíduos de serviços de saúde– RSS cujas atividades envolvam qualquer etapa do gerenciamento dos RSS, sejam eles públicos e privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

§ 1º Para efeito desta resolução, definem-se como geradores de RSS todos os serviços cujas atividades estejam relacionadas com a atenção à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar; laboratórios analíticos de produtos para saúde; necrotérios, funerárias e serviços onde se realizem atividades de embalsamamento (tanatopraxia e somatoconservação); serviços de medicina legal; drogarias e farmácias, inclusive as de manipulação; estabelecimentos de ensino e pesquisa na área de saúde; centros de controle de zoonoses; distribuidores de produtos farmacêuticos, importadores, distribuidores de materiais e controles para diagnóstico in vitro; unidades móveis de atendimento à saúde; serviços de acupuntura; serviços de piercing e tatuagem, salões de beleza e estética, dentre outros afins.

§ 2º Esta Resolução não se aplica a fontes radioativas seladas, que devem seguir as determinações da Comissão Nacional de Energia Nuclear – CNEN, e às indústrias de produtos sob vigilância sanitária, que devem observar as condições específicas do seu licenciamento ambiental.

Seção III Definições

Art. 3º Para efeito desta Resolução são adotadas as seguintes definições:

I. abrigo externo: ambiente no qual ocorre o armazenamento externo dos coletores de resíduos;

II. abrigo temporário: ambiente no qual ocorre o armazenamento temporário dos coletores de resíduos;

III. acondicionamento: ato de embalar os resíduos segregados em sacos ou recipientes que evitem vazamentos, e quando couber, sejam resistentes às ações de punctura, ruptura e tombamento, e que sejam adequados física e quimicamente ao conteúdo acondicionado;

IV. agentes biológicos: microrganismos capazes ou não de originar algum tipo de infecção, alergia ou toxicidade no corpo humano, tais como: bactérias, fungos, vírus, clamídias, riquetsias, micoplasmas, parasitas e outros agentes, linhagens celulares, príons e toxinas;

V. armazenamento externo: guarda dos coletores de resíduos em ambiente exclusivo, com acesso facilitado para a coleta externa;

VI. armazenamento interno: guarda do resíduo contendo produto químico ou rejeito radioativo na área de trabalho, em condições definidas pela legislação e normas aplicáveis a essa atividade;

VII. armazenamento temporário: guarda temporária dos coletores de resíduos de serviços de saúde, em ambiente próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta no interior das instalações e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa;

VIII. aterro de resíduos perigosos – Classe I: local de disposição final de resíduos perigosos no solo, sem causar danos ou riscos à saúde pública, minimizando os impactos ambientais e utilizando procedimentos específicos de engenharia para o confinamento destes;

IX. carcaça de animal: produto de retalhação de animal;

X. cadáver de animal: corpo animal após a morte;

XI. classe de risco 1 (baixo risco individual e para a comunidade): agentes biológicos conhecidos por não causarem doenças no homem ou nos animais adultos saudáveis;

XII. classe de risco 2 (moderado risco individual e limitado risco para a comunidade): inclui os agentes biológicos que provocam infecções no homem ou nos animais, cujo potencial de propagação na comunidade e de disseminação no meio ambiente é limitado, e para os quais existem medidas terapêuticas e profiláticas eficazes;

XIII. classe de risco 3 (alto risco individual e moderado risco para a comunidade): inclui os agentes biológicos que possuem capacidade de transmissão por via respiratória e que causam patologias humanas ou animais, potencialmente letais, para as quais existem usualmente medidas de tratamento ou de prevenção. Representam risco se disseminados na comunidade e no meio ambiente, podendo se propagar de pessoa a pessoa;

XIV. classe de risco 4 (elevado risco individual e elevado risco para a comunidade): classificação do Ministério da Saúde que inclui agentes biológicos que representam grande ameaça para o ser humano e para os animais, implicando grande risco a quem os manipula, com grande poder de transmissibilidade de um indivíduo a

outro, não existindo medidas preventivas e de tratamento para esses agentes;

XV. coleta e transporte externos: remoção dos resíduos de serviços de saúde do abrigo externo até a unidade de tratamento ou outra destinação, ou disposição final ambientalmente adequada, utilizando-se de técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento;

XVI. coletor: recipiente utilizado para acondicionar os sacos com resíduos;

XVII. coletor com rodas ou carro de coleta: recipiente com rodas utilizado para acondicionar e transportar internamente os sacos com resíduos;

XVIII. compostagem: processo biológico que acelera a decomposição do material orgânico, tendo como produto final o composto orgânico;

XIX. decaimento radioativo: desintegração natural de um núcleo atômico por meio da emissão de energia em forma de radiação;

XX. destinação final ambientalmente adequada: destinação de resíduos que inclui a reutilização, a reciclagem, a compostagem, a recuperação e o aproveitamento energético ou outras destinações admitidas pelos órgãos competentes do Sistema Nacional do Meio Ambiente (Sisnama), do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e do Sistema Unificado de Atenção à Sanidade Agropecuária (Suasa), entre elas a disposição final ambientalmente adequada, observando normas operacionais específicas de modo a evitar danos ou riscos à saúde pública e à segurança e a minimizar os impactos ambientais adversos;

XXI. disposição final ambientalmente adequada: distribuição ordenada de rejeitos em aterros, observando normas operacionais específicas de modo a evitar danos ou riscos à saúde pública e à segurança e a minimizar os impactos ambientais adversos;

XXII. equipamento de proteção individual (EPI): dispositivo ou produto de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho;

XXIII. equipamento de proteção coletiva (EPC): dispositivos ou produtos de uso coletivo utilizados pelo trabalhador, destinados à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho e de terceiros;

XXIV. ficha de informações de segurança de produtos químicos (FISPQ): ficha que contém informações essenciais detalhadas dos produtos químicos, especialmente sua identificação, seu fornecedor, sua classificação, sua periculosidade, as medidas de precaução e os procedimentos em caso de emergência;

XXV. fonte radioativa selada: fonte radioativa encerrada hermeticamente em uma cápsula, ou ligada totalmente a material inativo envolvente, de forma que não possa haver dispersão de substância radioativa em condições normais e severas de uso;

XXVI. forma livre: saturação de um líquido em um resíduo que o absorva ou o contenha, de forma que possa produzir gotejamento, vazamento ou derramamento espontaneamente ou sob compressão mínima;

XXVII. gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde: conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas, técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a geração de resíduos e proporcionar um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores e a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente;

XXVIII. hemoderivados: produtos oriundos do sangue total ou do plasma,

obtidos por meio de processamento físico-químico ou biotecnológico;

XXIX. identificação dos resíduos de serviços de saúde: conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos riscos presentes nos resíduos acondicionados, de forma clara e legível em tamanho proporcional aos sacos, coletores e seus ambientes de armazenamento, conforme disposto no Anexo II desta Resolução;

XXX. instalação radiativa: unidade ou serviço no qual se produzam, processam, manuseiam, utilizam, transportam ou armazenam fontes de radiação, excetuando-se as Instalações Nucleares definidas em norma da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN);

XXXI. licença ambiental: ato administrativo pelo qual o órgão ambiental competente estabelece as condições, restrições e medidas de controle ambiental que devem ser obedecidas para localizar, instalar, ampliar e operar empreendimentos ou atividades utilizadores dos recursos ambientais considerados efetiva ou potencialmente poluidoras ou aquelas que, sob qualquer forma, possam causar degradação ambiental;

XXXII. licença sanitária: documento emitido pelo órgão sanitário competente dos Estados, Distrito Federal ou dos Municípios, contendo permissão para o funcionamento dos estabelecimentos que exerçam atividades sob regime de vigilância sanitária;

XXXIII. líquidos corpóreos: líquidos originados no corpo humano, limitados para fins desta resolução, em líquidos cefalorraquidiano, pericárdico, pleural, articular, ascítico e amniótico;

XXXIV. logística reversa: instrumento de desenvolvimento econômico e social caracterizado por um conjunto de ações, procedimentos e meios destinados a viabilizar a coleta e a restituição dos resíduos sólidos ao setor empresarial, para reaproveitamento, em seu ciclo ou em outros ciclos produtivos, ou outra destinação final ambientalmente adequada;

XXXV. Manejo dos resíduos de serviços de saúde: atividade de manuseio dos resíduos de serviços de saúde, cujas etapas são a segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenamento temporário, armazenamento externo, coleta interna, transporte externo, destinação e disposição final ambientalmente adequada dos resíduos de serviços de saúde;

XXXVI. metal pesado: qualquer substância ou composto contendo antimônio, cádmio, cromo (IV), chumbo, estanho, mercúrio, níquel, prata, selênio, telúrio e tálio;

XXXVII. nível de dispensa: valor estabelecido por norma da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN), tal que fontes de radiação com concentração de atividade ou atividade total igual ou inferior a esse valor podem ser dispensadas de controle regulatório e ser liberado pelas vias convencionais, sob os aspectos de proteção radiológica;

XXXVIII. nível III de inativação microbiana: processo físico ou outros processos para a redução ou eliminação da carga microbiana, tendo como resultado a inativação de bactérias vegetativas, fungos, vírus lipofílicos e hidrofílicos, parasitas e micobactérias com redução igual ou maior que 6Log10, e inativação de esporos do *B. stearothermophilus* ou de esporos do *B. subtilis* com redução igual ou maior que 4Log10;

XXXIX. patogenicidade: é a capacidade que tem o agente infeccioso de, uma vez instalado no organismo do homem e dos animais, produzir sintomas em maior ou menor proporção dentre os hospedeiros infectados;

XL. periculosidade: qualidade ou estado de ser perigoso;

XLI. plano de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde (PGRSS): documento que aponta e descreve todas as ações relativas ao gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, observadas suas características e riscos, contemplando

os aspectos referentes à geração, identificação, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, destinação e disposição final ambientalmente adequada, bem como as ações de proteção à saúde pública, do trabalhador e do meio ambiente;

XLII. plano de proteção radiológica (PPR): documento exigido para fins de licenciamento de instalações radiativas, pela Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN);

XLIII. príon: estrutura proteica alterada relacionada como agente etiológico das diversas formas de encefalite espongiforme;

XLIV. produto para diagnóstico de uso in vitro: reagentes, padrões, calibradores, controles, materiais, artigos e instrumentos, junto com as instruções para seu uso, que contribuem para realizar uma determinação qualitativa, quantitativa ou semiquantitativa de uma amostra biológica e que não estejam destinados a cumprir função anatômica, física ou terapêutica alguma, que não sejam ingeridos, injetados ou inoculados em seres humanos e que são utilizados unicamente para provar informação sobre amostras obtidas do organismo humano;

XLV. quimioterápicos antineoplásicos: produtos químicos que atuam ao nível celular com potencial de produzirem genotoxicidade, citotoxicidade, mutagenicidade, carcinogenicidade e teratogenicidade;

XLVI. reciclagem: processo de transformação dos resíduos sólidos que envolve a alteração de suas propriedades físicas, físico-químicas ou biológicas, com vistas à transformação em insumos ou novos produtos;

XLVII. recipiente vazio de medicamento: embalagem primária de medicamentos usada em sua preparação ou administração, que tenha sido esvaziado em decorrência da total utilização ou transferência de seu conteúdo deste para outro recipiente;

XLVIII. redução de carga microbiana: aplicação de processo que visa à inativação microbiana das cargas biológicas contidas nos resíduos;

XLIX. rejeitos: resíduos sólidos que, depois de esgotadas todas as possibilidades de tratamento e recuperação por processos tecnológicos disponíveis e economicamente viáveis, não apresente outra possibilidade que não a disposição final ambientalmente adequada;

L. rejeito radioativo: material que contenha radionuclídeo em quantidade superior aos limites de dispensa especificados nas normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN), para o qual a reutilização é imprópria ou não prevista;

LI. resíduos de serviços de saúde (RSS): todos os resíduos resultantes das atividades exercidas pelos geradores de resíduos de serviços de saúde, definidos nesta Resolução;

LII. resíduo perigoso: aquele que, em razão de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade, toxicidade, patogenicidade, carcinogenicidade, teratogenicidade e mutagenicidade, apresenta significativo risco à saúde pública ou à qualidade ambiental ou à saúde do trabalhador, de acordo com lei, regulamento ou norma técnica;

LIII. resíduo sólido: material, substância, objeto ou bem descartado, resultante de atividades humanas em sociedade, a cuja destinação se propõe proceder ou se está obrigado a proceder, nos estados sólido ou semissólido, bem como gases contidos em recipientes e líquidos cujas particularidades tornem inviável o seu lançamento na rede pública de esgotos ou em corpos d'água, ou exijam para isso soluções técnica ou economicamente inviáveis em face da melhor tecnologia disponível;

LIV. resíduos de serviços de saúde do Grupo A: resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco

de infecção, elencados no Anexo I desta Resolução;

LV. resíduos de serviços de saúde do Grupo B: resíduos contendo produtos químicos que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade, elencados no Anexo I desta Resolução;

LVI. resíduos de serviços de saúde do Grupo C: rejeitos radioativos, elencados no Anexo I desta Resolução;

LVII. resíduos de serviços de saúde do Grupo D: resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares, elencados no Anexo I desta Resolução;

LVIII. resíduos de serviços de saúde do Grupo E: resíduos perfurocortantes ou escarificantes, tais como: lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, fios ortodônticos cortados, próteses bucais metálicas inutilizadas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas, tubos capilares, micropipetas, lâminas e lamínulas, espátulas e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de Petri), elencados no Anexo I desta Resolução;

LIX. reutilização: processo de aproveitamento dos resíduos sólidos sem sua transformação biológica, física ou físico-química;

LX. sala de utilidades: ambiente destinado à limpeza, desinfecção e guarda dos materiais e roupas utilizados na assistência ao usuário do serviço e guarda temporária de resíduos;

LXI. segregação: separação dos resíduos, conforme a classificação dos Grupos estabelecida no Anexo I desta Resolução, no momento e local de sua geração, de

acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos;

LXII. transporte interno: traslado dos resíduos dos pontos de geração até o abrigo temporário ou o abrigo externo.

LXIII. tratamento: Etapa da destinação que consiste na aplicação de processo que modifique as características físicas, químicas ou biológicas dos resíduos, reduzindo ou eliminando o risco de dano ao meio ambiente ou à saúde pública;

LXIV. unidade geradora de resíduos de serviço de saúde: unidade funcional dentro do serviço no qual é gerado o resíduo.

CAPÍTULO II

DO PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Art. 4º O gerenciamento dos RSS deve abranger todas as etapas de planejamento dos recursos físicos, dos recursos materiais e da capacitação dos recursos humanos envolvidos.

Art. 5º Todo serviço gerador deve dispor de um Plano de Gerenciamento de RSS (PGRSS), observando as regulamentações federais, estaduais, municipais ou do Distrito Federal.

§ 1º Para obtenção da licença sanitária, caso o serviço gere exclusivamente resíduos do Grupo D, o PGRSS pode ser substituído por uma notificação desta condição ao órgão de vigilância sanitária competente, seguindo as orientações locais.

§ 2º Caso o serviço gerador possua instalação radiativa, adicionalmente, deve atender às regulamentações específicas da CNEN.

§ 3º Os novos geradores de resíduos terão prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a partir do início do funcionamento, para apresentar o PGRSS.

Art. 6º No PGRSS, o gerador de RSS deve:

I – estimar a quantidade dos RSS gerados por grupos, conforme a classificação do Anexo I desta resolução;

II - descrever os procedimentos relacionados ao gerenciamento dos RSS quanto à geração, à segregação, ao acondicionamento, à identificação, à coleta, ao armazenamento, ao transporte, ao tratamento e à disposição final ambientalmente adequada;

III – estar em conformidade com as ações de proteção à saúde pública, do trabalhador e do meio ambiente;

IV - estar em conformidade com a regulamentação sanitária e ambiental, bem como com as normas de coleta e transporte dos serviços locais de limpeza urbana;

V – quando aplicável, contemplar os procedimentos locais definidos pelo processo de logística reversa para os diversos RSS;

VI - estar em conformidade com as rotinas e processos de higienização e limpeza vigentes no serviço gerador de RSS;

VII - descrever as ações a serem adotadas em situações de emergência e acidentes decorrentes do gerenciamento dos RSS;

VIII - descrever as medidas preventivas e corretivas de controle integrado de vetores e pragas urbanas, incluindo a tecnologia utilizada e a periodicidade de sua implantação;

IX – descrever os programas de capacitação desenvolvidos e implantados pelo serviço gerador abrangendo todas as unidades geradoras de RSS e o setor de limpeza e conservação;

X - apresentar documento comprobatório da capacitação e treinamento dos funcionários envolvidos na prestação de serviço de limpeza e conservação que atuem no serviço, próprios ou terceiros de todas as unidades geradoras;

XI - apresentar cópia do contrato de prestação de serviços e da licença ambiental das empresas prestadoras de serviços para a destinação dos RSS; e

XII - apresentar documento comprobatório de operação de venda ou de doação dos RSS destinados à recuperação, à reciclagem, à compostagem e à logística reversa.

Parágrafo único. Os documentos referidos nos incisos X e XII devem ser mantidos arquivados, em meio físico ou eletrônico, por no mínimo cinco anos, para fins de inspeção sanitária, a critério da autoridade sanitária competente.

Art. 7º O PGRSS deve ser monitorado e mantido atualizado, conforme periodicidade definida pelo responsável por sua elaboração e implantação.

Art. 8º O estabelecimento que possua serviços geradores de RSS com licenças sanitárias individualizadas deve ter PGRSS único que contemple todos os serviços existentes.

Parágrafo único. Nas edificações não hospitalares nas quais houver serviços

individualizados, os respectivos RSS dos Grupos A e E podem ter o armazenamento externo de forma compartilhada.

Art. 9º O serviço gerador de RSS deve manter cópia do PGRSS disponível para consulta dos órgãos de vigilância sanitária ou ambientais, dos funcionários, dos pacientes ou do público em geral.

Art. 10 O serviço gerador de RSS é responsável pela elaboração, implantação, implementação e monitoramento do PGRSS.

Parágrafo único. A elaboração, a implantação e o monitoramento do PGRSS pode ser terceirizada.

CAPÍTULO III

DAS ETAPAS DO MANEJO

Seção I

Segregação, acondicionamento e identificação

Art. 11 Os RSS devem ser segregados no momento de sua geração, conforme classificação por Grupos constante no Anexo I desta Resolução, em função do risco presente.

Art. 12 Quando, no momento da geração de RSS, não for possível a segregação de acordo com os diferentes grupos, os coletores e os sacos devem ter seu manejo com observância das regras relativas à classificação do Anexo I desta Resolução.

Art. 13 Os RSS no estado sólido, quando não houver orientação específica, devem ser acondicionados em saco constituído de material resistente a ruptura, vazamento e impermeável.

§ 1º Devem ser respeitados os limites de peso de cada saco, assim como o limite de 2/3 (dois terços) de sua capacidade, garantindo-se sua integridade e fechamento.

§ 2º É proibido o esvaziamento ou reaproveitamento dos sacos.

Art. 14 Os sacos para acondicionamento de RSS do grupo A devem ser substituídos ao atingirem o limite de 2/3 (dois terços) de sua capacidade ou então a cada 48 (quarenta e oito) horas, independentemente do volume, visando o conforto ambiental e a segurança dos usuários e profissionais.

Parágrafo único. Os sacos contendo RSS do grupo A de fácil putrefação devem ser substituídos no máximo a cada 24 (vinte e quatro) horas, independentemente do volume.

Art. 15 Os RSS do Grupo A que não precisam ser obrigatoriamente tratados e os RSS após o tratamento são considerados rejeitos e devem ser acondicionados em saco branco leitoso.

Parágrafo único. Os rejeitos, tratados ou não, acondicionados em sacos brancos leitosos devem ser encaminhados para disposição final ambientalmente adequada.

Art. 16 Quando houver a obrigação do tratamento dos RSS do Grupo A, estes devem ser acondicionados em sacos vermelhos.

Parágrafo único. O saco vermelho pode ser substituído pelo saco branco leitoso sempre que as regulamentações estaduais, municipais ou do Distrito Federal exigirem o tratamento indiscriminado de todos os RSS do Grupo A, exceto para acondicionamento dos RSS do subgrupo A5.

Art. 17 O coletor do saco para acondicionamento dos RSS deve ser de material liso, lavável, resistente à punctura, ruptura, vazamento e tombamento, com tampa

provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados.

§ 1º O coletor não necessitará de tampa para fechamento sempre que ocorrer a substituição imediata do saco para acondicionamento após a realização de cada procedimento.

§ 2º Após sua substituição, o saco para acondicionamento usado deve ser fechado e transferido para o carro de coleta.

Art. 18 Os RSS líquidos devem ser acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistentes, rígidos e estanques, com tampa que garanta a contenção do RSS e identificação conforme o Anexo II desta resolução.

Art. 19 Os recipientes de acondicionamento para RSS químicos no estado sólido devem ser constituídos de material rígido, resistente, compatível com as características do produto químico acondicionado e identificados conforme o Anexo II desta Resolução.

Art. 20 Os rejeitos radioativos devem ser acondicionados conforme procedimentos definidos pelo supervisor de proteção radiológica, com certificado de qualificação emitido pela CNEN, ou equivalente de acordo com normas da CNEN, na área de atuação correspondente.

Art. 21 Os RSS do Grupo D devem ser acondicionados de acordo com as orientações dos órgãos locais responsáveis pelo serviço de limpeza urbana.

Art. 22 A identificação dos RSS deve estar afixada nos carros de coleta, nos locais de armazenamento e nos sacos que acondicionam os resíduos.

§ 1º Os sacos que acondicionam os RSS do Grupo D não precisam ser identificados.

§ 2º A identificação de que trata este artigo deve estar afixada em local de fácil visualização, de forma clara e legível, utilizando-se símbolos e expressões descritos no Anexo II, cores e frases, e outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e à periculosidade específica de cada grupo de RSS.

§ 3º A identificação dos sacos para acondicionamento deve estar impressa, sendo vedado o uso de adesivo.

Art. 23 Os RSS gerados pelos serviços de atenção domiciliar, devem ser acondicionados e recolhidos pelos próprios agentes de atendimento ou por pessoa treinada para a atividade e encaminhados à destinação final ambientalmente adequada.

Parágrafo único. O transporte destes RSS pode ser feito no próprio veículo utilizado para o atendimento e deve ser realizado em coletores de material resistente, rígido, identificados e com sistema de fechamento dotado de dispositivo de vedação, garantindo a estanqueidade e o não tombamento.

Art. 24 O descarte de produtos para saúde oriundos de explante deve seguir o disposto na Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 15, de 2012, ou outra que vier a substituí-la.

Seção II

Coleta e transporte interno

Art. 25 O transporte interno dos RSS deve ser realizado atendendo a rota e a horários previamente definidos, em coletor identificado de acordo com o Anexo II desta Resolução.

Art. 26 O coletor utilizado para transporte interno deve ser constituído de material

liso, rígido, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, cantos e bordas arredondados.

Parágrafo Único. Os coletores com mais de quatrocentos litros de capacidade devem possuir válvula de dreno no fundo.

Seção III

Armazenamento interno, temporário e externo

Art. 27 No armazenamento temporário e externo de RSS é obrigatório manter os sacos acondicionados dentro de coletores com a tampa fechada.

Art. 28 Os procedimentos para o armazenamento interno devem ser descritos e incorporados ao PGRSS do serviço.

Parágrafo único. A coleta e o transporte externo dos RSS devem ser compatíveis com os Planos Municipais e do Distrito Federal de Gestão Integrada de Resíduos Sólidos e com as demais normativas aplicáveis.

A coleta, o transporte e o armazenamento externo será de responsabilidade da Prefeitura Municipal de Poá.

Art. 29 O abrigo temporário de RSS deve:

- I - ser provido de pisos e paredes revestidos de material resistente, lavável e impermeável;
- II - possuir ponto de iluminação artificial e de água, tomada elétrica alta e ralo sifonado com tampa;

III - quando provido de área de ventilação, esta deve ser dotada de tela de proteção contra roedores e vetores;

IV - ter porta de largura compatível com as dimensões dos coletores; e

V - estar identificado como "ABRIGO TEMPORÁRIO DE RESÍDUOS".

Art. 30 O armazenamento temporário pode ser dispensado no caso em que o fluxo de recolhimento e transporte justifique.

Art. 31 A sala de utilidades ou expurgo pode ser compartilhada para o armazenamento temporário dos RSS dos Grupos A, E e D, devendo ser compatível com a área a ser ocupada pelos coletores em uso.

Parágrafo único. Na hipótese descrita no caput, a sala de utilidades ou expurgo deve conter também a identificação com a inscrição "ABRIGO TEMPORÁRIO DE RESÍDUOS".

Art. 32 RSS de fácil putrefação devem ser submetidos a método de conservação em caso de armazenamento por período superior a vinte e quatro horas.

Art. 33 O gerenciamento de rejeitos radioativos, grupo C, deve obedecer ao Plano de Proteção Radiológica do Serviço, as Normas da CNEN e demais normas aplicáveis.

Art. 34 O abrigo externo deve ter, no mínimo, um ambiente para armazenar os coletores dos RSS do Grupo A, podendo também conter os RSS do grupo E, e outro ambiente exclusivo para armazenar os coletores de RSS do grupo D.

Art. 35 O abrigo externo deve:

I - permitir fácil acesso às operações do transporte interno;

II - permitir fácil acesso aos veículos de coleta externa;

- III - ser dimensionado com capacidade de armazenagem mínima equivalente à ausência de uma coleta regular, obedecendo à frequência de coleta de cada grupo de RSS;
- IV - ser construído com piso, paredes e teto de material resistente, lavável e de fácil higienização, com aberturas para ventilação e com tela de proteção contra acesso de vetores;
- V - ser identificado conforme os Grupos de RSS armazenados;
- VI - ser de acesso restrito às pessoas envolvidas no manejo de RSS;
- VII - possuir porta com abertura para fora, provida de proteção inferior contra roedores e vetores, com dimensões compatíveis com as dos coletores utilizados;
- VIII - ter ponto de iluminação;
- IX - possuir canaletas para o escoamento dos efluentes de lavagem, direcionadas para a rede de esgoto, com ralo sifonado com tampa;
- X - possuir área coberta para pesagem dos RSS, quando couber;
- XI - possuir área coberta, com ponto de saída de água, para higienização e limpeza dos coletores utilizados.

Art. 36 O abrigo externo dos RSS do Grupo B deve, ainda:

- I - respeitar a segregação das categorias de RSS químicos e incompatibilidade química, conforme os Anexos III e IV desta Resolução;
- II - estar identificado com a simbologia de risco associado à periculosidade

do RSS químico, conforme Anexo II desta Resolução;

III - possuir caixa de retenção a montante das canaletas para o armazenamento de RSS Líquidos ou outra forma de contenção validada;

IV - possuir sistema elétrico e de combate a incêndio, que atendam os requisitos de proteção estabelecidos pelos órgãos competentes.

Art. 37 É proibido o armazenamento dos coletores em uso fora de abrigos.

Parágrafo Único. O armazenamento interno de RSS químico ou rejeito radioativo pode ser feito no local de trabalho onde foram gerados.

Seção IV

Coleta e transporte externos

Art. 38 Os veículos de transporte externo dos RSS não podem ser dotados de sistema de compactação ou outro sistema que danifique os sacos contendo os RSS, exceto para os RSS do Grupo D.

Art. 39 O transporte externo de rejeitos radioativos, deve seguir normas específicas, caso existam e as normas da CNEN.

Seção V Destinação

Art. 40 Os RSS que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico podem ser encaminhados para reciclagem, recuperação, reutilização, compostagem, aproveitamento energético ou logística reversa.

Art. 41 Os rejeitos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico devem ser encaminhados para disposição final ambientalmente adequada.

Art. 42 As embalagens primárias vazias de medicamentos cujas classes farmacêuticas constem no Art. 59 desta Resolução devem ser descartadas como rejeitos e não precisam de tratamento prévio à sua destinação.

Art. 43 Sempre que não houver indicação específica, o tratamento do RSS pode ser realizado dentro ou fora da unidade geradora.

Parágrafo único. Os RSS tratados devem ser considerados como rejeitos.

Art. 44 O tratamento dos RSS que apresentem múltiplos riscos deve obedecer à seguinte sequência:

I - na presença de risco radiológico associado, armazenar para decaimento da atividade do radionuclídeo até que o nível de dispensa seja atingido;

II - na presença de risco biológico associado contendo agente biológico classe de risco 4, encaminhar para tratamento; e

III - na presença de riscos químico e biológico, o tratamento deve ser compatível com ambos os riscos associados.

Parágrafo único. Após o tratamento, o símbolo de identificação relativo ao risco do resíduo tratado deve ser retirado.

Art. 45 A destinação dos medicamentos recolhidos ou apreendidos, objetos de ações de fiscalização sanitária, deve seguir a determinação prevista no art. 59 desta Resolução.

Parágrafo Único. É responsabilidade do serviço providenciar o tratamento

previsto no Art.59 desta resolução.

CAPÍTULO IV

DO GERENCIAMENTO DOS GRUPOS DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Seção I

Resíduos de Serviços de Saúde do Grupo A - Subgrupo A1

Art. 46 As culturas e os estoques de microrganismos; os resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os de medicamentos hemoderivados; os meios de cultura e os instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas; e os resíduos de laboratórios de manipulação genética devem ser tratados.

§ 1º Devem ser submetidos a tratamento, utilizando processos que vierem a ser validados para a obtenção de redução ou eliminação da carga microbiana, em equipamento compatível com Nível III de inativação microbiana.

§ 2º As culturas e os estoques de microrganismos, bem como os meios de cultura e os instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas contendo microrganismos das classes de risco 1 e 2 podem ser tratados fora da unidade geradora, desde que este tratamento ocorra nas dependências do serviço de saúde.

§ 3º As culturas e os estoques de microrganismos, bem como os meios de cultura e os instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas contendo microrganismos das classes de risco 3 e 4 devem ser tratados na unidade geradora.

§ 4º Estes RSS devem ser acondicionados de maneira compatível com o

processo de tratamento.

§ 5º Após o tratamento, os rejeitos devem ser encaminhados para disposição final ambientalmente adequada.

Art. 47 Os RSS resultantes de atividades de vacinação com microrganismos vivos, atenuados ou inativados incluindo frascos de vacinas com expiração do prazo de validade, com conteúdo inutilizado ou com restos do produto e seringas, quando desconectadas, devem ser tratados antes da disposição final ambientalmente adequada.

Parágrafo Único. As agulhas e o conjunto seringa-agulha utilizadas na aplicação de vacinas, quando não desconectadas, devem atender às regras de manejo dos resíduos perfurocortantes.

Art. 48 Os RSS resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes classe de risco 4, por microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação, causadores de doença emergente que se tornem epidemiologicamente importantes, ou cujos mecanismos de transmissão sejam desconhecidos, devem ser tratados antes da disposição final ambientalmente adequada.

Art. 49 As bolsas de sangue e de hemocomponentes rejeitadas por contaminação, por má conservação, com prazo de validade vencido e oriundas de coleta incompleta; as sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos; bem como os recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre, devem ser tratados antes da disposição final ambientalmente adequada.

§ 1º As sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos podem ser descartadas diretamente no sistema de coleta de esgotos, desde que

atendam respectivamente as regras estabelecidas pelos órgãos ambientais e pelos serviços de saneamento competentes.

§ 2º Caso o tratamento venha a ser realizado fora da unidade geradora ou do serviço, estes RSS devem ser acondicionados em saco vermelho e transportados em recipiente rígido, impermeável, resistente à punctura, ruptura, vazamento, com tampa provida de controle de fechamento e identificado.

Seção II

Resíduos de Serviços de Saúde do Grupo A - Subgrupo A2

Art. 50 Os RSS do Subgrupo A2 devem ser tratados antes da disposição final ambientalmente adequada.

§ 1º Os RSS referidos no caput devem ser acondicionados de maneira compatível com o processo de tratamento.

§ 2º O tratamento pode ser realizado fora da unidade geradora, desde que ocorra nas dependências do serviço.

§ 3º Quando houver necessidade de outra solução, em função do porte do animal, deve haver autorização prévia dos órgãos de saúde e ambiental competentes.

§ 4º Após o tratamento, os rejeitos devem ser acondicionados em saco branco leitoso e identificados com a inscrição "PEÇAS ANATÔMICAS DE ANIMAIS".

Art. 51 Os RSS do Subgrupo A2 contendo microrganismos com alto risco de transmissibilidade, alto potencial de letalidade ou que representem risco caso sejam disseminados no meio ambiente, devem ser submetidos, na unidade geradora, a tratamento que atenda ao Nível III de Inativação Microbiana.

Parágrafo único. Quando houver necessidade de outra solução, em função do porte do animal, deve haver autorização prévia dos órgãos de saúde e ambiental competentes.

Seção III

Resíduos de Serviços de Saúde do Grupo A - Subgrupo A3

Art. 52 Os RSS do Subgrupo A3 devem ser destinados para sepultamento, cremação, incineração ou outra destinação licenciada pelo órgão ambiental competente.

Parágrafo único. Quando forem encaminhados para incineração, os RSS devem ser acondicionados em sacos vermelhos e identificados com a inscrição "PEÇAS ANATÔMICAS".

Seção IV

Resíduos de Serviços de Saúde do Grupo A - Subgrupo A4

Art. 53 Os RSS do Subgrupo A4 não necessitam de tratamento prévio.

Parágrafo único. Os RSS do Subgrupo A4 devem ser acondicionados em saco branco leitoso e encaminhados para a disposição final ambientalmente adequada.

Art. 54 Os cadáveres e as carcaças de animais podem ter acondicionamento e transporte diferenciados, conforme o porte do animal, de acordo com a regulamentação definida pelos órgãos ambientais e sanitários.

Seção V

Resíduos de Serviços de Saúde do Grupo A - Subgrupo A5

Art. 55 Os RSS do Subgrupo A5 devem ser encaminhados para tratamento por incineração.

Parágrafo único. Os RSS referidos no caput devem ser segregados e acondicionados em saco vermelho duplo, como barreira de proteção, e contidos em recipiente exclusivo devidamente identificado.

Seção VI

Resíduos de Serviços de Saúde do Grupo B

Art. 56 O gerenciamento dos RSS do Grupo B deve observar a periculosidade das substâncias presentes, decorrentes das características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.

Parágrafo único. As características dos produtos químicos estão identificadas nas Fichas de Informações de Segurança de Produtos Químicos (FISPQ), não se aplicando aos produtos farmacêuticos e cosméticos.

Art. 57 Os RSS do Grupo B, no estado sólido e com características de periculosidade, sempre que considerados rejeitos, devem ser dispostos em aterro de resíduos perigosos – Classe I.

Art. 58 Os RSS do Grupo B com características de periculosidade, no estado líquido, devem ser submetidos a tratamento antes da disposição final ambientalmente adequada.

§ 1º Quando submetidos a processo de solidificação devem ser destinados conforme o risco presente.

§ 2º É vedado o encaminhamento de RSS na forma líquida para disposição final em aterros sanitários.

Art. 59 Os resíduos de medicamentos contendo produtos hormonais e produtos antimicrobianos; citostáticos; antineoplásicos; imunossuppressores; digitálicos, imunomoduladores; anti-retrovirais, quando descartados por serviços assistenciais de saúde, farmácias, drogarias e distribuidores de medicamentos ou apreendidos, devem ser submetidos a tratamento ou dispostos em aterro de resíduos perigosos – Classe I.

Art. 60 Para o acondicionamento dos RSS do Grupo B devem ser observadas as incompatibilidades químicas descritas no Anexos IV e V desta Resolução.

Parágrafo único. Os RSS do Grupo B destinados à recuperação ou reutilização devem ser acondicionados em recipientes individualizados, observados os requisitos de segurança e compatibilidade.

Art. 61 As embalagens e os materiais contaminados por produtos químicos, exceto as embalagens primárias vazias de medicamentos cujas classes farmacêuticas constem no Art. 59 desta Resolução, devem ser submetidos ao mesmo manejo do produto químico que os contaminou.

§ 1º As embalagens primárias vazias podem ser utilizadas para acondicionamento de RSS do Grupo B, observada a compatibilidade química, conforme Anexo IV desta Resolução.

§ 2º As embalagens primárias vazias de produtos químicos com algum tipo de periculosidade, submetidas à limpeza com técnicas validadas ou reconhecidas, são consideradas rejeitos e devem ser encaminhadas para disposição final ambientalmente adequada.

§ 3º Somente as embalagens vazias de produtos químicos sem periculosidade

podem ser encaminhadas para processos de reciclagem.

Art. 62 As embalagens secundárias de medicamentos não contaminadas devem ser descaracterizadas quanto às informações de rotulagem, podendo ser encaminhadas para reciclagem.

Art. 63 As excretas de pacientes tratados com quimioterápicos antineoplásicos podem ser lançadas em rede coletora de esgotos sanitários, conectada à estação de tratamento, desde que atendam às normas e diretrizes da concessionária do sistema de coleta e tratamento de esgotos sanitários ou lançadas diretamente em corpos hídricos após tratamento próprio no serviço.

Art. 64 Os medicamentos hemoderivados devem ter seu manejo como resíduo do Grupo B sem periculosidade.

Art. 65 Os resíduos de produtos e insumos farmacêuticos sujeitos a controle especial devem atender à regulamentação sanitária em vigor.

Art. 66 Os reveladores utilizados em radiologia devem ser tratados, podendo ser submetidos a processo de neutralização para alcançarem pH entre 7 e 9 e serem posteriormente lançados na rede coletora de esgoto com tratamento, atendendo às determinações dos órgãos de meio ambiente e do serviço de saneamento.

Art. 67 Os fixadores usados em radiologia, quando não submetidos a processo de recuperação da prata, devem ser encaminhados para tratamento antes da disposição final ambientalmente adequada.

Art. 68 Os RSS sólidos contendo metais pesados, quando não submetidos a tratamento devem ser dispostos em aterro de resíduos perigosos – Classe I, conforme orientação do órgão ambiental competente.

Parágrafo único. O descarte de pilhas, baterias, acumuladores de carga e lâmpadas fluorescentes deve ser feito de acordo com as normas ambientais vigentes.

Art. 69 A destinação dos RSS líquidos contendo metais pesados acima dos limites de descarte deve obedecer as orientações dos órgãos ambientais competentes.

Parágrafo único. Os RSS contendo mercúrio (Hg) na forma líquida devem ser acondicionados em recipientes sob selo d'água e encaminhados para recuperação ou para outra destinação que esteja de acordo com as regras definidas pelo órgão ambiental competente.

Art. 70 Os RSS do Grupo B que não apresentem periculosidade à saúde pública ou ao meio ambiente não necessitam de tratamento, podendo ser submetidos a processo de recuperação ou reutilização.

Art. 71 A destinação dos resíduos dos equipamentos automatizados e dos reagentes de laboratórios clínicos, incluindo os produtos para diagnóstico de uso in vitro deve considerar todos os riscos presentes, conforme normas ambientais vigentes.

Seção VII

Resíduos de Serviços de Saúde do Grupo C – Rejeitos Radioativos

Art. 72 Os rejeitos radioativos devem ser segregados de acordo com o radionuclídeo ou natureza da radiação, estado físico, concentração e taxa de exposição.

Art. 73 Os recipientes de acondicionamento de rejeitos radioativos devem ser adequados às características físicas, químicas, biológicas e radiológicas dos rejeitos, possuir vedação e ter o seu conteúdo identificado, conforme especificado nas normas vigentes.

Art. 74 Os RSS químicos radioativos devem ser acondicionados em coletores

próprios, identificados quanto aos riscos radiológico e químico presentes, e armazenados no local de decaimento até atingir o limite de dispensa.

Art. 75 Os RSS perfurocortantes radioativos devem ser transportados do local de geração até o local de armazenamento para decaimento em recipiente blindado.

Parágrafo único. É vedada a separação do conjunto seringa agulha contendo radionuclídeos, assim como reencape manual de agulhas.

Art. 76 Os rejeitos radioativos devem ser armazenados em condições adequadas, para o decaimento do elemento radioativo, podendo ser realizado na própria sala de manipulação ou em sala específica, identificada como “SALA DE DECAIMENTO”.

Parágrafo único. O armazenamento de rejeitos radioativos líquidos deve ser feito sobre bacia de contenção, bandeja, recipiente ou material absorvente com capacidade de conter ou absorver o dobro do volume do líquido presente na embalagem.

Art. 77 Os RSS de fácil putrefação contaminados com radionuclídeos, depois de acondicionados e identificados como rejeito radioativo, devem ser mantidos sob refrigeração ou por outro processo que evite a decomposição, durante o período de armazenamento para decaimento.

Art. 78 As sobras de alimentos provenientes de pacientes submetidos à terapia com iodo 131, depois de acondicionadas, devem ter seu nível de radiação medido.

§1º Quando os valores de atividade ou de concentração de atividade forem superiores aos níveis de dispensa, o RSS deve ser considerado como rejeito radioativo e deve observar as condições de conservação de RSS de fácil putrefação.

§2º Como alternativa ao disposto no §1º, as sobras destes alimentos podem ser trituradas na sala de decaimento ou nas instalações sanitárias do quarto terapêutico, e

posteriormentedirecionadas para a rede coletora de esgotos com tratamento.

§ 3º Quando os valores de atividade ou de concentração de atividade forem inferiores ou iguais aos níveis de dispensa, os resíduos sólidos podem ser descartados como resíduos do Grupo D e os resíduos líquidos na rede coletora de esgotos com tratamento.

Art. 79 Quando o processo de decaimento do elemento radioativo atingir o nível do limite de dispensa estabelecido pelas normas vigentes, o rótulo de “REJEITO RADIOATIVO” deve ser retirado, permanecendo a identificação dos demais riscos presentes.

Parágrafo único. A retirada da identificação de risco radiológico deve ser precedida de medição da radiação.

Seção VIII

Resíduos de Serviços de Saúde do Grupo D

Art. 80 Os RSS do Grupo D, quando não encaminhados para reutilização, recuperação, reciclagem, compostagem, logística reversa ou aproveitamento energético, devem ser classificados como rejeitos.

§ 1º Os rejeitos sólidos devem ser dispostos conforme as normas ambientais vigentes.

§ 2º Os efluentes líquidos podem ser lançados em rede coletora de esgotos.

Art. 81 O lançamento de rejeitos líquidos em rede coletora de esgotos, conectada à estação de tratamento, deve atender às normas ambientais e às diretrizes do serviço de saneamento.

Parágrafo único. Quando não houver acesso à sistema de coleta e tratamento de esgoto por empresa de saneamento, estes efluentes devem ser tratados em sistema ambientalmente licenciado antes do lançamento em corpo receptor.

Art. 82 Artigos e materiais utilizados na área de trabalho, incluindo vestimentas e Equipamento de Proteção Individual (EPI), desde que não apresentem sinais ou suspeita de contaminação química, biológica ou radiológica, podem ter seu manejo realizado como RSS do Grupo D.

Art. 83 Os procedimentos de segregação, acondicionamento e identificação dos coletores dos resíduos do Grupo D, para fins de reciclagem, devem estar descritos no PGRSS.

Art. 84 Só podem ser destinados para compostagem forrações de animais de biotérios que não tenham risco biológico associado, os resíduos de flores, podas de árvores, jardinagem, sobras de alimentos e de seu pré-preparo, restos alimentares de refeitórios e restos alimentares de pacientes que não estejam em isolamento.

Art. 85 Os restos e sobras de alimentos só podem ser utilizados como ração animal, se forem submetidos a processo que garanta a inocuidade do composto, com a concordância do órgão competente do Ministério da Agricultura e de Vigilância Sanitária.

Seção IX

Resíduos de Serviços de Saúde do Grupo E

Art. 86 Os materiais perfurocortantes devem ser descartados em recipientes identificados, rígidos, providos com tampa, resistentes à punctura, ruptura e vazamento.

Art. 87 Os recipientes de acondicionamento dos RSS do Grupo E devem ser

substituídos de acordo com a demanda ou quando o nível de preenchimento atingir 3/4 (três quartos) da capacidade ou de acordo com as instruções do fabricante, sendo proibidos seu esvaziamento manual e seu reaproveitamento.

Parágrafo único. Admite-se o emprego de tecnologia que promova o esvaziamento automatizado de recipientes plásticos específicos com posterior descontaminação, possibilitando sua reutilização.

Art. 88 Os RSS do Grupo E, quando contaminados por agentes biológicos, químicos e substâncias radioativas, devem ter seu manejo de acordo com cada classe de risco associada.

Parágrafo único. O recipiente de acondicionamento deve conter a identificação de todos os riscos presentes.

Art. 89 As seringas e agulhas, inclusive as usadas na coleta laboratorial de amostra de doadores e de pacientes, e os demais materiais perfurocortantes que não apresentem risco químico, biológico ou radiológico não necessitam de tratamento prévio à disposição final ambientalmente adequada.

Parágrafo único. É permitida a separação do conjunto seringa agulha com auxílio de dispositivos de segurança, sendo vedada a desconexão e o reencepe manual de agulhas.

CAPÍTULO V

DA SEGURANÇA OCUPACIONAL

Art. 90 O serviço deve garantir que os trabalhadores sejam avaliados periodicamente, seguindo a legislação específica, em relação à saúde ocupacional, mantendo registros desta avaliação.

Art. 91 O serviço deve manter um programa de educação continuada para os trabalhadores e todos os envolvidos nas atividades de gerenciamento de resíduos, mesmo os que atuam temporariamente, que contemplem os seguintes temas:

I - sistema adotado para o gerenciamento dos RSS; II - prática de segregação dos RSS;

III - símbolos, expressões, padrões de cores adotadas para o gerenciamento de RSS;

IV - localização dos ambientes de armazenamento e dos abrigos de RSS;

V - ciclo de vida dos materiais;

VI - regulamentação ambiental, de limpeza pública e de vigilância sanitária, relativas aos RSS;

VII - definições, tipo, classificação e risco no manejo dos RSS;

VIII - formas de reduzir a geração de RSS e reutilização de materiais;

IX - responsabilidades e tarefas;

X - identificação dos grupos de RSS;

XI - utilização dos coletores dos RSS;

XII - uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e Coletiva (EPC);

XIII - biossegurança;

XIV - orientações quanto à higiene pessoal e dos ambientes;

XV - orientações especiais e treinamento em proteção radiológica quando houver rejeitos radioativos;

XVI - providências a serem tomadas em caso de acidentes e de situações emergenciais;

XVII - visão básica do gerenciamento dos resíduos sólidos no município ou Distrito Federal;

- XVIII - noções básicas de controle de infecção e de contaminação química; e
XIX – conhecimento dos instrumentos de avaliação e controle do PGRSS.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 92 Fica revogada a Resolução da Diretoria Colegiada RDC Anvisa nº 306, de 7 de dezembro de 2004, a partir da entrada em vigor desta Resolução.

Art. 93 Fica revogado o item 7 do Anexo 2 da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 305, de 14 de novembro de 2002.

Art. 94 O descumprimento das disposições contidas nesta Resolução constitui infração sanitária, nos termos da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

Art. 95 Esta Resolução entra em vigor 180 (cento e oitenta) dias a partir da data da sua publicação.

JARBAS BARBOSA DA SILVA JR.

ANEXO IV – ABNT NBR 10004:2004

Objetivo

Esta Norma classifica os resíduos sólidos quanto aos seus riscos potenciais ao meio ambiente e à saúde pública, para que possam ser gerenciados adequadamente.

NOTA

Os resíduos radioativos não são objeto desta Norma, pois são de competência exclusiva da Comissão Nacional de Energia Nuclear.

Referências normativas

As normas relacionadas a seguir contêm disposições que, ao serem citadas neste texto, constituem prescrições para esta Norma. As edições indicadas estavam em vigor no momento desta publicação. Como toda norma está sujeita a revisão, recomenda-se àqueles que realizam acordos com base nesta que verifiquem a conveniência de se usarem as edições mais recentes das normas citadas a seguir. A ABNT possui a informação das normas em vigor em um dado momento.

Portaria nº 204/1997 do Ministério dos Transportes

ABNT NBR 10005:2004 – Procedimento para obtenção de extrato lixiviado de resíduos sólidos

ABNT NBR 10006:2004 – Procedimento para obtenção de extrato solubilizado de resíduos sólidos

ABNT NBR 10007:2004 – Amostragem de resíduos sólidos

ABNT NBR 12808:1993 – Resíduos de serviço de saúde – Classificação

ABNT NBR 14598:2000 – Produtos de petróleo – Determinação do ponto de fulgor pelo aparelho de vaso fechado *Pensky- Martens*

Definições

Para os efeitos desta Norma, aplicam-se as seguintes definições:

Resíduos Sólidos: Resíduos nos estados sólido e semi-sólido, que resultam de atividades de origem industrial, doméstica, hospitalar, comercial, agrícola, de serviços e de varrição. Ficam incluídos nesta definição os lodos provenientes de sistemas de tratamento de água, aqueles gerados em equipamentos e instalações de controle de poluição, bem como determinados líquidos cujas particularidades tornem inviável o seu lançamento na rede pública de esgotos ou corpos de água, ou exijam para isso soluções, técnica e economicamente, **inviáveis em face à melhor tecnologia disponível.**

1.1 Periculosidade de um resíduo: Característica apresentada por um resíduo que, em função de suas propriedades físicas, químicas ou infectocontagiosas, pode apresentar:

- a) risco à saúde pública, provocando mortalidade, incidência de doenças ou acentuando seus índices;
- b) riscos ao meio ambiente, quando o resíduo for gerenciado de forma inadequada.

Toxicidade:

Propriedade potencial que o agente tóxico possui de provocar, em maior ou menor grau, um efeito adverso em consequência de sua interação com o organismo.

Agente tóxico:

Qualquer substância ou mistura cuja inalação, ingestão ou absorção cutânea tenha sido cientificamente comprovada como tendo efeito adverso (tóxico, carcinogênico, mutagênico, teratogênico ou ecotoxicológico).

Toxicidade aguda:

Propriedade potencial que o agente tóxico possui de provocar um efeito adverso grave, ou mesmo morte, em consequência de sua interação com o organismo, após exposição a uma única dose elevada ou a repetidas doses em curto espaço de tempo.

Agente teratogênico:

Qualquer substância, mistura, organismo, agente físico ou estado de deficiência que, estando presente durante a vida embrionária ou fetal, produz uma alteração na estrutura ou função do indivíduo dela resultante.

agente mutagênico:

Qualquer substância, mistura, agente físico ou biológico cuja inalação, ingestão ou absorção cutânea possa elevar as taxas espontâneas de danos ao material genético e ainda provocar ou aumentar a frequência de defeitos genéticos.

Agente carcinogênico:

Substâncias, misturas, agentes físicos ou biológicos cuja inalação ingestão e absorção cutânea possa desenvolver câncer ou aumentar sua frequência. O câncer é o resultado de processo anormal, não controlado da diferenciação e proliferação celular, podendo ser iniciado por alteração mutacional.

Agente ecotóxico:

Substâncias ou misturas que apresentem ou possam apresentar riscos para um ou vários compartimentos ambientais.

DL50

(oral, ratos): Dose letal para 50% da população dos ratos testados quando

administrada por via oral (DL – dose letal).

CL0 (inalação, ratos): Concentração de uma substância que, quando administrada por via respiratória, acarreta a morte de 50% da população de ratos exposta (CL – concentração letal).

DL 50 (dérmica, coelhos): Dose letal para 50% da população de coelhos testados, quando administrada em contato com a pele (DL – dose letal).

Processo de classificação

A classificação de resíduos envolve a identificação do processo ou atividade que lhes deu origem e de seus constituintes e características e a comparação destes constituintes com listagens de resíduos e substâncias cujo impacto à saúde e ao meio ambiente é conhecido.

A identificação dos constituintes a serem avaliados na caracterização do resíduo deve ser criteriosa e estabelecida de acordo com as matérias-primas, os insumos e o processo que lhe deu origem.

Laudo de classificação

O laudo de classificação pode ser baseado exclusivamente na identificação do processo produtivo, quando do enquadramento do resíduo nas listagens dos anexos A ou B. Deve constar no laudo de classificação a indicação da origem do resíduo, descrição do processo de segregação e descrição do critério adotado na escolha de parâmetros analisados, quando for o caso, incluindo os laudos de análises laboratoriais.

Os laudos devem ser elaborados por responsáveis técnicos habilitados.

Classificação de resíduos

Para os efeitos desta Norma, os resíduos são classificados em:

- a) resíduos classe I - Perigosos;
- b) resíduos classe II – Não perigosos;
 - resíduos classe II A – Não inertes.
 - resíduos classe II B – Inertes.

Resíduos classe I - Perigosos

Aqueles que apresentam periculosidade, conforme definido em 3.2, ou uma das características descritas em:

Inflamabilidade

Um resíduo sólido é caracterizado como inflamável (código de identificação D001), se uma amostra representativa dele, obtida conforme a

ABNT NBR 10007, apresentar qualquer umas das seguintes propriedades:

a) ser líquida e ter ponto de fulgor inferior a 60°C, determinado conforme ABNT NBR 14598 ou equivalente, excetuando-se as soluções aquosas com menos de 24% de álcool em volume;

b) não ser líquida e ser capaz de, sob condições de temperatura e pressão de 25°C e 0,1 MPa (1 atm), produzir fogo por fricção, absorção de umidade ou por alterações químicas espontâneas e, quando inflamada, queimar vigorosa e persistentemente, dificultando a extinção do fogo;

c) ser um oxidante definido como substância que pode liberar oxigênio e, como resultado, estimular a combustão e aumentar a intensidade do fogo em outro material;

d) ser um gás comprimido inflamável, conforme a Legislação Federal sobre transporte de produtos perigosos (Portaria nº204/1997 do Ministério dos Transportes).

Corrosividade

Um resíduo é caracterizado como corrosivo (código de identificação D002) se uma amostra representativa dele, obtida segundo a ABNT NBR 10007, apresentar uma das seguintes propriedades:

a) ser aquosa e apresentar pH inferior ou igual a 2, ou, superior ou igual a 12,5, ou sua mistura com água, na proporção de 1:1 em peso, produzir uma solução que apresente pH inferior a 2 ou superior ou igual a 12,5;

b) ser líquida ou, quando misturada em peso equivalente de água, produzir um líquido e corroer o aço (COPANT 1020) a uma razão maior que 6,35 mm ao ano, a uma temperatura de 55°C, de acordo com USEPA SW 846 ou equivalente.

Reatividade

Um resíduo é caracterizado como reativo (código de identificação D003) se uma amostra representativa dele, obtida segundo a ABNT NBR 10007, apresentar uma das seguintes propriedades:

- a) ser normalmente instável e reagir de forma violenta e imediata, sem detonar;
- b) reagir violentamente com a água;
- c) formar misturas potencialmente explosivas com a água;
- d) gerar gases, vapores e fumos tóxicos em quantidades suficientes para provocardanos à saúde pública ou ao meio ambiente, quando misturados com a água;
- e) possuir em sua constituição os íons CN ou S 2- em concentrações que ultrapassemos limites de de 250 mg de HCN liberável por quilograma de resíduo ou 500 mg de HS liberável por quilograma de resíduo, de acordo com ensaio estabelecido no USEPA - SW 846;
- f) ser capaz de produzir reação explosiva ou detonante sob a ação de forte estímulo, ação catalítica ou temperatura em ambientes confinados;
- g) ser capaz de produzir, prontamente, reação ou decomposição detonante ou explosiva a 25°C e 0,1 MPa (1 atm);
- h) ser explosivo, definido como uma substância fabricada para produzir um resultado prático, através de explosão ou efeito pirotécnico, esteja ou não esta substância contida em dispositivo preparado para este fim.

Toxicidade

Um resíduo é caracterizado como tóxico se uma amostra representativa dele,

obtida segundo a ABNT NBR 10007, apresentar uma das seguintes propriedades:

- a) quando o extrato obtido desta amostra, segundo a ABNT NBR 10005, contiver qualquer um dos contaminantes em concentrações superiores aos valores constantes no anexo F.
- b) possuir uma ou mais substâncias constantes no anexo C e apresentar toxicidade. Para avaliação dessa toxicidade, devem ser

considerados os seguintes fatores:

- natureza da toxicidade apresentada pelo resíduo;
- concentração do constituinte no resíduo;
- potencial que o constituinte, ou qualquer produto tóxico de sua degradação, tem para migrar do resíduo para o ambiente, sob condições impróprias de manuseio;
- persistência do constituinte ou qualquer produto tóxico de sua degradação;
- potencial que o constituinte, ou qualquer produto tóxico de sua degradação, tem para degradar-se em constituintes não perigosos, considerando a velocidade em que ocorre a degradação;
- extensão em que o constituinte, ou qualquer produto tóxico de sua degradação, é capaz de bio acumulação nos ecossistemas;

Observação: O PGRSS será atualizado sempre que necessário e em virtude de novas legislações.

14. COMPRAS DE EQUIPAMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES, MEDICAMENTOS, SERVIÇOS E INSUMOS

O Instituto obedecerá aos princípios constitucionais da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência na aquisição de quaisquer compras de materiais e na contratação de serviços de terceiros.

O setor de compras do Instituto Alpha, realizará processos de compras estando de acordo com o regulamento de compras e contratação de terceiros a ser utilizado no município. O regulamento será publicado no prazo de 90 (noventa) dias contados da assinatura deste CONTRATO DE GESTÃO, com regimento próprio, contendo os procedimentos que adotará para compra de materiais e contratação de serviços de terceiros com recursos provenientes de

repasses de recursos públicos, segundo o previsto no art. 33, do Decreto nº6.712, de 13 de julho de 2015 e baseado nas normas da Lei nº 8.666/93 e ao longo do projeto irá se regulamentar de acordo com a nova *Lei de Licitações* e de Contratos Administrativos nº 14.133/2021.

14.1. Logística de suprimentos

A ideia central da gestão de logística hospitalar é garantir o produto certo, na hora certa, no momento certo, para o paciente certo. Produtos englobam os materiais específicos da área da saúde; os insumos, medicamentos, equipamentos, móveis, utensílios específicos, peças elétricas, eletrônicas e materiais comuns como produtos de limpeza, escritório e outros. A logística oferta os recursos materiais, requisito de entradas nos setores para transformação de serviços.

Na Unidade haverá um profissional qualificado do setor administrativo que ficará responsável pelo abastecimento e logística de suprimentos: Este setor receberá as solicitações de compras dos demais setores como: Almoxarifado, Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), Serviço de Nutrição e Dietética (SND) e demais departamentos. As solicitações de todos os departamentos passarão para o setor interno que encaminhará para o setor de compras da Sede do Instituto.

Será disponibilizado formulário para as solicitações que deverão ser preenchidas com precisão, evitando desentendimento nas informações.

É primordial em nossos processos o cadastramento dos fornecedores, contratos, cotação, fechamento da compra, avaliação dos fornecedores sendo submetidos às regras e normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA que regula a produção e comercialização de produtos para saúde e do

Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia - INMETRO, setor que atesta confiabilidade aos equipamentos destinados à saúde.

14.2. Aquisições de Bens e Serviços

O Instituto Alpha pactua junto ao ente público um regulamento de compras e contratação de terceiros baseado nas normas da Lei nº 8.666/93 e ao longo do projeto irá se regulamentar de acordo com a nova *Lei de Licitações* e de Contratos Administrativos nº 14.133/2021.

Apresentamos o modelo que poderá ser utilizado junto ao município de Poá. No entanto, alguns serviços ou compras poderá haver dispensa de licitação conforme artigo 24 inciso IV da Lei nº 8.666/93, em situação de emergência e decretação de calamidade pública pelo governo federal.

O Instituto Alpha de medicina para Saúde apresenta abaixo o modelo de regulamento de contratações.

14.2.1. Modelo de Regulamento de compras e contratações

REGULAMENTO DE CONTRATAÇÕES DE COMPRAS, SERVIÇOS, OBRAS, ALIENAÇÕES E LOCAÇÕES DO INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE - PROJETO DE POÁ – CONTRATO DE GESTÃO nº. XXX ANO 2021.

Capítulo I

Das Disposições Gerais

Seção I

Dos Princípios

Art. 1º - Este Regulamento estabelece normas para a contratação de compras, serviços, obras, alienações e locações no âmbito do Instituto Alpha de Medicina para Saúde.

Art. 2º - A contratação de compras, serviços, obras, alienações e locações do Instituto ALPHA serão feitas de acordo com as normas deste Regulamento, conforme o disposto no Regimento Interno e Estatuto do Instituto.

Art. 3º - O cumprimento das normas deste Regulamento destina-se a selecionar dentre as propostas apresentadas, a mais vantajosa para o Instituto ALPHA e o Parceiro Público, mediante julgamento objetivo.

Art. 4º - As contratações, a que se refere este Regulamento, serão feitas com a adequada caracterização de seu objeto.

Seção II

Das Modalidades de Procedimento

Art. 5º - As modalidades de procedimento para as contratações deste Regulamento são:

- I – Compra direta;
- II – Compra mediante orçamentos;
- III – convite;

IV – Tomada de preços;

V – Concorrência.

Art. 6º - As modalidades de procedimento dos incisos I a V do Art. 5º aplicam-se às contratações de compras, serviços, obras, alienações e locações do Instituto ALPHA e serão determinadas em função do valor estimado de cada contratação, a saber:

I – Compra direta: até R\$ XXXX (XXX mil reais), quando relacionada a trabalhos de engenharia, e até R\$ XXXX (XXXX mil reais) nos demais casos, mediante simples pesquisa de mercado;

II – Compra com o mínimo de 03 (três) orçamentos: acima dos níveis definidos no inciso I e até R\$ XXXXX (XXXX mil reais);

III – convite: acima dos níveis definidos no inciso II, até R\$ XXXX (XXXXX mil reais);

IV – Tomada de preços: acima dos níveis definidos no inciso III até R\$ XXX (XXXX mil reais), quando relacionada a trabalhos de engenharia, e até R\$ XXX (XXXXXX mil reais), nos demais casos;

V – Concorrência: acima dos níveis definidos no inciso IV.

Parágrafo Único - Os valores acima referidos serão corrigidos, anualmente, pela variação do IGPM-FGV.

Art. 7º - As modalidades de procedimento dos incisos I e II serão autorizadas pelo responsável do projeto de acordo com o Termo de Parceria ou quem este indicar. As modalidades de procedimento dos incisos III, IV e V do Art. 5º serão realizadas com autorização de uma Comissão Especial de Contratação,

designada pela Diretoria Executiva do Instituto Alpha e por no mínimo, 01 (um) dirigente.

Seção III

Da Compra Direta

Art. 8º - Compra direta é a modalidade de procedimento realizada mediante simples pesquisa de mercado, sob controle do saldo efetivo e origem dos recursos, dispensando as demais formalidades do Art. 14 deste Regulamento.

§ 1º – Observado o limite de 10% (dez) do valor constante no inciso I do Art. 6º, salvo exigências contratuais do financiador, poderá o próprio coordenador fazer compra direta sob sua inteira responsabilidade, preferindo os adiantamentos e reembolsos com notas fiscais quitadas.

Seção IV

Da Compra Mediante Orçamentos

Art. 9º - Compra mediante orçamentos é a modalidade de procedimento realizada com prévia obtenção de, no mínimo, 03 (três) orçamentos, entre interessados do ramo pertinentes ao seu objeto.

Parágrafo Único - Para a compra mediante orçamentos, além do acompanhamento da gerência do Coordenador, deverão juntar os comprovantes da realização dos orçamentos a que se refere o caput deste artigo, seguindo-se, no que couber, as demais formalidades previstas no Art. 14 deste Regulamento.

Seção V

Do Convite

Art. 10 - Convite é a modalidade de procedimento entre interessados do ramo pertinente ao seu objeto, escolhidos e convidados pelo Instituto Alpha, em número mínimo de 03 (três), para os quais será expedida a carta-convite, afixando-se cópia na sede do Instituto Alpha, em lugar acessível aos interessados.

§ 1º. Na carta-convite, a que se refere o caput deste artigo, será estabelecido o prazo para resposta, o qual não poderá ser inferior a 03 (três) dias úteis, contados a partir da sua entrega.

§ 2º. Quando, por limitações do mercado ou manifestação de desinteresse dos convidados, for impossível a obtenção do número mínimo de participantes exigido no caput deste artigo, essas circunstâncias deverão ser devidamente justificadas no processo, sob pena de ser repetido o convite.

§ 3º. Aplica-se no procedimento do caput deste artigo, no que couber, o disposto nos artigos 13 e 14 deste Regulamento.

Seção VI

Da Tomada de Preços

Art. 11 - Tomada de preços é a modalidade de procedimento realizado entre interessados anteriormente convocados por edital publicado, uma só vez, em

um jornal de circulação em SANTO ANDRÉ e/ou região, ou no estado em que ocorrer a obra ou serviço, e afixado na sede do Instituto Alpha, em lugar acessível aos interessados.

§ 1º. A publicação do edital a que se refere o caput deste artigo deverá ser feita com, pelo menos, 10 (dez) dias corridos de antecedência em relação à data prevista para recebimento das propostas.

§ 2º. À tomada de preços aplica-se, no que couber, o disposto nos artigos 13 e 14 deste Regulamento.

Seção VII

Da Concorrência

Art. 12 - Concorrência é a modalidade de procedimento entre quaisquer interessados que, na fase inicial de habilitação, comprovem atender os requisitos mínimos de qualificação exigidos no respectivo edital, para a execução de seu objeto.

§ 1º. O edital, a que se refere este artigo, deverá ser publicado resumidamente, por uma vez, no Diário Oficial do Estado de São Paulo e em jornal de grande circulação em *município do projeto* e/ou região, ou no estado em que ocorrer a obra ou serviço.

§ 2º. A publicação do edital, a que se refere o parágrafo primeiro, será feita com antecedência de pelo menos 15 (quinze) dias corridos em relação à data prevista para recebimento dos envelopes, contendo documentação e proposta.

§ 3º. O edital de concorrência será afixado na sede do Instituto Alpha, em lugar acessível aos interessados.

Art. 13 - O edital de concorrência conterà, obrigatoriamente:

- I – Número de ordem em série anual, o nome do Instituto Alpha, o regime de execução e a menção de que será regido por este Regulamento;
- II – Descrição de seu objeto de forma sucinta e clara;
- III – prazo e condições para assinatura do contrato;
- IV – Critério para julgamento com disposições claras e objetivas;
- V – Condições de pagamento;
- VI – Local, dia e hora para o recebimento dos envelopes, contendo documentação e propostas, e para o início da abertura dos envelopes;
- VII – instruções e normas para os recursos previstos neste Regulamento;
- VIII – outras indicações tidas por necessárias pelo Instituto Alpha.

Parágrafo Único - À concorrência aplica-se, no que couber, o disposto no Art. 14 deste Regulamento.

Art. 14 - A contratação, quando for o caso, será iniciada com a abertura de processo administrativo preferencialmente autuado, protocolado e numerado, contendo a autorização respectiva, a indicação sucinta de seu objeto e do recurso próprio para a despesa, e conterà:

- I – Orçamentos, carta-convite ou edital, e respectivos anexos, se houver;
- II – Comprovante da publicação do edital resumido ou da entrega da carta-convite;
- III – ato de autorização à pessoa encarregada, ou de designação da Comissão de Contratação, para os fins previstos no Art. 7º. deste Regulamento;

- IV – Original das propostas e dos documentos que as instruírem;
- V – relatórios E deliberações da pessoa autorizada ou da Comissão de Contratação;
- VI – Pareceres técnicos ou jurídicos emitidos sobre os respectivos procedimentos, dispensas ou inexigibilidades;
- VII – julgamento com classificação das propostas do objeto do procedimento;
- VIII – atos de adjudicação e de homologação do objeto do procedimento;
- IX – Recursos eventualmente apresentados pelos interessados e respectivas manifestações e decisões;
- X – Despacho de anulação ou de revogação do procedimento, quando for o caso, fundamentado circunstanciadamente;
- XI – demais documentos relativos ao procedimento.

Capítulo II

Da Dispensa e da Inexigibilidade de Procedimento

Art. 15 - É dispensável o procedimento:

- I – Para as compras, serviços, obras e alienações do Instituto Alpha cujo valor não exceder o limite a que se refere o Art. 6º, inciso I, deste Regulamento;
- II – Nos casos de emergência, quando caracterizada urgência de atendimento;
- III – quando não acudirem interessados ao procedimento anterior e este, justificadamente, não puder ser repetido, sem prejuízo para o Instituto Alpha;

- IV – Quando as propostas apresentadas consignarem preços, manifestadamente superiores aos praticados no mercado nacional;
- V – Para a contratação com pessoas jurídicas de direito público, entidades filantrópicas, paraestatais e as sujeitas ao controle majoritário do poder público;
- VI – Para aquisição ou locação de imóveis destinados ao atendimento das finalidades estatutárias do Instituto ALPHA, desde que o preço seja compatível com o valor de mercado;
- VII – na contratação de instituição brasileira incumbida regimental ou estatutariamente da pesquisa, do ensino ou do desenvolvimento institucional, desde que a contratada detenha inquestionável reputação ético-profissional e não tenha fins lucrativos;
- VIII – para aquisição de bens ou serviços quando as condições ofertadas forem manifestamente vantajosas para o Instituto Alpha;
- IX – Na contratação de entidade jurídica sem fins lucrativos e de comprovada idoneidade, para prestação de serviços ou fornecimento de mão-de-obra, desde que o preço contratado seja compatível com o praticado no mercado;
- X – Para aquisição de bens e serviços destinados exclusivamente à pesquisa científica e tecnológica, com recursos concedidos pela CAPES, FINEP, CNPq ou outras instituições oficiais de fomento à pesquisa, credenciadas pelo CNPq para esse fim específico;
- XI – para aquisição de bens e serviços destinados exclusivamente à pesquisa científica e tecnológica, com recursos de fontes que não imponham restrições ou procedimentos para contratação e utilização dos recursos;
- XII – para aquisição de produtos químicos específicos, destinados à laboratórios de pesquisa científica e tecnológica, quando adquiridos diretamente do fabricante ou de seus representantes;

XIII – para aquisição de softwares específicos, quando adquiridos diretamente do fabricante ou de seus representantes;

XIV – na contratação realizada por empresa pública ou sociedade de economia mista, com suas subsidiárias e controladas para a aquisição de bens, prestação ou obtenção de serviços, desde que o preço contratado seja compatível com o praticado no mercado;

XV – Para a celebração de contratos de prestação de serviços com as organizações sociais, qualificadas no âmbito das respectivas esferas de governo, para atividades contempladas no contrato de gestão;

XVI – para a contratação de serviços de profissional, como coordenador ou executor de projeto de sua autoria, ou de profissional que, com reconhecida competência, já tenha anteriormente prestado serviços da mesma natureza ao Instituto Alpha ou, ainda, de docente indicado por instituição de ensino, com a qual o Instituto Alpha mantenha convênio de cooperação.

XVII – para contratação de remanescente de obra, serviço ou fornecimento em consequência de rescisão contratual.

Parágrafo Único - As dispensas previstas neste artigo deverão ser, necessariamente, justificadas e autorizadas pelo Setor Jurídico do Instituto Alpha, para ratificação, de acordo com o estabelecido no Art. 17 deste Regulamento.

Art. 16 - É inexigível o procedimento quando houver inviabilidade de competição, em especial:

I – Para aquisição de materiais, equipamentos ou gêneros que só possam ser fornecidos ou prestados por produtor, empresa ou representante comercial exclusivo;

II – Para a contratação de serviços técnicos profissionais especializados, de natureza singular, com profissionais ou empresas de notória especialização.

Parágrafo Único - Os requisitos a que se referem os incisos I e II deste artigo deverão ser devidamente comprovados no processo de contratação.

Art.17 - As situações de dispensa, previstas no Art. 15, incisos II a XIV, e as de inexigibilidade, previstas no Art. 16, incisos I e II, deste Regulamento, serão analisadas e ratificadas pelo Setor Jurídico do Instituto ALPHA, num prazo máximo de 05 (cinco) dias, como condição para eficácia dos atos.

Capítulo III

Da Habilitação e do Julgamento

Art. 18 - O procedimento deste Regulamento desenvolve-se em duas fases:

I – Habilitação

II – Julgamento.

Seção I

Da Habilitação

Art. 19 - Para habilitação poderá ser exigido, dos interessados, documentação relativa a:

- I – Habilitação jurídica;
- II – Qualificação técnica;
- III – qualificação econômico-financeira;
- IV – Regularidade fiscal.

Art. 20 - A documentação relativa à habilitação jurídica, conforme o caso consistirá de:

- I – Cédula de identidade;
- II – Registro comercial, no caso de empresa individual;
- III – ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, registrado, em se tratando de sociedades comerciais e, no caso de sociedades por ações, também o documento de eleição de seus administradores;
- IV – Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício;
- V – Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no país, e ato de registro ou autorização para o funcionamento, expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir.

Art. 21 - A documentação relativa à qualificação técnica consistirá de:

- I – Registro ou inscrição na entidade profissional competente;

II – Comprovação de aptidão para desempenho de atividade pertinente e compatível em características, quantidades e prazos com o objeto da contratação;

III – indicação das instalações, do aparelhamento e do pessoal técnico adequado e disponível para a realização do objeto da contratação;

IV – Qualificação de cada um dos membros da equipe técnica que se responsabilizará pelos trabalhos;

V – Prova de atendimento de requisitos previstos em lei especial, quando for o caso;

VI – Declaração do interessado, quando exigido, de que tomou conhecimento de todas as informações e das condições locais para o cumprimento das obrigações, objeto da contratação;

Parágrafo Único - A comprovação a que se refere o inciso II deste Artigo, no caso das contratações pertinentes a serviços e obras, poderá ser feita mediante atestados expedidos por pessoa jurídica de direito público ou privado devidamente registrado nas entidades profissionais competentes, referentes a obras e serviços similares quanto à complexidade tecnológica e operacional equivalente ou superior.

Art. 22 - A documentação relativa à qualificação econômico-financeira consistirá de:

I – Balanço patrimonial e demais demonstrações contábeis do último exercício social, já exigíveis e apresentados na forma da lei, que comprovem a boa situação financeira do interessado;

II – Certidões negativas expedidas pelos distribuidores cíveis e de execuções fiscais, pela Justiça Federal e pelos cartórios de protesto da sede da empresa ou domicílio da pessoa física.

Art. 23 - A documentação relativa à regularidade fiscal, conforme o caso, consistirá de:

I – Prova de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) ou no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);

II – Prova de inscrição no Cadastro de Contribuintes Estadual e Municipal, se houver, relativo ao domicílio ou sede do interessado, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto do contrato;

III – prova de regularidade para com as Fazendas Federal, Estadual e Municipal do domicílio ou sede do interessado, ou outra equivalente, na forma da lei;

IV – Prova de regularidade relativa à Seguridade Social e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei.

Art. 24 - Os documentos referentes aos artigos 19, 20, 21, 22 e 23 deste Regulamento poderão ser dispensados ou não excluem outros que, a juízo do Instituto ALPHA, poderão ser exigidos dos interessados.

§ 1º Os documentos necessários à habilitação poderão ser apresentados em original ou por qualquer processo de cópia autenticada por cartório competente ou por empregado autorizado do Instituto ALPHA.

Art. 25 - Os documentos necessários à habilitação poderão ser substituídos por certificado de registro cadastral atualizado, emitido por órgão ou entidade pública, desde que previsto no edital ou no convite, obrigando o interessado a declarar, sob as penas da lei, a superveniência de fato impeditivo da habilitação.

Art. 26 - As empresas estrangeiras que não funcionem no país atenderão o estabelecido neste Regulamento, mediante documentos autenticados pelos respectivos Consulados, devendo ter, preferencialmente, representação legal no Brasil, com poderes expressos para receber citação e responder administrativa e judicialmente pela representada.

Seção II

Do Julgamento

Art. 27 - Nas modalidades de procedimento em que couber, será observado o seguinte:

I – Abertura dos envelopes contendo a documentação relativa à habilitação e propostas dos concorrentes e sua apreciação;

II – Devolução dos envelopes aos concorrentes inabilitados, caso não tenha havido recurso ou, em havendo recurso, após sua denegação;

III – verificação da conformidade de cada proposta, com os requisitos do edital ou do convite, promovendo-se a desclassificação das propostas desconformes ou incompatíveis;

IV – julgamento e classificação das propostas, de acordo com os critérios de avaliação constantes do edital ou da carta-convite;

V – Deliberação quanto à adjudicação e homologação do objeto do procedimento.

Parágrafo Único - A abertura dos envelopes contendo habilitação e proposta será realizada em hora e local previamente designado, no qual haverá um documento assinado pelos licitantes presentes e pela comissão.

Art. 28 - É facultado à comissão, em qualquer fase da licitação a promoção de diligência destinada a esclarecer ou a complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de documento ou informação que deveria constar da proposta, salvo os enviados tempestivamente via fax.

Art. 29 – O julgamento das propostas será objetivo, considerados os seguintes critérios:

I – Adequação das propostas ao objeto do procedimento;

II – Qualidade;

III – rendimento;

IV – Preço;

V – Prazos de fornecimento ou de conclusão;

VI – Condições de pagamento;

VII – outros critérios previstos no edital ou na carta-convite.

§ 1º. É vedada a utilização de qualquer critério de julgamento que possa favorecer qualquer proponente.

§ 2º. Não serão considerados qualquer oferta de vantagem não prevista no edital ou no convite, nem preço ou vantagem, baseada nas ofertas dos demais proponentes.

§ 3º. No exame do preço serão consideradas todas as circunstâncias de que resulte vantagem para o Instituto ALPHA e o Parceiro Público.

§ 4º. Serão desclassificadas as propostas que não atenderem às exigências do edital ou da carta-convite.

Art. 30 - Será obrigatória a justificativa, por escrito, à Comissão de Contratação do Instituto ALPHA, sempre que não houver opção pela proposta de menor preço, mas que atenda adequadamente à descrição do objeto do procedimento.

Capítulo IV

Dos Contratos

Seção I

Da Formalização e da Execução dos Contratos

Art. 31 - Os contratos firmados com base neste Regulamento estabelecerão, com clareza e precisão, as condições para sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, em conformidade com os termos do edital, da carta-convite e da proposta a que se vinculam.

Parágrafo Único. Os contratos decorrentes de dispensa ou de inexigibilidade de procedimento previstos, respectivamente, nos artigos 15 e 16 deste Regulamento, deverão atender aos termos do ato que os autorizou e da correspondente proposta.

Art. 32 - Os contratos firmados com base neste Regulamento poderão ser alterados, por acréscimo ou supressões de seu objeto, até 25% (vinte e cinco por cento) do valor contratual atualizado, e no caso particular de reforma de edifício ou de equipamento, até o limite de 50% (cinquenta por cento), mediante prévio acordo entre as partes.

Art. 33 - Aos contratos de que trata este Regulamento aplicam-se os princípios da teoria geral dos contratos e as disposições de direito privado.

Art. 34 - É facultado ao Instituto Alpha convocar o concorrente remanescente, na ordem de classificação, para a assinatura de contrato, ou revogar o procedimento, caso o vencedor convocado, no prazo estabelecido, não assine o contrato ou não retire e aceite o instrumento equivalente, responsabilizando-se este pelos prejuízos causados ao Instituto Alpha.

Art. 35 - A inexecução total ou parcial do contrato acarreta a sua rescisão, respondendo a parte que a causou com as consequências contratuais e as previstas em lei.

Art. 36 - É dispensável o termo de contrato e facultada a sua substituição, a critério do Instituto Alpha, nos casos de compra com entrega imediata e integral de bens ou de execução dos serviços.

Art. 37 - O contratado é responsável por danos causados diretamente ao Instituto Alpha ou ao Parceiro Público e terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do contrato.

Art. 38 - Para os fins deste Regulamento, considera-se como adimplemento da obrigação contratual a entrega do bem, a prestação do serviço, a realização da obra, assim como qualquer outro evento contratual cuja qualidade e validade sejam atestadas pelo Instituto Alpha.

Art. 39 - Instituto Alpha poderá rejeitar, no todo ou em parte, fornecimento, serviço ou obra que, a seu juízo, esteja em desacordo com o contrato.

Seção II

Das Garantias

Art. 40 - Ao Instituto Alpha é facultado exigir, em cada caso, prestação de garantia nas contratações de compras, serviços e obras.

§ 1º. A garantia a que se refere o caput deste artigo será prestada mediante:

I – Caução em dinheiro ou em títulos da dívida pública;

II – Fiança bancária.

§ 2º. A garantia prestada pelo contratado será liberada ou restituída após a execução do contrato ou da sua rescisão.

Capítulo V

Dos Recursos

Art. 41 - Das decisões decorrentes da aplicação deste Regulamento cabe recurso no prazo de 02 (dois) dias úteis, a contar da divulgação de:

I – Habilitação ou inabilitação do interessado;

II – Julgamento das propostas;

III – anulação ou revogação do procedimento;

IV – Rescisão do contrato referente ao Art. 34 deste Regulamento.

§ 1º. A divulgação das decisões a que se referem os incisos I a III deste artigo ocorrerá mediante aviso, afixado em lugar acessível aos interessados, na sede do Instituto Alpha, ou outra forma de divulgação prevista no edital ou no convite.

§ 2º. O recurso será dirigido ao Diretor-Presidente, por intermédio de quem praticou o ato recorrido que, no prazo de 02 (dois) dias úteis, fará subir,

devidamente informados, devendo, neste caso, a decisão ser proferida dentro de 04 (quatro) dias úteis, contados da data de interposição do recurso.

§ 3º. Interposto o recurso previsto nos incisos I a III deste Artigo, será comunicado aos demais interessados, que poderão impugná-lo no prazo de 02 (dois) dias úteis.

Art. 42 - Os recursos serão recebidos sem efeito suspensivo, salvo quando, por sua relevância, o Diretor-Presidente do Instituto Alpha entender conveniente a suspensão dos efeitos da decisão decorrida.

Capítulo VI

Disposições Finais

Art. 43 - O Instituto Alpha poderá adotar normas de licitação previstas em lei específica em caso de convênio, contrato e termo de parceria, celebrado com entidade pública, quando está o exigir de forma expressa e por escrito.

Art. 44 - Os convênios, contratos e termos de parcerias, celebrados pelo Instituto ALPHA com entidades públicas reger-se-ão pelo disposto neste Regulamento, no que couber.

Art. 45 - Às contratações de que trata este Regulamento aplicam-se, supletivamente, o Estatuto e o Regimento Interno do Instituto Alpha.

Art. 46 - Os casos omissos neste Regulamento serão decididos pela Diretoria Executiva do Instituto Alpha.

Art. 47 - Ficam revogadas as disposições em contrário.

15. PROPOSTA FINANCEIRA

A proposta financeira para a execução deste objeto, segue em envelope separado deste Plano de trabalho.

Santos, 05 de novembro de 2021.

Adriana Coluci da Costa Marques
Presidente

ANEXOS